

**UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL  
INOVAÇÃO NO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE**

**Domingos Jordão Neto**

**Guia Prático sobre Lesões Dermatológicas Elementares:  
estudo de validação**

**São Caetano do Sul  
2025**

**DOMINGOS JORDÃO NETO**

**Guia Prático sobre Lesões Dermatológicas Elementares:  
estudo de validação**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional Inovação no Ensino Superior em Saúde da Universidade Municipal de São Caetano do Sul como requisito para a obtenção do título Mestre em Ensino em Saúde.

Área de Concentração: Inovações Educacionais em Saúde Orientadas pela Integralidade do Cuidado.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Rosamaria Rodrigues Garcia

O presente trabalho foi realizado com o apoio de Bolsa de Estudos concedida pela Universidade Municipal de São Caetano do Sul.

**São Caetano do Sul  
2025**

## FICHA CATALOGRÁFICA

JORDÃO NETO, Domingos  
Guia Prático sobre Lesões Dermatológicas Elementares: Estudo de  
Validação

Domingos Jordão Neto - São Caetano do Sul: USCS, 2025.  
276 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Rosamaria Rodrigues Garcia.  
Dissertação (mestrado) – USCS, Universidade Municipal de São  
Caetano do Sul, Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional  
Inovação no Ensino Superior em Saúde, 2025.

1. Doenças dermatológicas; 2. Tecnologia Educacional; 3. Sistema Único de  
Saúde; 4. Integralidade em saúde; 5. Ensino em saúde. I. Título. II.  
Universidade Municipal de São Caetano do Sul.

**Reitor da Universidade Municipal de São Caetano do Sul**

Prof. Dr. Leandro Campi Prearo

**Pró-reitor de Pós-graduação e Pesquisa**

Prof. Dr. Eduardo de Camargo Oliva

**Gestora do Programa de Pós-graduação**

**Mestrado Profissional Inovação no Ensino Superior em Saúde**

Prof.<sup>a</sup> Dra. Rosamaria Rodrigues Garcia

Dissertação defendida e aprovada em 31/10/2025, pela Banca Examinadora constituída pelos professores:

Profa. Dra. Rosamaria Rodrigues Garcia (Universidade Municipal de São Caetano do Sul – USCS)

Prof. Dr. Daniel Leite Portella (Universidade Municipal de São Caetano do Sul – USCS)

Profa. Dra. Christine Barbosa Betty (Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP)

## **Agradecimentos**

Gostaria de expressar minha mais profunda gratidão à minha orientadora, a Prof.<sup>a</sup> Dra. Rosamaria Rodrigues Garcia, pela confiança e paciência. Merece um agradecimento especial pois, além de orientadora, ela se tornou uma verdadeira mentora e uma inspiração. Agradeço não apenas pelo seu conhecimento técnico e pela atenção aos detalhes, mas também pela sua capacidade de me motivar e mostrar o caminho mesmo nos momentos mais desafiadores. Ofereceu uma perspectiva que mudou o rumo da minha pesquisa. Sua orientação foi fundamental para a conclusão deste trabalho. Agradeço por compartilhar seu vasto conhecimento, por me guiar com sabedoria e por me incentivar a buscar a excelência. Sua paixão pela pesquisa é contagiante e transformou minha visão sobre a ciência. Sua dedicação e apoio foram essenciais e me motivaram a crescer profissional e pessoalmente.

Aos digníssimos membros da banca examinadora, Prof.<sup>a</sup> Dra. Christine Barbosa Betty e Prof. Dr. Daniel Portella, meu mais profundo agradecimento. Agradeço por dedicarem seu tempo à leitura crítica deste trabalho e, em especial, pelas valiosas sugestões e perspicazes questionamentos, que sem dúvida contribuíram para o aprimoramento final da tese. A discussão durante a qualificação foi um momento de grande aprendizado, e sou grato pelas suas contribuições.

Aos(às) professores(as) do Programa de Pós-Graduação, que me transmitiram conhecimentos fundamentais e me inspiraram com suas aulas e pesquisas, meu sincero agradecimento. Em particular, ao Prof. Portella, que me ensinou e orientou, dando sugestões importantes, que foram acatadas com brevidade, sobre o meu produto educacional, sendo fundamental para o aprimoramento.

Aos meus colegas da turma T9, agradeço pela amizade, pela paciência e pelas inúmeras discussões produtivas. A colaboração e o apoio mútuo foram essenciais para superar os desafios acadêmicos, e, sem vocês, a jornada teria sido muito mais difícil.

Expresso minha gratidão à Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS). Agradeço por ter me acolhido e oferecido a infraestrutura e o ambiente acadêmico necessários para a realização deste trabalho. O apoio institucional, a bolsa integral e a qualidade do corpo docente foram determinantes para o sucesso do meu percurso no Mestrado Profissional.

Aos meus pais, Antonio Jordão e Lidia Garcia Jordão, por todo o amor incondicional, pela paciência e por acreditarem em mim em cada passo desta jornada. Sem o apoio e o incentivo de vocês, essa conquista não seria possível. Vocês são meu porto seguro, tudo em minha vida.

À minha irmã Sandra Aparecida Jordão, por seu apoio nessa jornada e na vida, sempre pronta a não me deixar cair e, se cair, me levantar. Você é a minha maior força e inspiração. Obrigado à minha afilhada Isadora e ao meu cunhado Luis Possato, que sempre me apoiaram em tudo.

Aos meus trigêmeos (Arthur, Lara e Manuela) agradeço por cada incentivo e por me lembrarem da importância de seguir em frente. Este trabalho é a realização de um sonho que vocês me ajudaram a construir; me desculpem pela ausência em alguns momentos.

À minha ex-esposa, Simone Geraldo, e família por sua inestimável paciência e compreensão. Agradeço por me ajudar a encontrar o equilíbrio necessário entre a vida acadêmica e pessoal. Mesmo à distância, seu carinho e sua presença foram fundamentais.

Aos(às) meus(minhas) amigos(as), principalmente do futebol (Aliança e Talentos), por me lembrarem que a vida não é feita apenas de trabalho. Agradeço por cada conversa e risada e por me ajudarem a manter a sanidade ao longo desta trajetória.

Agradeço às minhas colaboradoras, Lucilene Almeida e Andréa Gherini, por estarem sempre prontas a me ajudar sem medir esforços, qualquer hora do dia. Foram brilhantes e fundamentais. Ofereço esta tese de Mestrado a vocês, minhas parceiras, pois sem essa ajuda eu não conseguiria chegar ao final.

Agradeço, em especial, à Prof.<sup>a</sup> Dra. Alice Alchorne (minha chefe) e ao Prof. Dr. Mauricio Alchorne (meu patrono da medicina); suas palavras de incentivo foram uma inspiração para minha carreira de médico dermatologista, desde a faculdade até a residência de dermatologia.

## RESUMO

**Introdução:** Segundo a Sociedade Brasileira de Dermatologia, as doenças de pele estão entre as três principais causas de atendimento no Brasil. Embora os profissionais da Atenção Primária à Saúde atendam muitos casos dermatológicos, os diagnósticos têm baixa concordância com os de dermatologistas, o que leva a encaminhamentos frequentes para a atenção especializada. Isso resulta em longos tempos de espera, aumento da demanda por especialistas e elevação dos custos de assistência. **Objetivos:** Desenvolver um Guia Prático sobre lesões dermatológicas elementares para a Atenção Primária à Saúde. **Metodologia:** Estudo metodológico para desenvolvimento e validação por especialistas dermatologistas e avaliação pelo público-alvo de produto educacional denominado Guia Prático sobre Lesões Elementares Dermatológicas, elaborado a partir de levantamento bibliográfico, realizado em bases de dados nacionais e internacionais, para identificação de evidências e diretrizes. Em seguida, foi realizada a validação de conteúdo por 8 especialistas em dermatologia, que responderam ao Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde, composto por 18 itens, distribuídos nos domínios Objetivos, Estrutura/Apresentação e Relevância. A avaliação pelo público-alvo foi realizada por 28 estudantes e 3 residentes de Medicina de Família e Comunidade. **Resultados:** Todos os especialistas concordaram totalmente que o material contempla o tema proposto, apresenta linguagem adequada e correta, tem sequência lógica das ideias, informações objetivas e esclarecedoras. Itens como adequação ao processo de ensino-aprendizagem e incentivo à mudança de comportamento receberam entre 87,5% e 100% de concordância total. O coeficiente final de validação de conteúdo foi de 0,97, não havendo necessidade de nova rodada de validação. Na avaliação pelo público-alvo, 100% dos participantes afirmaram que o propósito do produto educacional é evidente e o conteúdo contribui para o conhecimento na área, 96,8% consideraram as ilustrações claras e 100% consideraram sua relevância para a compreensão do conhecimento na área. Quanto ao potencial do guia para promover mudança de comportamento em encaminhamentos, 90,3% concordaram totalmente. O material obteve aprovação quanto à adequação textual (90,3%) e à motivação do público para usá-lo (mais de 77%). **Produto:** O produto educacional visa capacitar estudantes, residentes e profissionais, no diagnóstico e manejo de dermatoses prevalentes nas Unidades Básicas de Saúde. Aborda lesões elementares e inclui a Classificação Internacional de Doenças, visando reduzir a deficiência diagnóstica que sobrecarrega a dermatologia especializada. Funciona como ferramenta de educação continuada, otimizando fluxos de atendimento. Com interface intuitiva, ilustrações originais e fundamentação bibliográfica, o guia favorece o aprimoramento das competências clínicas. **Considerações Finais:** Este estudo desenvolveu e validou um guia prático digital sobre lesões dermatológicas elementares. O guia, validado como uma ferramenta útil e relevante, demonstra como a tecnologia pode aprimorar a educação médica e a qualidade da assistência no sistema de saúde. **Impacto:** O guia prático impacta a população ao melhorar o atendimento e, indiretamente, a qualidade de vida dos pacientes. Ao capacitar médicos da Atenção Primária, a ferramenta contribui na redução de filas de espera, otimiza o fluxo de atendimento e diminui custos no sistema de saúde. Na educação, o guia moderniza o ensino de dermatologia, oferecendo uma metodologia interativa e alinhada à nova geração de estudantes. Ele incentiva a educação continuada e reforça a integração entre teoria e prática, preparando profissionais para os desafios da prática clínica.

**Palavras-chave:** doenças dermatológicas; Tecnologia Educacional; Sistema Único de Saúde; integralidade em saúde; ensino em saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** According to the Brazilian Society of Dermatology, skin diseases are among the top three causes of healthcare visits in Brazil. Although professionals in Primary Health Care manage many dermatological cases, the diagnostic agreement with dermatologists is low, which leads to frequent referrals to specialized care. This results in long waiting times, increased demand for specialists, and higher healthcare costs. **Objectives:** To develop a Practical Guide on elementary dermatological lesions for Primary Health Care. **Methodology:** This is a methodological study focused on the development and validation by dermatology specialists and evaluation by the target audience of an educational product called Practical Guide on Elementary Dermatological Lesions. The guide was created based on a bibliographic survey conducted in national and international databases to identify evidence and guidelines. Subsequently, content validation was performed by eight dermatology specialists who responded to the Health Educational Content Validation Instrument, composed of 18 items distributed across the domains of Objectives, Structure/Presentation, and Relevance. The target audience evaluation included 28 students and 3 residents in Family and Community Medicine. **Results:** All specialists fully agreed that the material covers the proposed topic, presents appropriate and correct language, follows a logical sequence of ideas, and provides objective, clear, and feasible information. Items such as suitability for the teaching-learning process and encouragement of behavioral change received total agreement ranging from 87.5% to 100%. The final content validation coefficient was 0.97, indicating no need for a new validation round. In the target audience evaluation, 100% of participants stated that the educational product's purpose is evident and that the content contributes to knowledge in the field, 96.8% considered the illustrations clear, and 100% recognized their relevance for knowledge comprehension. Regarding the guide's potential to promote behavioral change in referrals, 90.3% fully agreed. The material was approved regarding textual adequacy (90.3%) and motivation of the audience to use it (over 77%). **Product:** The educational product aims to train students, residents, and professionals in diagnosing and managing prevalent dermatoses in Basic Health Units. It addresses elementary lesions and includes the International Classification of Diseases (ICD), aiming to reduce diagnostic deficiencies that overload specialized dermatology. The guide functions as a continuing education tool, optimizing care flows. With an intuitive interface, original illustrations, and bibliographic foundation, it fosters the enhancement of clinical competencies. **Final Considerations:** This study developed and validated a digital practical guide on elementary dermatological lesions. The guide, validated as a useful and relevant tool, demonstrates how technology can enhance medical education and the quality of care in the healthcare system. **Impact:** The practical guide benefits the population by improving healthcare and indirectly enhancing patients' quality of life. By training primary care physicians, the tool contributes to reducing waiting lists, optimizing healthcare flow, and decreasing the costs within the healthcare system. In education, the guide modernizes dermatology teaching by providing an interactive methodology aligned with the new generation of students. It encourages continuing education and strengthens the integration between theory and practice, preparing professionals for the challenges of clinical practice.

**Keywords:** dermatological diseases; Educational Technology; Unified Health System; integrity in health; health teaching.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ACS</b>	-	Agentes Comunitários de Saúde
<b>AE</b>	-	Atenção Especializada
<b>APS</b>	-	Atenção Primária à Saúde
<b>CAPES</b>	-	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
<b>CID</b>	-	Classificação de doenças
<b>CVC</b>	-	Coeficiente de Validação de Conteúdo
<b>CVCi</b>	-	Coeficiente de Validação de Conteúdo inicial
<b>CVCt</b>	-	Coeficiente de Validação de Conteúdo total
<b>DCN</b>	-	Diretrizes Curriculares Nacionais
<b>DSS</b>	-	Determinantes Sociais da Saúde
<b>ESF</b>	-	Estratégia Saúde da Família
<b>FCM/Unicamp</b>	-	Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp
<b>HAD</b>	-	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
<b>IVCES</b>	-	Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde
<b>MFC</b>	-	Medicina de Família e Comunidade
<b>Mx</b>	-	média das notas
<b>OMS</b>	-	Organização Mundial de Saúde
<b>PIC</b>	-	Práticas Integrativas e Complementares
<b>RAS</b>	-	Rede de Atenção à Saúde
<b>RCR</b>	-	Referência e Contrarreferência
<b>SAM</b>	-	<i>Suitability Assessment of Materials</i>
<b>SBC</b>	-	Sociedade Brasileira de Cirurgia (SBC)
<b>SBD</b>	-	Sociedade Brasileira de Dermatologia
<b>SES</b>	-	Secretaria de Saúde
<b>SUS</b>	-	Sistema Único de Saúde

- TCLE** - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- TE** - Tecnologias Educacionais
- UBS** - Unidades Básicas de Saúde
- UPA 24h** - Unidades de Pronto Atendimento
- USCS** - Universidade Municipal de São Caetano do Sul

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Atributos e funções da APS.....	29
<b>Figura 2</b> – Camadas da pele .....	42
<b>Figura 3</b> – Etapas para cálculo do Coeficiente de Validação de Conteúdo .....	73
<b>Figura 4</b> – Comentários dos respondentes (público-alvo) .....	85

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Análise das taxas de hospitalização e mortalidade por doenças dermatológicas no Brasil: uma comparação antes e durante a pandemia de COVID-19 .....	38
<b>Tabela 2</b> – Principais diagnósticos dermatológicos registrados pela Sociedade Brasileira de Dermatologia, Inquérito Dermatológico Nacional, 2024 ..	45
<b>Tabela 3</b> – Distribuição, em porcentagem, dos principais diagnósticos dermatológicos por tipo de serviço, confirmação e consulta – Censo Dermatológico 2024 .....	46
<b>Tabela 4</b> – Dermatoses – Belo Horizonte, Minas Gerais, 2014.....	47
<b>Tabela 5</b> – Principais diagnósticos do CID-10 realizados na APS, em Florianópolis, entre 2016 e 2017 .....	48
<b>Tabela 6</b> – Principais categorias do CID-10 atendidas na especialidade de dermatologia em Florianópolis, no biênio 2016-2017.....	48
<b>Tabela 7</b> – Respostas dos médicos da APS a respeito de seu perfil e dificuldades no atendimento dermatológico – Belém (PA), 2023 .....	54
<b>Tabela 8</b> – Respostas dos médicos da APS a respeito da dificuldade no atendimento dermatológico e instrumentos que podem auxiliar no diagnóstico e tratamento – Belém (PA), 2023.....	55
<b>Tabela 9</b> – Respostas dos médicos da APS a respeito da segurança na condução de casos e como melhorar o diagnóstico de doenças dermatológicas – Belém (PA), 2023.....	55
<b>Tabela 10</b> – Frequência de queixas dermatológicas pelos pacientes e de encaminhamento para outro profissional – Belém (PA), 2023 .....	56
<b>Tabela 11</b> – Doenças dermatológicas mais presentes na APS – Belém (PA), 2023 ...	57
<b>Tabela 12</b> – Respostas dos alunos sobre as dificuldades em dermatologia e instrumentos facilitadores para o atendimento – Belém (PA), 2023.....	58
<b>Tabela 13</b> – Caracterização dos especialistas de acordo com gênero, idade e formação .....	76
<b>Tabela 14</b> – Resultados do Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde, realizado pelos especialistas em dermatologia .....	77
<b>Tabela 15</b> – Resultados do Coeficiente de Validação de Conteúdo .....	80
<b>Tabela 16</b> – Perfil dos participantes da avaliação do público-alvo .....	81

<b>Tabela 17 – Resultados da avaliação do público-alvo .....</b>	<b>83</b>
--	-----------

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Lesões elementares primárias.....	51
<b>Quadro 2</b> - Lesões elementares secundárias.....	52
<b>Quadro 3</b> – Critérios de Pasquali para elaboração de instrumentos.....	70
<b>Quadro 4</b> – Processo de desenvolvimento do produto.....	75
<b>Quadro 5</b> – Comentários e sugestões dos especialistas.....	79
<b>Quadro 6</b> – Sugestões do público-alvo.....	86

## SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO.....	17
2	INTRODUÇÃO .....	19
3	OBJETIVOS .....	25
3.1	Objetivo geral.....	25
3.2	Objetivos específicos.....	25
4	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....	26
4.1	Sistema Único de Saúde .....	26
4.1.1	Atenção Primária à Saúde .....	28
4.1.2	Atenção Especializada .....	31
4.1.3	Barreiras e desafios do SUS.....	34
4.2	Dermatologia.....	36
4.2.1	Pele .....	41
4.2.2	Dermatose .....	43
4.2.3	Lesões elementares .....	50
4.3	Educação médica e a dermatologia .....	52
4.4	Produto educacional .....	60
4.4.1	Validação .....	63
5	METODOLOGIA.....	67
5.1	Critérios de inclusão e exclusão .....	71
5.2	Análise de dados .....	72
6	RESULTADOS .....	74
6.1	Produto educacional .....	74
6.2	Validação e avaliação do Produto Educacional.....	76
6.2.1	Validação de conteúdo do produto educacional por especialistas .....	76
6.2.2	Resultado do Coeficiente de Validação de Conteúdo .....	80
6.2.3	Avaliação do produto educacional pelo público-alvo .....	81
7	DISCUSSÃO .....	88
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	91
	REFERÊNCIAS.....	93
	ANEXO A - Parecer do CEP .....	111
	APÊNDICE A - Convite enviado por <i>e-mail</i> aos estudantes .....	119
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	120

<b>APÊNDICE C - Instrumento de validação de especialistas.....</b>	<b>124</b>
<b>APÊNDICE D - Instrumento de avaliação para o público-alvo .....</b>	<b>126</b>
<b>APÊNDICE E - Produto educacional .....</b>	<b>128</b>

## 1 APRESENTAÇÃO

Para iniciar esta apresentação, gostaria de compartilhar um pouco da minha trajetória profissional e como ela me conduziu a esta pesquisa.

Sou médico dermatologista, com formação e afiliação em entidades de referência como a Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD) e a Sociedade Brasileira de Cirurgia (SBC). Minha carreira é pautada pelo compromisso com a saúde pública e a formação de novos profissionais, atuando como Professor e Chefe do Serviço de Dermatologia do Hospital Heliópolis-SP.

Além disso, sou Coordenador do Programa de Residência Médica em Dermatologia tanto no Hospital Heliópolis-SP quanto no Hospital Santa Virgínia-SP e também membro da Comissão de Ética Médica do Hospital Heliópolis-SP.

Minha atuação se estende ao ensino; sou professor e preceptor no Ambulatório da Faculdade de Medicina da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS), ensinando dermatologia a médicos residentes e alunos de graduação. Coordenar o Ambulatório da Liga Acadêmica de Dermatologia da USCS me permite ter contato direto com a formação de futuros médicos e suas percepções sobre a saúde da pele.

A *expertise* que desenvolvi em diagnósticos e tratamentos clínicos e cirúrgicos de pacientes com problemas de pele me deu uma visão abrangente dos desafios enfrentados pela população, especialmente no contexto da saúde pública.

O interesse em aprofundar a pesquisa sobre a problemática da dermatologia na Atenção Primária surgiu justamente dessa minha vivência profissional e acadêmica. Embora haja exemplos de sistemas de saúde bem-sucedidos, percebi que as barreiras no acesso às especialidades persistem, e é sobre isso que esta dissertação se debruça.

Apesar dos avanços e investimentos na saúde pública, observo e vivencio, na prática, que a atenção dermatológica ainda enfrenta desafios significativos, que impactam a qualidade e a acessibilidade à especialidade.

Esta pesquisa surgiu da observação de casos de muitas doenças dermatológicas encaminhadas para a atenção especializada, nos serviços em que trabalho e já trabalhei, que poderiam ter sido tratados na Atenção Primária. A dificuldade de profissionais de saúde não dermatologistas em identificar lesões elementares pode ser um fator chave, levando a um manejo inadequado de condições que poderiam ser resolvidas de forma mais eficiente. Portanto, a intencionalidade

deste trabalho foi desenvolver um produto educacional que contribua para aprimorar o conhecimento sobre o tema e para melhorar a qualificação dos encaminhamentos para a atenção especializada.

## 2 INTRODUÇÃO

Em 1988, a Constituição Federal oficializou a saúde como um direito de todos e dever do Estado. Os artigos 196 a 200 defendem a assistência médico-sanitária de forma integral e em caráter universal, com acesso igualitário da população aos serviços, que devem ser hierarquizados, considerando a gestão descentralizada (Brasil, 1988).

Em 1990, a Lei 8.080/90 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), determinando as condições de proteção, promoção e recuperação da saúde, funcionamento e organização dos serviços de saúde (Brasil, 1990a).

O SUS tem como princípios doutrinários a equidade, universalidade e integralidade, e como organizativos a hierarquização, regionalização, comando único, descentralização, participação popular e atenção humanizada (Brasil, [20--a], 2025a; Gonzaga; Ferreira, 2017).

Considerado um dos maiores programas mundiais de saúde pública, o SUS presta atendimento para cerca de 200 milhões de indivíduos por dia, nas diferentes esferas de atenção à saúde, cobrindo quase 80% da população brasileira (Duarte; Eble; Garcia, 2018).

Os principais serviços oferecidos pelo SUS são a assistência à comunidade, de forma coletiva e individual, por meio da Rede de Atenção à Saúde (RAS), atuando na proteção, promoção e recuperação da saúde em todos os níveis (Sales *et al.*, 2019).

A assistência à saúde e seus níveis de atenção foram determinados pela Portaria 4.279, de dezembro de 2010, em que foram estabelecidas as diretrizes da organização da RAS no SUS, sendo composta pela Atenção Primária à Saúde (APS), Atenção Especializada (AE) e Atenção Terciária (Brasil, 2022a).

O SUS tem se deparado com desafios como questões financeiras, condições de equipamentos, insuficiência dos recursos humanos para o atendimento dos usuários, infraestrutura, entre outros (Mendes; Carnut, Guerra, 2018).

Outro debate está relacionado à organização e aprimoramento e ao modelo de atenção das RAS, cujo componente operacional é a APS, conhecida como a porta de entrada do SUS. Ela ordena a forma do cuidado do usuário e, por essa característica, necessita não ser voltada somente para atendimentos de crises agudas de doenças, e sim para o acompanhamento constante de agravos e condições dos usuários (Mendes, 2011).

A especialidade médica de dermatologia, alocada na AE, realiza diagnósticos e tratamentos de doenças que acometem a pele, envolvendo, também, doenças de anexos cutâneos, como unhas e cabelos, assim como de mucosas genitais e orais (Bernardes *et al.*, 2015; Viol; Miranda; Silva, 2024).

Diferentes doenças estão relacionadas às alterações da pele, como doenças eczematosas, infecciosas, bolhosas, endócrinas, reumatológicas, metabólicas, tumores malignos e benignos, distúrbios pigmentares e sistêmicos (Wolf *et al.*, 2011; Viol; Miranda; Silva, 2024).

Há uma tendência à desvalorização de problemas dermatológicos nas políticas de atenção à saúde, devido à baixa taxa de letalidade das doenças e à subestimação da morbidade causada (Brandão; Lima; Leidez, 2020; Ferreira; Godoi; Perugini, 2020).

Em um estudo realizado por Oliveira (2021) na Clínica de Dermatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo, verificou-se que doenças de pele têm um impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes. A pesquisa, que utilizou a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) com 586 participantes, revelou prevalência de transtornos mentais, sendo que 34,12% manifestaram sintomas depressivos e 37,71%, ansiosos. Os resultados qualitativos corroboram esses dados, mostrando que mais da metade dos participantes relatou mudanças em seus relacionamentos sociais, o que levou a sentimentos de isolamento e reclusão. Os pacientes frequentemente enfrentam olhares de estranhamento, críticas e comentários negativos, principalmente devido ao medo de contágio. A apreensão de ser tocado ou o constrangimento em usar o transporte público são exemplos que demonstram a necessidade de combater o estigma e a desinformação em relação a essas condições.

As dermatoses são afecções frequentes, desencadeadas por problemas primários na pele ou por doenças sistêmicas. De acordo com a Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD), as doenças de pele estão entre as três principais causas de procura por atendimento médico no Brasil (Brandão; Lima; Leidez, 2020).

Em 2019, foram registrados globalmente mais de 4,8 bilhões de novos casos de doenças de pele e subcutâneas, com infecções fúngicas e bacterianas respondendo por 34% e 23% delas, respectivamente. Nesse mesmo ano, as mortes relacionadas a essas doenças totalizaram quase 99 mil, o dobro do número de 1990, com 72% dos óbitos causados por infecções bacterianas (Yakup *et al.*, 2023).

A diversidade de doenças de pele contribui para o desafio que os médicos não especialistas enfrentam ao tentar alcançar um diagnóstico preciso e iniciar o tratamento correto. A falta de conhecimento e habilidades especializadas é agravada pelos recursos financeiros insuficientes para serviços de saúde da pele e pesquisas sobre essas doenças (American Academy of Dermatology, 2017).

O acesso aos cuidados de saúde primários de boa qualidade, acessíveis e com profissionais treinados é a chave para combater essa carga de doenças de pele, a fim de apoiar uma população saudável e alcançar a cobertura universal de saúde. Em países em desenvolvimento, a ênfase na capacitação de trabalhadores da Atenção Primária para que adquiram habilidades dermatológicas básicas é a maneira mais prática de garantir a triagem apropriada e o encaminhamento, quando necessário, para o escasso recurso de cuidados dermatológicos especializados (Mosam; Todd, 2021).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece que a maior parte das doenças de pele em uma comunidade pode ser tratada localmente. Segundo a OMS, cerca de dez diagnósticos dermatológicos comuns são responsáveis pela maioria dos casos. Com acesso a medicamentos essenciais, treinamento e apoio, equipes de saúde locais seriam capazes de cuidar desses pacientes de forma eficaz (WHO, 2025).

Além disso, a OMS destaca a necessidade de capacitar os profissionais de saúde para lidar com questões dermatológicas. A organização aponta que, devido à falta de especialistas, é importante que os profissionais da Atenção Primária à Saúde desenvolvam competências para tratar doenças de pele comuns e encaminhar casos mais complexos de forma adequada e rápida (WHO, 2025).

A OMS, por meio da Assembleia Mundial da Saúde, deu um passo significativo em maio de 2025 ao aprovar, sem oposição, a Resolução WHA 78.15. A resolução designa, oficialmente, as doenças de pele como um tema de prioridade de saúde pública em nível global (WHO, 2025).

No contexto brasileiro, a distribuição de doenças de pele, incluindo quadros inflamatórios, infecciosos e crônicos, é influenciada pelas particularidades climáticas, sociais e epidemiológicas do território nacional (Cândido; Feitosa, 2025).

A busca por atendimento médico devido a problemas de pele representa de 10% a 36,5% do total de consultas, conforme o estudo de Santos *et al.* (2007), realizado em Campinas, no estado de São Paulo. Essa demanda é particularmente

relevante na APS, onde os médicos não especialistas em dermatologia são responsáveis por gerenciar quase 60% desses casos, evidenciando a frequência e a importância dessas queixas no primeiro nível de atenção à saúde (Gomes; Moura; Aguiar, 2012).

Os profissionais da APS frequentemente atendem pacientes com doenças de pele, mas os diagnósticos que realizam têm baixa concordância com os de dermatologistas. Conforme apontam Barszcz *et al.* (2023), essa baixa resolutividade resulta em um aumento na prevalência de encaminhamentos para a AE. Conseqüentemente, o tempo de espera dos usuários para uma consulta com o especialista se prolonga, o que sobrecarrega o sistema de saúde, aumenta as filas e eleva os custos da assistência.

Ferreira, Godoi e Perugini (2020) analisaram 55.265 atendimentos na APS entre 2016 e 2017, em Florianópolis. Os diagnósticos mais frequentes foram dermatite atópica (6,38%), outras afecções da pele (5,10%) e escabiose (4,55%). No mesmo período, na AE, os 19.964 atendimentos mostraram diagnósticos predominantes de neoplasias malignas da pele (14,75%) e alterações cutâneas por exposição crônica à radiação não ionizante (10,20%).

Em um estudo sobre o fluxo de atendimento na Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Ijuí, no Rio Grande do Sul, observou-se que 74% das consultas por problemas dermatológicos ocorreram por demanda espontânea. No entanto, 60,7% dos casos que resultaram em encaminhamento para outro serviço de saúde foram identificados em consultas agendadas (Menegon; Menegon; Carvalho, 2023).

A pesquisa também indicou que as mulheres são mais frequentemente encaminhadas (28,3%) do que os homens (22,4%). Embora a amostra não seja estatisticamente conclusiva, a taxa de encaminhamento parece aumentar com a idade, atingindo 35,7% para indivíduos com 60 anos ou mais, em comparação a menos de 10% para aqueles com menos de 25 anos. No total, 25,7% dos 109 pacientes com afecções de pele necessitaram de encaminhamento. Os principais destinos foram o ambulatório de pequenas cirurgias, o ambulatório de dermatologia e a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), todos dentro da rede municipal de saúde (Menegon; Menegon; Carvalho, 2023).

Barszcz *et al.* (2023) analisaram 194 pacientes encaminhados da APS para a dermatologia em Campinas, no estado de São Paulo. A maioria dos pacientes era do sexo feminino (65,5%), com média de idade de 46,7 anos. Em 40,3% dos casos, o

diagnóstico de encaminhamento estava ausente, e em 12,0% era inespecífico. Na APS, os diagnósticos mais frequentes foram doenças eritemato-descamativas (8,0%), câncer de pele (6,0%) e lesões pré-malignas (5,4%). No entanto, o dermatologista diagnosticou mais frequentemente lesões pré-malignas (15,6%), micoses (13,8%) e tumores benignos (12,4%).

De acordo com Pantoja (2024), a deficiência no conhecimento teórico e prático em dermatologia durante a formação médica frequentemente leva a diagnósticos imprecisos e tardios de patologias como as neoplasias, o que pode comprometer o prognóstico dos pacientes. É essencial que os profissionais da APS consigam identificar sinais de malignidade, reconhecer manifestações cutâneas de doenças sistêmicas e manejar afecções prevalentes, como infecções e acne.

Campos *et al.* (2022) referem que os planos pedagógicos e estruturas curriculares da graduação médica carecem da disciplina de dermatologia, tanto de forma teórica como prática, e, por consequência, é notada uma deficiência nos profissionais não especializados, que são desprovidos de preparo adequado para lidar com o tema.

A falta de preparo adequado na graduação e de experiência dos profissionais comprometem a prática clínica na APS, resultando na subnotificação de doenças cutâneas em adultos e crianças e na minimização da gravidade das condições de pele (Ferreira; Godoi; Perugini, 2020).

Essas dificuldades levam a uma incerteza na avaliação clínica, resultando em encaminhamentos desnecessários para a AE. Esse processo sobrecarrega o sistema de saúde, prolonga as filas de espera e atrasa o tratamento dos pacientes (Barszcz *et al.*, 2023; Bernardes *et al.*, 2015).

Em resposta a esse problema, o uso de materiais didáticos e recursos tecnológicos constitui-se como ferramenta importante na educação continuada em saúde, aprimorando o ensino e o tratamento de patologias dermatológicas (Cândido; Feitosa, 2025).

A melhoria da formação médica em dermatologia é essencial para a APS. Para isso, é preciso reformular as estratégias de ensino, integrando teoria e prática alinhadas à realidade da APS. Metodologias como a simulação de casos clínicos, o uso de tecnologias digitais e a vivência em ambientes comunitários são fundamentais para capacitar os futuros médicos (Cândido; Feitosa, 2025).

A OMS define o uso de tecnologias médicas como uma modalidade de cuidado em saúde baseada na interação audiovisual e na transmissão de dados, em que a informação é o que se move, e não o paciente (Silva; Elias, 2019; WHO, 2007). Essa abordagem tem sido amplamente adotada na área da saúde e é particularmente pertinente para a dermatologia, devido ao caráter predominantemente visual dessa especialidade (Yarak; Ruiz; Pisa, 2017).

Os problemas relacionados ao ensino da dermatologia apontam para a necessidade de uma maior capacitação dos médicos da APS em dermatologia e do desenvolvimento de ferramentas educacionais mais acessíveis e abrangentes, a fim de melhorar o atendimento inicial e reduzir o número de encaminhamentos evitáveis.

Desse modo, a pergunta de pesquisa do presente estudo é: quais são os elementos necessários para o desenvolvimento de um guia prático sobre lesões elementares em dermatologia, cujo público-alvo são estudantes de medicina, residentes e médicos da APS?

O presente trabalho tem como objetivo desenvolver um guia prático sobre lesões elementares dermatológicas, tanto primárias quanto secundárias, com informações detalhadas sobre as dermatoses mais frequentes, com ênfase no CID 10 e nas condutas diagnósticas e terapêuticas adequadas.

Essa ferramenta educativa, após ser validada, tem o potencial de ser amplamente utilizada por profissionais da APS, assim como por estudantes e residentes. Espera-se que possa contribuir para a melhoria da resolutividade dos casos dermatológicos, promovendo um atendimento mais qualificado e eficiente e, conseqüentemente, otimizando a demanda por serviços especializados.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Desenvolver um Guia Prático sobre lesões dermatológicas elementares para estudantes, residentes e médicos da APS.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Realizar levantamento bibliográfico para identificar as dermatoses mais prevalentes na APS;
- Identificar, por meio da literatura, as dificuldades dos médicos não dermatologistas na condução de afecções dermatológicas na APS;
- Realizar levantamento bibliográfico para coletar evidências clínicas e diretrizes para o desenvolvimento do produto educacional;
- Descrever o processo de prototipação do produto educacional;
- Validar o conteúdo do produto educacional por especialistas em dermatologia;
- Avaliar o produto educacional pelo público-alvo.

## 4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 4.1 Sistema Único de Saúde

A promulgação da Constituição Federal de 1988 representou um marco na história da saúde pública brasileira, consagrando a saúde como um direito de todos e uma obrigação do Estado. Essa conquista foi resultado da intensa mobilização de diversos segmentos da sociedade, incluindo profissionais de saúde, movimentos sociais e acadêmicos, que buscavam transformar um cenário de exclusão e desigualdade no acesso aos serviços de saúde (Oliveira, 2024a).

O SUS surgiu como resposta a essa luta, fundamentado nos princípios de universalidade, integralidade e equidade. Tais pilares, abordados nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal, estabeleceram a saúde como um direito social essencial e estruturaram o SUS como um sistema público, gratuito e acessível a toda a população brasileira (Brasil, 1988).

Ao determinar a saúde como um direito fundamental de todos, a Constituição Federal de 1988 instituiu o SUS como um paradigma inovador e abrangente. Ele se baseia na premissa de que todo cidadão, independentemente de sua situação financeira, deve ter acesso aos serviços de saúde. Essa estrutura legal não apenas busca ampliar o acesso, mas também fomentar uma perspectiva holística da saúde, englobando desde a prevenção até a reabilitação. O objetivo é promover maior equidade e justiça social no âmbito da saúde pública no Brasil (Brasil, 1988).

A universalidade constitui a base do SUS, assegurando que toda a população tenha direito ao serviço de saúde gratuito, sem distinção de classe social, econômica ou local onde reside. Essa orientação surgiu em contraposição a um panorama de exclusão que prevalecia antes do estabelecimento do SUS, em que o acesso aos cuidados de saúde era limitado e condicionado à participação na previdência social. Com a introdução da universalidade, o SUS implantou um modelo abrangente, planejado para satisfazer as demandas de saúde de toda a população brasileira, sem qualquer discriminação (Paim, 2011).

A integralidade, por sua vez, é outro princípio do SUS, determinando que os cuidados de saúde devem ir além dos serviços médicos básicos. Ela abrange ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação, garantindo que as necessidades de saúde sejam atendidas de maneira completa. Esse princípio

reconhece que a saúde não se limita ao combate a doenças, mas inclui iniciativas que promovam a qualidade de vida e o bem-estar geral. A integralidade requer a integração entre os níveis de cuidado, a saber: APS, atenção secundária e terciária, promovendo um cuidado contínuo e abrangente ao longo da vida (Giovanella; Fleury, 1995; Oliveira, 2024a).

Por fim, a equidade direciona o SUS a confrontar as disparidades regionais e sociais no acesso à saúde. Isso se traduz na alocação de recursos e serviços conforme as demandas particulares de cada segmento populacional. Ao incorporar a equidade como um de seus pilares, o SUS não apenas reconhece as desigualdades históricas inerentes ao Brasil, mas também se empenha em promover uma distribuição mais justa dos recursos, priorizando as populações em situação de maior vulnerabilidade. É importante compreender que a equidade não implica tratar todos de forma idêntica, mas sim direcionar esforços intensificados para aqueles que mais necessitam, visando, em última instância, diminuir as desigualdades sociais e garantir condições de acesso à saúde que sejam justas e equilibradas (Fleury, 2000; Oliveira, 2024a).

A formalização do SUS foi efetivada pelas Leis Orgânicas da Saúde – a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Essas normativas legais foram importantes para estabelecer a estrutura do sistema, delimitar os distintos níveis de atenção à saúde e assegurar a participação social na administração dos serviços (Brasil, 1990a, 1990b).

Entre as inovações introduzidas por esses marcos, sobressaem a descentralização administrativa, que transferiu a gestão de responsabilidades para estados e municípios, e a integração dos serviços nas esferas federal, estadual e municipal. Adicionalmente, as Leis Orgânicas fortaleceram o controle social, inaugurando um modelo de gestão democrática e participativa, até então inédito no contexto das políticas públicas de saúde no Brasil (Paim, 2011).

O SUS se consolidou como um dos principais sistemas de saúde pública mundial. Apesar das barreiras enfrentadas, principalmente em relação ao financiamento, o SUS obteve avanços na ampliação do acesso e na garantia da universalidade. Ao buscar reduzir as desigualdades socioeconômicas e regionais no acesso à saúde, o sistema reafirma seu compromisso com a equidade, tornando-se uma referência em políticas públicas para países com grande extensão territorial e profundas desigualdades (Oliveira, 2024a).

Outro aspecto fundamental é a descentralização e a gestão participativa, que distribuem responsabilidades entre os níveis federal, estadual e municipal. Esse arranjo possibilita uma resposta mais eficaz às necessidades locais, ao mesmo tempo que incentiva a sociedade a se envolver no controle social do sistema. Por meio de conselhos e conferências de saúde, que ocorrem periodicamente, a população pode influenciar a criação de políticas públicas e fiscalizar a qualidade dos serviços. Essa abordagem colaborativa realça o aspecto democrático do SUS, firmando-o como um modelo único de gestão pública em saúde (Brasil, 1990a, 1990b).

A boa estruturação do sistema de saúde depende do princípio da integralidade, que assegura a oferta de uma ampla variedade de serviços para atender às diversas necessidades da população. Paralelamente, o princípio da equidade desempenha um papel essencial ao promover cuidados diferenciados e individualizados para cada usuário do SUS, reduzindo as desigualdades na saúde pública e garantindo uma atenção ajustada às especificidades de cada indivíduo. Essa abordagem contribui para melhorar o acesso aos serviços, elevar os indicadores de saúde nas comunidades atendidas e ampliar a disponibilidade de tratamentos (Macinko; Mendonça, 2018; Marini; Ronchetti; Romero, 2024).

Para atender com maior precisão às necessidades dos usuários, o SUS organiza-se em três níveis de atenção: primária, secundária e terciária, visando assegurar o manejo eficiente dos pacientes, fundamentando-se nos princípios norteadores. Além disso, busca evitar a sobrecarga dos serviços em níveis mais complexos, garantindo um fluxo adequado e eficiente entre os diferentes níveis de cuidado (Macinko; Mendonça, 2018; Marini; Ronchetti; Romero, 2024).

#### **4.1.1 Atenção Primária à Saúde**

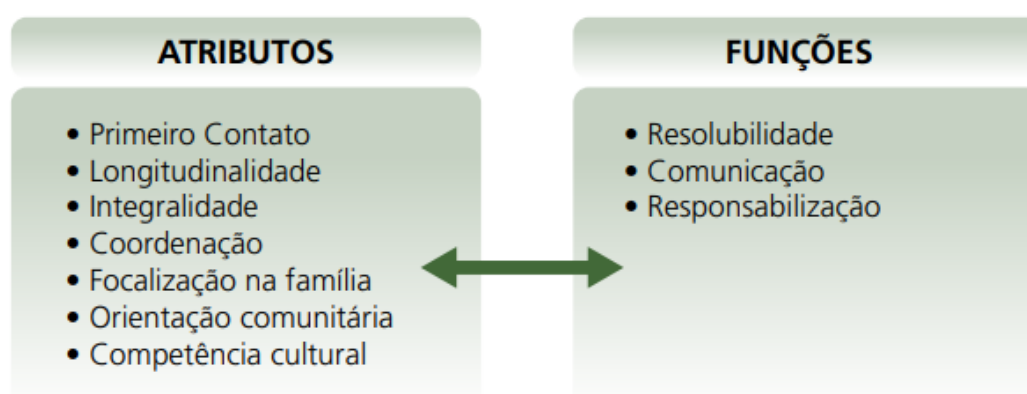
A APS representa o primeiro nível de cuidado em saúde, englobando ações tanto individuais quanto coletivas. Seu escopo inclui promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. Seu principal objetivo é oferecer atenção integral, que contribua positivamente para a melhoria das condições de saúde das comunidades (Brasil, [20--b]).

Como principal porta de entrada do SUS, a APS também atua como o eixo de comunicação entre os usuários e toda a RAS. Sua organização baseia-se nos

princípios de universalidade, acessibilidade, continuidade do cuidado, integralidade, responsabilização, humanização e equidade. Em essência, ela desempenha o papel de um filtro que organiza o fluxo dos serviços de saúde, desde os mais simples até os de maior complexidade (Brasil, [20--b]).

A Figura 1 apresenta os atributos e funções da APS, segundo os autores Starfield (2002) e Mendes (2012).

**Figura 1** – Atributos e funções da APS



Fonte: Starfield (2002) e Mendes (2012).

As RAS são sistemas integrados de serviços de saúde que atuam de forma cooperativa e interdependente, com a missão comum de oferecer atenção contínua e integral a uma população específica. Coordenadas pela APS, as RAS visam proporcionar cuidados no tempo, local e custo adequados, com qualidade, equidade, segurança e humanização, assumindo responsabilidades sanitárias e econômicas pela população atendida (Mendes, 2011). Elas são compostas por três elementos: a população atendida, a estrutura operacional e os modelos de atenção à saúde (CONASS, 2015).

A APS como estratégia efetiva depende do cumprimento de três funções essenciais: resolutividade, comunicação e responsabilização. A resolutividade, característica central dos cuidados primários, pressupõe que a APS seja capaz de atender, de forma cognitiva e tecnologicamente qualificada, mais de 90% das necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade (Mendes, 2015).

Os profissionais da APS devem estar capacitados para resolver os problemas mais comuns que surgem no nível dos cuidados primários, reduzindo a necessidade de encaminhamentos para outros níveis do sistema de saúde. Além de atender a essa

ampla demanda, a APS também se dedica a assegurar a qualidade da atenção oferecida, gerando benefícios significativos para os usuários.

Com a implementação e organização da APS, o Ministério da Saúde criou um modelo de reestruturação da atenção à saúde, baseado nos princípios do SUS, conhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF). Esse modelo prioriza o cuidado contínuo e integral à saúde de indivíduos, famílias e comunidades (Starfield, 2002).

A ESF utiliza equipes multidisciplinares compostas por profissionais como médicos generalistas e enfermeiros, preferencialmente especializados em saúde da família, auxiliares e/ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), que assumem a responsabilidade pela saúde sanitária da região (Brasil, 2024a).

As UBS, conhecidas popularmente como postos de saúde, são a porta de entrada da APS e desempenham um papel essencial na promoção da saúde e na prevenção de doenças. Nessas unidades, os usuários têm acesso a consultas de rotina, exames e atendimentos realizados por equipes multiprofissionais e profissionais especializados em saúde da família, que atuam para oferecer cuidado integral à população de cada território (Brasil, 2024b). O último censo de UBS, realizado em 2024, aponta que, no Brasil, existem cerca de 50 mil UBS (Brasil, 2025b).

Além dos serviços ofertados nas UBS, os profissionais também desenvolvem ações comunitárias, ocupando espaços públicos para realizar atividades como práticas integrativas e complementares (PICS), além de visitas domiciliares. As ações preventivas e educativas são importantes para evitar doenças e complicações que exigem tratamentos mais complexos e caros, como hipertensão, diabetes, sedentarismo, colesterol elevado e doenças cardiovasculares. Dessa forma, otimiza-se a utilização dos recursos do sistema de saúde, reduzindo a necessidade de internações e procedimentos de alta complexidade (Brasil, 2022a).

Os cidadãos podem buscar atendimento em uma UBS próxima para praticamente todas as demandas de saúde, exceto situações de risco à vida, que devem ser direcionadas a serviços de urgência e emergência, como Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h), hospitais gerais ou centros especializados em média e alta complexidade (Brasil, 2022a).

Uma APS qualificada garante cuidado abrangente, acessível a todos, com acompanhamento contínuo ao longo do tempo (longitudinalidade). Além disso, desempenha o papel de identificar necessidades, acionar e coordenar cuidados

especializados realizados por outros profissionais e serviços do sistema de saúde, quando necessário (Tesser; Poli, 2017).

Os casos que demandam a intervenção de profissionais especializados, doravante denominados especialistas, sejam médicos ou de outras áreas, em contraste com os generalistas que atendem amplamente na APS, envolvem maior gravidade clínica ou complexidade diagnóstica. O cuidado especializado é indispensável para complementar a APS, garantindo sua eficácia e proporcionando assistência qualificada aos que dela necessitam. Dessa forma, o sistema de saúde pode alcançar maior integralidade e atender às demandas de maneira mais completa (Tesser; Poli, 2017).

#### **4.1.2 Atenção Especializada**

A AE no sistema de saúde é organizada em dois níveis principais: a atenção secundária e a atenção terciária. Esses níveis refletem diferentes graus de complexidade no cuidado, sendo essenciais para a integralidade do atendimento à saúde. A atenção secundária está relacionada à média complexidade e concentra-se no atendimento ambulatorial especializado, enquanto a atenção terciária, de alta complexidade, é voltada para o cuidado hospitalar especializado e intensivo, destinado a situações de maior gravidade ou alta demanda tecnológica (Brasil, 2022a).

A Atenção Secundária foi regulamentada pelo Decreto nº 38.982, de 10 de abril de 2018, que estabelece sua organização e funcionamento no âmbito do sistema público de saúde, cujo objetivo é atender pacientes previamente referenciados pela APS (Brasil, 2018b). Para acessar esse nível de cuidado, é necessário que as consultas sejam reguladas, ou seja, o encaminhamento para o atendimento especializado deve ser inserido no sistema de regulação da Secretaria de Saúde. Assim, assegura-se que o fluxo de atendimento seja ordenado e eficiente, priorizando os pacientes que mais necessitam de acompanhamento especializado (Brasil, 2022b).

O atendimento oferecido pela Atenção Secundária é amplo e abrange diversas especialidades médicas, como dermatologia, endocrinologia, reumatologia, psiquiatria, otorrinolaringologia, ortopedia geral, ginecologia especializada, entre outras. Além disso, contempla áreas específicas de pediatria, odontologia e serviços auxiliares, como fisioterapia, fonoaudiologia e nutrição. Essa diversidade é essencial

para atender às demandas de saúde da população, especialmente em casos de maior complexidade diagnóstica ou terapêutica (Brasil, 2022a, 2022b).

Dessa forma, a Atenção Secundária atua como um elo indispensável na rede de saúde pública, complementando a APS e promovendo a continuidade do cuidado em níveis mais complexos (Brasil, 2022b; Santos, 2018).

A coordenação do cuidado entre os diferentes níveis assistenciais é um componente vital para a integração entre serviços, profissionais e usuários, com o objetivo de evitar a fragmentação e garantir a atenção integral (Cecilio; Reis, 2018). Nesse contexto, o sistema de referência e contrarreferência (SRCR) é fundamental, servindo como uma ferramenta essencial para a gestão eficiente de pacientes e a troca de informações entre os diferentes pontos da rede de saúde (Oliveira; Silva; Souza, 2021).

A referência consiste no encaminhamento de um paciente para um serviço de maior complexidade, enquanto a contrarreferência assegura seu retorno à APS. Essa comunicação coordenada permite o compartilhamento do histórico clínico, facilitando a tomada de decisões e a continuidade do plano terapêutico, independentemente do nível de complexidade (Marini; Ronchetti; Romero, 2024).

Criadas para superar a fragmentação do SUS, as RAS adotam o SRCR como seu principal mecanismo de comunicação (Brasil, 2017). Ao funcionar como um sistema logístico de informações, o SRCR organiza o fluxo de dados dos pacientes, o que fortalece a comunicação entre os serviços e promove a integralidade do cuidado (Alves *et al.*, 2015; Mendes, 2011; Pereira; Machado, 2016).

No entanto, a implementação do SRCR enfrenta desafios significativos. A falta de comunicação eficaz, a ausência de padronização na troca de informações e a inexistência de sistemas eletrônicos integrados são problemas persistentes no Brasil (Santos *et al.*, 2021). Essas falhas limitam a capacidade de fornecer uma assistência unificada, impedindo a superação das barreiras comunicacionais e comprometendo o cuidado integral (Brondani *et al.*, 2016; Melo; Criscuolo; Viegas, 2016).

A ineficácia do SRCR impacta diretamente a integralidade da assistência, resultando em prejuízos para os usuários. A falta de um sistema efetivo pode levar à descontinuidade do cuidado, atrasos em diagnósticos e tratamentos e resultados de saúde insatisfatórios (Endalamaw *et al.*, 2023).

Além disso, a ausência de uma referência adequada pela APS pode sobrecarregar os serviços de urgência, prejudicando a eficiência do sistema e o

acesso de pacientes que realmente necessitam desses serviços (Hermida *et al.*, 2019). A falha no sistema também acarreta custos desnecessários ao SUS, como a repetição de atendimentos e exames, além do constante deslocamento dos pacientes (Marini; Ronchetti; Romero, 2024).

Por outro lado, a melhoria do processo de comunicação entre os níveis de atenção à saúde pode trazer benefícios significativos. De acordo com Santos *et al.* (2021), a implementação de sistemas de SRCR eficazes resulta em aumento da adesão ao tratamento e da satisfação dos pacientes. De forma semelhante, um sistema bem estruturado pode reduzir o tempo de espera para consultas especializadas e cirurgias, impactando positivamente pacientes e diminuindo custos para o serviço de saúde (Martinelli *et al.*, 2023).

Assim, a melhoria na transição do cuidado é uma estratégia fundamental para a promoção da integralidade, qualidade e humanização da assistência. A implementação de SRCR eficaz pode reduzir a fragmentação do cuidado, melhorar a continuidade do tratamento e evitar a sobrecarga e gastos excessivos do sistema de saúde (Inez *et al.*, 2025).

De acordo com Barszcz *et al.* (2023), frequentemente, os diagnósticos estabelecidos na APS divergem daqueles fornecidos por dermatologistas especializados, tornando a área particularmente vulnerável a encaminhamentos imprecisos.

Uma pesquisa no oeste do Paraná analisou 220 prontuários para avaliar a qualidade dos documentos de contrarreferência da APS para um serviço de dermatologia. O objetivo foi verificar como os encaminhamentos chegavam à AE e se continham informações relevantes para o atendimento. O estudo, que incluiu 117 prontuários de 2022 e 103 de 2023, revelou que 80,91% dos casos foram encaminhados à dermatologia e 73,18% das hipóteses diagnósticas foram consideradas inadequadas (Petrauski; Nobre; Santos, 2025).

Rebolho (2021) salienta que o alto custo da assistência especializada associado ao volume desnecessário de encaminhamentos comprometem a eficiência do sistema de saúde.

### 4.1.3 Barreiras e desafios do SUS

O SUS é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, oferecendo acesso universal e gratuito à população brasileira (Giovanella *et al.*, 2018). No entanto, sua consolidação enfrenta desafios significativos. A expansão do setor público no Brasil ocorreu em paralelo ao crescimento do setor privado (Machado; Batista; Nogueira, 2011), o que contribuiu para as barreiras que perpetuam as iniquidades. Grupos socialmente menos privilegiados têm maior risco de adoecer e morrer (Starfield, 2002), e a base de apoio político e social à Reforma Sanitária Brasileira é frágil (Paim, 2008; Santos *et al.*, 2025a).

Para alcançar a equidade no acesso, o sistema de saúde deve ser organizado para reduzir essas barreiras (Giovanella *et al.*, 2012). Isso exige o reconhecimento da complexidade dos determinantes sociais da saúde (DSS), que incluem fatores como renda, educação, raça e moradia (Wilkinson; Marmot, 2003).

Starfield (2002) ressalta que a APS só pode gerar resultados equitativos se estiver articulada com políticas sociais mais amplas. As desigualdades se manifestam de forma cumulativa e transformam o racismo estrutural em um determinante de saúde (Farmer, 2003; Santos; Silva, 2022; Scheper-Hughes, 1993).

As barreiras geográficas são recorrentes, com a distância sendo a mais notável (Travassos; Castro, 2012). A má distribuição de unidades de saúde e as condições precárias de transporte dificultam o acesso, especialmente para populações rurais e ribeirinhas (Amoah-Nuamah *et al.*, 2023; Giovanella, 2012). A distribuição desigual de infraestrutura hospitalar e profissionais de saúde também agrava as disparidades. O Conselho Federal de Medicina (CFM, 2023) aponta um déficit de mais de 474 mil leitos e uma carência de 76,8 mil médicos, e o cenário se repete em áreas urbanas periféricas (Mrejen *et al.*, 2021).

As barreiras financeiras são resultado do subfinanciamento crônico do SUS, fazendo com que os usuários tenham que arcar com os custos de exames ou medicamentos que não estão disponíveis no sistema (Paim, 2009; Santos *et al.*, 2025a). Considerando as doenças crônicas, os custos podem ser onerosos para indivíduos e famílias, sobrecarregando a gestão do sistema (Becho; Oliveira; Almeida, 2017).

Além disso, a superlotação resulta em sobrecarga nos atendimentos e longas filas de espera, principalmente nos setores secundário e terciário (Campos *et al.*,

2022a). A longa espera por consultas e procedimentos é um dos principais obstáculos, com dados de 2021 indicando mais de 1,5 milhão de pessoas aguardando por cirurgias eletivas (Barbosa *et al.*, 2025).

As barreiras de informação também são relevantes, e o profissional de saúde tem um papel fundamental no combate à desinformação (Schraiber *et al.*, 2010; Silva *et al.*, 2024). A falta de preparo dos profissionais de saúde em relação ao funcionamento e à burocracia do SUS, incluindo o fluxo de encaminhamento, resulta em atrasos e diagnósticos tardios (Bernardino *et al.*, 2020; Rebolho *et al.*, 2021).

As barreiras organizacionais, como a sobrecarga de trabalho, a insuficiência e a alta rotatividade de profissionais, afetam a qualidade da atenção (Scherer *et al.*, 2016). A má gestão de recursos e a ausência de um projeto de Estado comprometem a sustentabilidade das políticas (Machado; Batista; Nogueira, 2011; Santos *et al.*, 2025a).

Populações vulneráveis, como pessoas em situação de rua, indígenas e quilombolas, enfrentam barreiras estruturais e culturais. O atendimento às pessoas em situação de rua é frequentemente paliativo (Valsechi; Marques, 2023), e a pandemia de covid-19 agravou a exclusão de grupos indígenas (Moura, 2024).

O acesso à especialidade de dermatologia no Brasil enfrenta barreiras que se manifestam tanto na distribuição geográfica desigual dos profissionais quanto no tempo de espera por atendimento (Costa, 2021).

Uma pesquisa de 2018 com 8.384 dermatologistas associados à Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD) revelou que esses especialistas estão concentrados em apenas 9,5% (527 de 5.570) dos municípios brasileiros. A densidade de dermatologistas mostrou uma correlação direta com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), especialmente em relação à renda e educação, indicando uma maior presença desses profissionais em áreas mais desenvolvidas (Schmidt *et al.*, 2018).

Um estudo em Canoas, no Rio Grande do Sul, revelou uma grande demanda reprimida. Em 14 de junho de 2021, o sistema de regulação do município registrava uma fila de espera de 2.933 pessoas para a primeira consulta com um dermatologista. Para fins de comparação, a fila para cardiologia, uma das mais longas, era de 2.652 pacientes (Guazina; Ramos, 2025).

Complementando essa evidência local, outra pesquisa, que analisou o município de Votorantim-SP, aponta que o acesso a especialistas no Brasil pode ultrapassar 120 dias (Jaeger, 2025).

A ESF contribui para a redução de desigualdades regionais e maior cobertura em áreas vulneráveis (Mrejen *et al.*, 2021). No entanto, a distribuição desigual de profissionais ainda compromete a efetividade do modelo (Garnelo *et al.*, 2018).

O enfrentamento da desigualdade estrutural e das iniquidades históricas é fundamental. A democratização da saúde, a intersetorialidade e o controle social são essenciais para construir um sistema mais justo. O futuro do SUS depende da reconstrução de um sistema público, intersetorial e universal, no qual a corresponsabilidade entre usuários, profissionais de saúde e gestores garanta o acesso com qualidade aos serviços (Barros *et al.*, 2025).

## 4.2 Dermatologia

A dermatologia é uma especialidade médica dedicada ao cuidado da saúde e estética da pele, cabelos e unhas. Essa área abrange a realização de procedimentos estéticos, cirúrgicos e oncológicos voltados para a pele e seus anexos (pelos, glândulas sudoríparas e sebáceas) (Fasolo; Kluthcovsky; Baroni, 2022).

Para se tornar dermatologista, é necessário concluir a graduação em Medicina, um curso integral com duração de seis anos. Após a formação como médico, o profissional deve realizar uma especialização ou residência médica em dermatologia (SBD, [20--]).

Durante a residência ou especialização, o médico tem contato direto com pacientes, adquirindo conhecimento sobre as doenças da pele e seus anexos. Nesse período, aprende a aplicar tratamentos clínicos, cosmiátricos, com *laser*, oncológicos e cirúrgicos relacionados à especialidade. São aproximadamente nove mil horas de estudo apenas na residência, capacitando o profissional a diagnosticar e tratar as mais variadas condições dermatológicas (SBD, [20--]).

A dermatologia é uma especialidade médica de grande relevância no mercado, pois abrange diversas áreas de atuação, incluindo tratamentos clínicos, procedimentos cirúrgicos, cuidados estéticos e a prevenção e tratamento do câncer de pele. Suas principais subdivisões são (Viol; Miranda; Silva, 2024):

- Dermatologia clínica: área médica dedicada à prevenção, identificação e manejo de uma vasta gama de afecções da pele, englobando desde condições comuns como acne, dermatites e eczemas até outras lesões cutâneas diversas;

- Dermatologia cirúrgica: engloba procedimentos realizados na pele para fins diagnósticos e terapêuticos, incluindo biópsias, remoção de pintas, tratamento de cicatrizes, retirada de lipomas e procedimentos a *laser*;
- Dermatologia oncológica: focada na detecção e tratamento do câncer de pele, sendo fundamental para o diagnóstico precoce e a abordagem terapêutica dessa doença;
- Dermatologia cosmiátrica: concentra-se em procedimentos estéticos que visam melhorar a aparência e elevar a autoestima dos pacientes;
- Onicologia: especialidade voltada para o estudo e tratamento de doenças que afetam as unhas, incluindo unhas encravadas, onicomicose e fragilidade ungueal.

Com os avanços da Medicina, a dermatologia passou por uma notável evolução nas últimas décadas, expandindo-se de uma especialidade essencialmente clínica para uma abordagem médico-cirúrgica mais abrangente (Viol; Miranda; Silva, 2024). O ônus das doenças dermatológicas é um desafio global significativo. Nos Estados Unidos, por exemplo, uma publicação de 2017 revelou que os custos diretos e indiretos dessas condições são comparáveis aos de doenças como diabetes e doenças cardiovasculares. O maior peso financeiro não está na fase de diagnóstico, mas sim na implementação dos tratamentos. Em 2013, nos EUA, uma em cada quatro pessoas de todas as idades consultou um médico por pelo menos uma doença de pele, gerando custos diretos de US\$ 75 bilhões e custos indiretos de US\$ 11 bilhões (Lim *et al.*, 2017).

Em 2019, foram registrados globalmente mais de 4,8 bilhões de novos casos de doenças de pele e subcutâneas. A maioria desses casos foi desencadeada por infecções fúngicas (34%) e bacterianas (23%). Nesse mesmo ano, o número de mortes relacionadas a essas doenças chegou a quase 99 mil, o dobro do total de 1990, sendo 72% delas causadas por infecções bacterianas (Yakup *et al.*, 2023).

No período de 1990 a 2019, houve um aumento substancial em todos os indicadores. O número de novos casos e mortes e a carga de DALY (Anos de Vida Ajustados por Incapacidade) cresceram significativamente. Por exemplo, os novos casos de úlceras de decúbito aumentaram 106% e as mortes por doenças bacterianas de pele subiram 104% (Yakup *et al.*, 2023).

O Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do Departamento de Tecnologia da Informação do SUS (DATASUS) é a fonte de dados oficiais sobre morbidade

hospitalar. O SIH documenta as internações em todos os hospitais públicos do Brasil. A Tabela 1 apresenta as internações e os óbitos por doenças dermatológicas registrados de março a agosto, nos anos de 2015 a 2019, e no mesmo intervalo em 2020. A análise desses dados permitiu determinar as taxas de letalidade hospitalar, bem como os riscos relativos de letalidade no ano de 2020 em comparação com 2019 (Rocha *et al.*, 2021).

**Tabela 1** – Análise das taxas de hospitalização e mortalidade por doenças dermatológicas no Brasil: uma comparação antes e durante a pandemia de covid-19

Códigos e descrições CID-10	Hospitalizações em março a agosto (A)		Mortes em março a agosto (B)		Letalidade(B)×100/(A)		Risco relativo(IC95%)	Valor de p para o risco relativo
	2015 a 2019 (média)	2020	2015 a 2019(média)	2020	2015 a 2019(média)	2020		
C43-C44; D22-D23 Neoplasias cutâneas	28.865	21.926	485	508	1,68	2,32	1,38 (1,22;1,56)	<0,001
C43-C44 Melanoma e outras neoplasias malignas da pele	24.293	19.929	484	506	1,99	2,54	1,27 (1,13;1,44)	<0,001
D22-D23 Neoplasia benigna da pele	4.572	1.997	1	2	0,02	0,10	4,58 (0,42;50,5)	0,172
L00-L99 Doenças da pele e tecido subcutâneo	131.325	90.182	2.004	1.947	1,53	2,16	1,42 (1,33;1,51)	<0,001
L00-L08 Infecções da pele e tecido subcutâneo	46.725	35.034	506	514	1,08	1,47	1,36 (1,19;1,53)	<0,001
L00-L09 Outras doenças da pele e tecido subcutâneo	84.601	55.148	1.498	1.433	1,77	2,60	1,47 (1,37;1,58)	<0,001
<b>Total</b>	<b>160.191</b>	<b>112.108</b>	<b>2.489</b>	<b>2.455</b>	<b>1,55</b>	<b>2,19</b>	<b>1,41 (1,33;1,49)</b>	<b>&lt;0,001</b>

Fonte: Rocha *et al.*, (2021).

As taxas de letalidade hospitalar para doenças dermatológicas apresentaram um aumento generalizado em março e abril de 2020, quando comparadas à média do mesmo período entre 2015 e 2019. Os riscos relativos de letalidade hospitalar variaram de 1,27 a 1,47 ( $p < 0,001$ ), indicando que a mortalidade foi entre 27% e 47% superior nos primeiros seis meses de 2020, em relação aos anos anteriores (Rocha *et al.*, 2021).

A Resolução WHA 78.15 da OMS coloca a dermatologia em uma posição central nas políticas de saúde globais, com recomendações explícitas para que os países incorporem a saúde da pele em seus sistemas nacionais. As diretrizes da OMS incluem (WHO, 2025):

- o fortalecimento dos sistemas de saúde para que incluam serviços dermatológicos básicos;

- a capacitação de profissionais para o manejo de doenças de pele com impacto social;
- o investimento em prevenção, diagnóstico precoce e tratamento;
- a promoção da equidade no acesso a cuidados dermatológicos em todas as partes do mundo.

Especialistas afirmam que essa decisão constitui uma mudança de paradigma, uma vez que a pele é finalmente reconhecida como um órgão importante para a saúde física, mental e social. A Resolução permite que doenças historicamente negligenciadas, como a hanseníase, sejam alvos de uma atenção política, científica e financeira mais intensa (WHO, 2025).

A OMS destacou a ampla gama de condições dermatológicas, que incluem doenças infecciosas, inflamatórias, autoimunes, congênitas, crônicas e raras, além de tumores malignos. Muitas dessas doenças, especialmente em países em desenvolvimento, permanecem sem diagnóstico e tratamento, o que agrava o problema (WHO, 2025).

Além disso, a OMS aponta a prevalência crescente de doenças infecciosas emergentes que se manifestam na pele. O reconhecimento de sinais cutâneos como indicadores críticos para a detecção precoce é visto como fundamental para responder aos desafios de saúde pública (WHO, 2025).

A OMS também se mostrou preocupada com as consequências sociais e emocionais das doenças de pele. Elas frequentemente causam estigma, discriminação e podem levar a problemas de saúde mental, como depressão e ansiedade, além de afetarem o desenvolvimento humano ao longo da vida. A discriminação e a violência contra as pessoas afetadas e suas famílias são também um motivo de preocupação (WHO, 2025).

Por fim, a OMS apontou para a falta de conscientização e conhecimento sobre as doenças de pele em diversos níveis da sociedade. Essa lacuna leva a atrasos no diagnóstico e tratamento. A falta de vigilância de rotina, especialmente em comunidades de difícil acesso, pode subestimar a real carga dessas doenças (WHO, 2025).

A OMS (WHO, 2025) aponta estar consciente de que:

[...] dado o número inadequado de profissionais de saúde e assistência, incluindo profissionais especialistas, os esforços para fortalecer as forças de trabalho de saúde e assistência em ambientes de atenção primária à saúde devem garantir competências para fornecer serviços relacionados à

dermatologia, incluindo o tratamento de doenças de pele comuns e o encaminhamento oportuno de casos complexos (WHO, 2025, p. 2).

Atrasos no acesso ao tratamento e cuidados podem ter implicações sérias para a saúde física geral de pacientes com doenças de pele, aumentando o risco de desenvolver complicações, deficiência e comorbidades associadas, como doenças cardiovasculares e artrite (Felquer *et al.*, 2022; Gisondi *et al.*, 2022).

Além disso, pacientes frequentemente precisam percorrer caminhos complexos e longos para acessar o cuidado adequado, com grandes inconsistências entre os países e até dentro de um mesmo país, em que há distribuição geográfica desigual de profissionais de saúde especializados, com a maioria concentrada nas cidades, contribuindo ainda mais para as dificuldades de acesso a cuidados para aqueles que vivem em áreas remotas (European Academy of Dermatology and Venerology, 2023).

Os Estados-membros da OMS, segundo a Resolução WHA 78.15, devem (WHO, 2025):

1. Priorizar as doenças de pele, alocando recursos para prevenção, detecção e tratamento dentro dos programas nacionais de saúde, com foco na cobertura universal;
2. Fortalecer a vigilância nacional e a coleta de dados sobre doenças de pele para planejar intervenções;
3. Melhorar a educação de profissionais de saúde primários e capacitar pacientes e famílias para o autocuidado;
4. Expandir a capacidade de diagnóstico laboratorial para doenças de pele, incluindo o combate à resistência antimicrobiana e a detecção de doenças emergentes;
5. Promover o acesso equitativo a tratamentos de qualidade e medicamentos essenciais para reduzir custos diretos aos pacientes;
6. Integrar os serviços de saúde da pele nas políticas existentes de deficiência, reabilitação e saúde mental;
7. Adotar modelos inovadores, como telemedicina e avaliações digitais, para reforçar a dermatologia, especialmente em áreas remotas;
8. Acelerar o cumprimento das metas para doenças tropicais negligenciadas da pele até 2030, usando uma abordagem integrada;
9. Apoiar organizações de pacientes com doenças de pele e incentivar sua participação em políticas e programas;

10. Promover a pesquisa sobre doenças de pele em colaboração com instituições acadêmicas.

No contexto do SUS, observa-se uma subvalorização na abordagem diagnóstica e nas condutas terapêuticas voltadas para doenças dermatológicas, o que impacta a qualidade da assistência oferecida nessa área (Viol; Miranda; Silva, 2024).

Os problemas de pele são frequentemente subestimados nas políticas de saúde, pois são vistos como pouco letais e sua morbidade é pouco valorizada. Isso faz com que as doenças dermatológicas não sejam tratadas com a devida relevância (SBD, 2006). É importante ressaltar que as doenças dermatológicas, mesmo não sendo letais, podem prejudicar a qualidade de vida das pessoas afetadas (Chaves *et al.*, 2025).

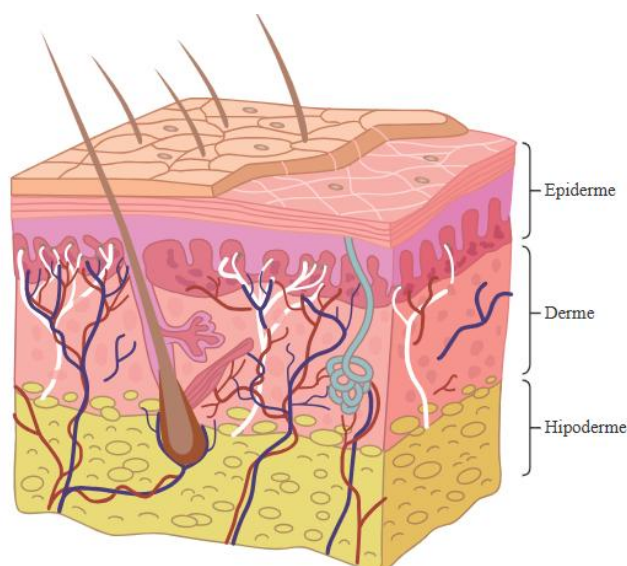
Há também o desafio da falta de treinamento adequado dos profissionais da APS, que leva a uma baixa capacidade do sistema de saúde em lidar com essas condições. Em vez de resolver as queixas dermatológicas em um nível primário, muitas equipes encaminham os pacientes para serviços especializados, o que eleva os custos da assistência à saúde (Menegon; Menegon; Carvalho, 2023).

#### **4.2.1 Pele**

A pele é o maior órgão do corpo humano, representando aproximadamente 15% do peso corporal em adultos e cobrindo uma área entre 1,5 e 2 metros quadrados. Suas funções são fundamentais para a manutenção da homeostase, atuando como barreira contra agentes patogênicos e radiação ultravioleta, além de regular a temperatura, evitar a perda de água e permitir a percepção sensorial por meio de terminações nervosas conectadas ao sistema nervoso central (Cunha, 2021).

Estruturalmente, a pele é composta por três camadas principais: epiderme, derme e hipoderme, cada uma com características específicas e funções essenciais. A Figura 2 apresenta as camadas da pele (Ferreira; Baiense, 2023).

**Figura 2 – Camadas da pele**



**Fonte:** Ferreira e Baiense (2023, p. 9558).

A epiderme, camada mais superficial, é subdividida em cinco estratos: basal, espinhoso, granuloso, lúcido e córneo. Sua espessura varia conforme a região do corpo, sendo mais espessa em áreas submetidas a maior atrito, como palmas das mãos e plantas dos pés. O principal componente celular dessa camada é o queratinócito, que sintetiza queratina e citocinas envolvidas na cicatrização. Os queratinócitos estão interligados por desmossomos, conferindo coesão e resistência ao tecido. Além disso, a epiderme abriga melanócitos, responsáveis pela produção de melanina; células de Langerhans, envolvidas na resposta imunológica; e células de Merkel, associadas à percepção tátil (SBD, 2021).

A derme, camada intermediária entre epiderme e hipoderme, contém fibras colágenas e elásticas que conferem resistência e flexibilidade à pele. É vascularizada e abriga nervos, folículos pilosos, glândulas sebáceas e sudoríparas, além de células imunes. Sua interface com a epiderme forma uma junção irregular, fortalecendo a coesão entre as camadas e contribuindo para a resistência mecânica do tecido. Os fibroblastos, células predominantes da derme, produzem colágeno e elastina, proteínas fundamentais para a integridade estrutural da pele (Oliveira, 2024b).

Já a hipoderme, também conhecida como tecido subcutâneo, é composta principalmente por tecido conjuntivo frouxo e adipócitos, desempenhando funções como isolamento térmico e amortecimento de impactos. Essa camada facilita a

mobilidade da pele sobre estruturas mais profundas e abriga vasos sanguíneos e nervos de grande calibre (Junqueira; Carneiro, 2018).

Os problemas de pele (dermatoses) podem causar impactos significativos tanto no bem-estar físico quanto emocional, influenciando diretamente a autoestima e, em alguns casos, contribuindo para o desenvolvimento de ansiedade e depressão. Esse efeito psicológico está fortemente associado ao conceito de saúde biopsicossocial, que enfatiza a interdependência entre corpo e mente, reconhecendo como alterações físicas podem afetar o estado emocional e vice-versa (Godinho *et al.*, 2025).

Oliveira (2021) realizou um estudo com 586 participantes do ambulatório da Clínica de Dermatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo, utilizando a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD). O autor observou índices elevados de transtornos mentais, com média de 9,67 ( $\pm 5,49$ ), sendo que 34,12% dos participantes apresentaram sintomas depressivos e 37,71%, sintomas ansiosos. Os dados quantitativos se alinham com os resultados qualitativos, nos quais mais da metade dos participantes (255 respostas) relatou ter tido mudanças em seus relacionamentos sociais. As respostas evidenciam o impacto psicológico, gerando sentimentos de isolamento, reclusão e medo de se relacionar.

Os participantes enfrentam comportamentos e reações por parte de outras pessoas, que se manifestam por meio de críticas, olhares desconfiados, comentários negativos e estranhamento. O medo de contágio é um fator central nesse comportamento, levando ao afastamento e à recusa de contato físico, apontado nos relatos sobre a apreensão de ser tocado ou o constrangimento de usar o transporte público, o que demonstra a necessidade urgente de combater o estigma e a falta de informação sobre essas condições (Olivera, 2021).

#### **4.2.2 Dermatose**

O termo dermatose é utilizado na medicina para designar qualquer alteração ou doença que afete a pele. Geralmente, o diagnóstico dessas condições é realizado por um dermatologista. As doenças dermatológicas englobam ampla gama de problemas, variando desde quadros frequentes, como acne e eczema, até patologias raras e mais complexas. Essas condições podem ser manifestações isoladas ou reflexos de distúrbios sistêmicos. A pele, sendo o maior órgão do corpo humano, está

suscetível a diversas afecções, e, de acordo com a SBD, as enfermidades cutâneas estão entre os principais motivos de consulta médica no Brasil (SBD, 2006).

As dermatoses são um grupo diversificado de condições que afetam a pele, podendo variar em causas, sintomas e tratamentos. Entre as formas mais comuns dessas doenças, destacam-se a dermatite atópica, a acne, a dermatite de contato, a dermatofitose, o herpes labial, a psoríase, a rosácea, a dermatite seborreica e a urticária (Viol; Miranda; Silva, 2024).

As causas das dermatoses podem ser variadas, dependendo do tipo específico da doença. Fatores infecciosos, como bactérias, vírus e fungos, são responsáveis por diversas condições cutâneas, assim como processos inflamatórios crônicos, reações alérgicas e distúrbios autoimunes. Além disso, a predisposição genética pode influenciar o desenvolvimento de algumas dermatoses, como ocorre na dermatite atópica e na psoríase (Viol; Miranda; Silva, 2024).

O exame físico desempenha um papel essencial no diagnóstico das doenças dermatológicas. A semiologia dessa área se baseia, sobretudo, na inspeção, ou seja, na observação detalhada das alterações presentes na pele e nas mucosas externas. Além disso, a palpação complementa a avaliação, permitindo identificar características como consistência (se é amolecida, endurecida ou pétrea), temperatura, mobilidade, profundidade e extensão das lesões, bem como a presença de dor (Menegon; Menegon; Carvalho, 2023).

Estudos indicam a alta incidência de dermatoses, evidenciando a relevância da dermatologia como especialidade médica. No entanto, essas condições são frequentemente subestimadas devido à sua baixa taxa de letalidade, o que pode levar à negligência de sua morbidade e impacto na saúde pública. Por isso, é fundamental investir em diagnósticos precoces e condutas adequadas no atendimento do sistema de saúde (Viol; Miranda; Silva, 2024).

Desde 2006, a Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD) conduz inquéritos nacionais para monitorar a prevalência e a distribuição de doenças de pele no Brasil. A edição de 2024 analisou os casos atendidos por dermatologistas em serviços públicos e privados. O estudo utilizou uma amostragem probabilística de dois estágios, selecionando primeiro médicos registrados na SBD e, em seguida, incluindo todos os pacientes atendidos por esses profissionais na semana anterior ao preenchimento do questionário (SBD, 2024).

Dos 370 médicos dermatologistas participantes, 229 (61,9%) atuam no sistema privado. Essa concentração de profissionais no setor privado reflete diretamente no atendimento aos pacientes, com 65% sendo atendidos por esse serviço. Em contrapartida, o setor público conta com um número menor de dermatologistas, 141 (38,1%), que atendem 35% do total de pacientes. Dessa forma, os dados revelam uma disparidade na oferta de serviços dermatológicos, com o sistema privado se destacando como o principal provedor (SBD, 2024).

A Tabela 2 apresenta os principais diagnósticos registrados pela pesquisa. A acne emergiu como o principal motivo para a busca por atendimento dermatológico, totalizando 9,5% dos diagnósticos. Outras condições frequentemente diagnosticadas foram psoríase (7,1%), neoplasias malignas da pele (6,9%) e dermatite atópica (6,7%) (SBD, 2024).

**Tabela 2** – Principais diagnósticos dermatológicos registrados pela Sociedade Brasileira de Dermatologia, Inquérito Dermatológico Nacional, 2024

CÓDIGO	CID-10	n	%
L70	Acne	2.557	9,5
L40	Psoríase	1.901	7,1
C44	Outras neoplasias malignas da pele	1.865	6,9
L20	Dermatite atópica	1.808	6,7
	Alterações da pele devidas à exposição crônica		
L57	à radiação não ionizante	1.491	5,6
L82	Ceratose seborreica	1.373	5,1
D22	Nevos melanocíticos	926	3,5
L81	Transtornos da pigmentação	872	3,3
L21	Dermatite seborreica	692	2,6
L64	Alopecia androgenética	661	2,5
B07	Verrugas de origem viral	571	2,1
L80	Vitiligo	556	2,1
L73	Outras afecções foliculares/foliculite	535	2
L65	Alopecias não cicatriciais/eflúvio telógeno	533	2
L71	Rosácea	515	1,9

Fonte: Adaptado pelo autor, de SBD (2024).

A Tabela 3 apresenta a distribuição dos principais diagnósticos dermatológicos, segundo tipo de serviço de saúde, confirmação de diagnóstico e tipo de consulta. A maioria dos casos de acne (quase 80%) foi tratada no setor privado, e 98,6% dos diagnósticos foram confirmados. Em contrapartida, os casos de câncer de pele foram mais prevalentes no setor público (58,3%), o que sublinha a importância do SUS na detecção de patologias graves (SBD, 2024).

**Tabela 3** – Distribuição, em porcentagem, dos principais diagnósticos dermatológicos por tipo de serviço, confirmação e consulta – Censo Dermatológico 2024

CÓDIGO	CID-10	SERVIÇO DE SAÚDE		DIAGNÓSTICO		TIPO DE CONSULTA	
		PRIVADO	PÚBLICO	SUSPEITO	CONFIRMAÇÃO	PRIMEIRA	RETORNO
L70	Acne	79,8	20,2	1,5	98,6	44,8	55,2
L40	Psoríase	58,2	41,9	8,5	91,5	29,2	70,8
C44	Outras neoplasias malignas da pele	41,7	58,3	18,6	81,4	21,8	78,2
L20	Dermatite atópica	53,7	46,3	10,9	89,1	40,1	59,9
L57	à radiação não ionizante	79,7	20,3	6,7	93,4	32,3	67,7
L82	Ceratose seborreica	82,1	17,9	3,9	96,1	43,4	56,6
D22	Nevos melanocíticos	80,3	19,7	8,1	91,9	48,8	51,2
L81	Transtornos da pigmentação	78,6	21,4	6,1	93,9	36,0	64,0
L21	Dermatite seborreica	74,7	25,3	8,5	91,5	54,8	45,3
L64	Alopecia androgenética	77,6	22,4	10,6	89,4	36,7	63,3
B07	Verrugas de origem viral	75,7	24,3	13,4	86,6	46,1	53,9
L80	Vitiligo	46,1	53,9	3,3	96,7	39,2	60,8
L73	Outras afecções foliculares/foliculite	67,1	32,9	10,7	89,3	29,1	70,9
L65	Alopecias não cicatriciais/eflúvio telógeno	82,8	17,2	20,2	79,8	53,2	46,8
L71	Rosácea	85,8	14,2	8,4	91,6	40,2	59,8

Fonte: Adaptado pelo autor, de SBD (2024).

Miot *et al.* (2018) apontaram diferenças diagnósticas entre pacientes do SUS, de planos de saúde e de consultas particulares, refletindo as variações socioeconômicas e a necessidade de encaminhamento para especialistas. A hanseníase, por exemplo, foi a terceira doença mais frequente (5,2% dos diagnósticos) entre os pacientes do SUS, mas não apareceu entre os 20 diagnósticos mais comuns de usuários de planos de saúde ou de atendimentos particulares.

A análise de 1.223 atendimentos dermatológicos no Centro de Saúde São José, em Campinas (SP), no período de setembro de 2005 a maio de 2006, identificou que 984 pacientes foram encaminhados para a equipe especializada. Os diagnósticos mais comuns foram eczemas (11,3%), tumores benignos (9%) e transtornos pigmentares (8,7%). As condutas adotadas incluíram orientações gerais sobre umectação e fotoproteção, além de tratamentos tópicos e sistêmicos, sendo os mais prescritos corticosteroides e anti-histamínicos. Procedimentos como biópsia e exérese foram realizados em 27,34% das consultas, e exames de sangue e microbiológicos foram os mais solicitados (Bernardes *et al.*, 2015).

Após a constatação de que as hipóteses diagnósticas de médicos não especialistas em dermatologia divergem daquelas elaboradas por especialistas, a Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp (FCM/Unicamp) modificou o currículo do curso de Medicina, incluindo temas teóricos sobre dermatoses prevalentes e tratamentos básicos (Bernardes *et al.*, 2015).

O estudo conduzido por Brandão, Lima e Leidenz (2020) analisou a prevalência de doenças dermatológicas em uma amostra de 659 pacientes, em Belo Horizonte, Minas Gerais. A pesquisa teve como objetivo obter dados precisos sobre a frequência e os tipos de patologias cutâneas atendidas, possibilitando a definição de estratégias voltadas para a prevenção e o controle dessas condições. A Tabela 4 apresenta a prevalência das dermatoses, sendo mais frequentes o eczema, a acne e a ceratose seborreica.

**Tabela 4** – Dermatoses – Belo Horizonte, Minas Gerais, 2014

DOENÇAS	N	PORCENTAGENS
Eczema	99	15,0%
Eczema atópico	20	3,0%
Acne	90	13,6%
Ceratose seborréica	58	8,9%
Micoses	49	7,4%
Dermatite seborréica	44	6,7%
Tumores benignos	53	8,0%
Tumores malignos	7	1,0%
Carcinoma espinocelular	5	0,5%
Carcinoma basocelular	1	0,1%
Melanoma	1	0,1%
Outros	234	35,5%

Fonte: Adaptado pelo autor, de Brandão, Lima e Leidenz (2020, p.34).

Em pesquisa realizada por Ferreira, Godoi e Perugini (2020), foram analisados 55.265 atendimentos realizados na APS de Florianópolis, Santa Catarina, entre 2016 e 2017. As doenças de pele corresponderam a 5% dos atendimentos na APS. Isso significa que, para cada 20 consultas médicas, uma teve como diagnóstico principal uma condição dermatológica.

Os diagnósticos mais prevalentes foram dermatite atópica (6,38%), outras afecções da pele e do tecido subcutâneo (5,10%) e escabiose (4,55%), conforme Tabela 5.

**Tabela 5** – Principais diagnósticos do CID-10 realizados na APS, em Florianópolis, entre 2016 e 2017

	<b>CID-10</b>	<b>n</b>	<b>Porcentagem</b>
L20	Dermatite atópica	3.531	6,38
L98	Outras afecções da pele e do tecido subcutâneo	2.819	5,1
B86	Escabiose	2.518	4,55
L01	Impetigo	2.371	4,29
L60	Afecções das unhas	2.277	4,12
L30	Outras dermatites	2.078	3,76
L29	Prurido	1.854	3,35
B49	Micose não especificada	1.507	2,72
L72	Cistos foliculares da pele e do tecido subcutâneo	1.495	2,7
L40	Psoríase	1.382	2,5
L23	Dermatite alérgica	1.372	2,48
L50	Urticária	1.357	2,45
B07	Verrugas de origem viral	1.356	2,45
B36	Pitiríase versicolor	1.072	1,94
B369	Micose superficial não especificada	916	1,65
<b>Total</b>		<b>55.265</b>	<b>100</b>

Fonte: Adaptado pelo autor, de Ferreira, Godoi e Perugini (2020).

A Tabela 6 apresenta as principais categorias do CID-10 atendidas na especialidade de dermatologia, no mesmo estudo.

**Tabela 6** – Principais categorias do CID-10 atendidas na especialidade de dermatologia em Florianópolis, no biênio 2016-2017

	<b>CID-10</b>	<b>n</b>	<b>Porcentagem</b>
C44	Outras neoplasias malignas da pele	2.906	14,75
L57	Alterações da pele devido à exposição crônica à radiação não ionizante	2.010	10,20
L40	Psoríase	1.380	7,00
L82	Ceratose seborreica	1.072	5,44
L81	Outros transtornos da pigmentação	1.020	5,17
D22	Nevos melanocíticos	944	4,79
L70	Acne	882	4,47
L25	Dermatite de contato não especificada	454	2,30
B07	Verrugas de origem viral	346	1,76
B35	Dermatofitose	344	1,74
L80	Vitiligo	326	1,65
L63	Alopécia areata	226	1,15
L71	Rosácea	218	1,11
L72	Cistos foliculares da pele e do tecido subcutâneo	176	0,89
D18	Hemangioma e linfangioma de qualquer localização	160	0,81
<b>Total</b>		<b>19.694</b>	<b>100</b>

Fonte: Adaptado pelo autor, de Ferreira, Godoi e Perugini (2020, p. 433).

Já na atenção secundária, dentre 19.964 atendimentos realizados no mesmo período, os diagnósticos predominantes foram “outras neoplasias malignas da pele”, (14,75%) e “alterações cutâneas por exposição crônica à radiação não ionizante”, correspondendo a 10,20% dos casos.

Os autores observaram uma distinção nos perfis de diagnóstico de doenças de pele efetuados na APS e na AE em dermatologia. Tal constatação sublinha a relevância do papel da APS na gestão de afecções de menor complexidade, atuando como um filtro eficaz. Essa função é importante para assegurar que apenas os casos mais complexos, que de fato demandam *expertise* especializada, sejam encaminhados para os serviços de dermatologia (Ferreira; Godoi; Perugini, 2020).

Menegon, Menegon e Carvalho (2023) realizaram um estudo na ESF do município de Ijuí, Rio Grande do Sul, sobre o fluxo de atendimento na saúde. Os autores observaram que as consultas motivadas por alterações dermatológicas ocorrem, em sua maioria, por demanda espontânea (74%). No entanto, as afecções cutâneas que resultam em encaminhamento para outro serviço são mais frequentemente identificadas em consultas agendadas (60,7%).

A análise das características demográficas dos pacientes encaminhados revelou uma maior prevalência de encaminhamentos entre indivíduos do sexo feminino (28,3%) em comparação ao masculino (22,4%). Embora a amostra não permita uma conclusão estatística definitiva, a taxa de encaminhamento parece aumentar com a idade, atingindo 35,7% para aqueles acima de 60 anos, em contraste com menos de 10% na faixa etária abaixo de 25 anos. No total, entre os 109 pacientes com afecções de pele, 25,7% necessitaram de encaminhamento. Os principais destinos para esses pacientes foram o ambulatório de pequenas cirurgias, o ambulatório de dermatologia e a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), todos parte da rede de saúde municipal (Menegon; Menegon; Carvalho, 2023).

Barszcz *et al.* (2023) analisaram 194 pacientes encaminhados da APS para o serviço de dermatologia em Ponta Grossa, Paraná. A população estudada tinha média de idade de 46,7 anos (DP = 17,9), com predominância de mulheres (65,5%), sendo que 50,0% eram casados e apenas 12,9% tinham trabalho remunerado registrado.

Os diagnósticos de encaminhamento da APS, que em 40,3% dos casos estavam ausentes e em 12,0% eram inespecíficos, mostraram maior incidência para doenças eritemato-descamativas (8,0%), câncer de pele (6,0%) e lesões pré-malignas

(5,4%). Já o dermatologista diagnosticou mais frequentemente lesões pré-malignas (15,6%), micelias (13,8%) e tumores benignos (12,4%).

Avaliando a possibilidade de manejo na APS, 37,1% dos casos poderiam ter sido resolvidos nesse nível de atenção. A análise do grau de concordância entre os diagnósticos da APS e os da dermatologia, feita com 113 pacientes que tinham o diagnóstico de encaminhamento preenchido, revelou um Coeficiente Kappa de 0,50. Esse valor, considerado moderado e estatisticamente significativo ( $p < 0,001$ ), aponta para um alinhamento parcial entre os diagnósticos dos dois níveis de atenção (Barszcz *et al.*, 2023).

### 4.2.3 Lesões elementares

As lesões elementares da pele surgem em decorrência de alterações fisiopatológicas, incluindo processos inflamatórios, degenerativos, circulatórios, neoplásicos, além de disfunções metabólicas ou fatores congênitos. Essas lesões são classificadas em primárias e secundárias (Rivitti, 2016).

As lesões elementares primárias representam as primeiras manifestações de alterações cutâneas, surgindo em áreas da pele anteriormente saudáveis. Elas são classificadas conforme suas características morfológicas e fisiopatológicas, podendo indicar processos inflamatórios, infecciosos, neoplásicos ou reacionais (Rivitti, 2016).

Dentre essas lesões, algumas são decorrentes de mudanças na coloração da pele, sem relevo ou depressão, como ocorre nas máculas e manchas, que podem ter origem vascular, pigmentar ou artificial. Outras apresentam-se como elevações sólidas, resultado de proliferação celular ou depósito de substâncias, formando pápulas, nódulos e placas. Além disso, há as lesões líquidas, caracterizadas pelo acúmulo de fluidos no interior da epiderme ou derme, como vesículas, bolhas e pústulas, que podem indicar processos infecciosos ou imunológicos (Bologna; Jorizzo; Rapini, 2011; Grden *et al.*, 2019).

A identificação correta das lesões primárias é essencial para um diagnóstico preciso e para a definição de condutas terapêuticas eficazes, considerando que muitas dessas alterações podem evoluir para lesões secundárias em resposta à progressão da condição de base ou à manipulação das lesões (Bologna; Jorizzo; Rapini, 2011; Grden *et al.*, 2019).

No Quadro 1 são apresentadas as principais lesões elementares primárias (Azulay, 2013):

**Quadro 1 – Lesões elementares primárias**

<b>Lesões Elementares Primárias</b>	
<b>Máculas e Manchas</b>	As máculas e manchas correspondem a alterações circunscritas da coloração da pele sem relevo ou depressão. Essas lesões podem resultar de distúrbios vasculares, pigmentares ou inflamatórios, mantendo a superfície cutânea íntegra. Exemplos clássicos incluem as manchas café-com-leite, observadas na neurofibromatose, o vitiligo, caracterizado por despigmentação progressiva, e os lentigos, que são hiperpigmentações benignas associadas ao fotoenvelhecimento
<b>Pápulas</b>	As pápulas são elevações sólidas e palpáveis da pele, com menos de 1 cm de diâmetro. Elas resultam de proliferação celular ou infiltração inflamatória localizada, podendo ser encontradas em diversas doenças dermatológicas. Condições comuns que se apresentam com pápulas incluem a acne, o molusco contagioso e as queratoses seborreicas, todas caracterizadas por lesões elevadas bem delimitadas
<b>Placas</b>	Placas são lesões sólidas e elevadas com mais de 1 cm de diâmetro, que podem resultar da confluência de múltiplas pápulas ou do espessamento da epiderme. Patologias como psoríase, líquen plano e dermatite atópica frequentemente se apresentam com esse tipo de lesão, manifestando áreas bem definidas de hiperplasia epidérmica e inflamação crônica
<b>Nódulos</b>	Os nódulos são lesões palpáveis e sólidas, com mais de 1 cm de diâmetro, localizadas na derme ou hipoderme. Essas lesões podem ser benignas, como os lipomas e cistos sebáceos, ou malignas, como os melanomas nodulares e os carcinomas basocelulares. Sua diferenciação é fundamental para o manejo clínico adequado, sendo necessário, em muitos casos, exames complementares para confirmação diagnóstica
<b>Vegetações</b>	As vegetações consistem em lesões exofíticas, caracterizadas por projeções irregulares da epiderme. Elas podem ser observadas em infecções virais, como as verrugas causadas pelo papilomavírus humano (HPV), e em condições benignas, como os pólipos fibroepiteliais. Sua aparência pode variar de superfícies lisas a rugosas e hiperqueratóticas, dependendo da etiologia subjacente
<b>Vesículas e Bolhas</b>	As vesículas são pequenas elevações epidérmicas, menores que 1 cm, contendo líquido claro. São observadas em infecções virais, como herpes simples e herpes zoster, e em doenças autoimunes, como a dermatite herpetiforme. Já as bolhas possuem diâmetro superior a 1 cm e podem conter líquido seroso ou hemorrágico, sendo características de patologias como o pénfigo vulgar e o pénfigoide bolhoso. Essas lesões resultam da separação intraepidérmica ou subepidérmica devido a processos inflamatórios ou imunomediados

Fonte: Elaborado pelo autor com base em Azulay (2013).

Já as lesões elementares secundárias surgem como evolução, modificação ou consequência das lesões primárias. Elas incluem (Grden *et al.*, 2019):

- alterações na textura e espessura da pele, como liquenificação, atrofia e cicatrizes, que podem resultar de processos inflamatórios crônicos ou regeneração tecidual;
- perdas teciduais, representadas por erosões, úlceras e fissuras, que comprometem a integridade da pele, podendo causar exposição de camadas mais profundas.

Na Quadro 2 são apresentadas as lesões elementares secundárias (Azulay, 2013):

**Quadro 2 - Lesões elementares secundárias**

<b>Lesões Elementares Secundárias</b>	
<b>Liquenificação</b>	Refere-se ao espessamento progressivo da pele, frequentemente acompanhado por um aumento da rigidez e da acentuação dos relevos cutâneos. Essa alteração ocorre devido ao ato crônico de coçar ou à exposição prolongada a agentes irritantes. É comum em doenças como eczema crônico, dermatite de contato persistente e prurigo nodular
<b>Espessamento cutâneo</b>	Caracteriza-se pelo aumento da espessura da pele, podendo ocorrer de forma localizada ou difusa. Esse fenômeno pode estar relacionado a processos de hiperqueratose, proliferação anômala das camadas epidérmicas ou acúmulo de substâncias incomuns nos tecidos. Exemplos clássicos incluem ictioses, psoríase crônica e queratodermias
<b>Cicatriz</b>	Representa o resultado do processo de reparação tecidual após uma lesão na pele. Pode apresentar-se plana, elevada ou deprimida, além de variar em coloração e textura. As cicatrizes podem surgir após ferimentos, intervenções cirúrgicas, queimaduras ou patologias cutâneas como acne. São classificadas em diferentes tipos, incluindo cicatrizes atróficas, hipertróficas e queloides.
<b>Úlcera</b>	Trata-se de uma lesão aberta que pode comprometer desde a epiderme até camadas mais profundas da pele e tecidos adjacentes. Ocorre em diversas condições clínicas, como úlceras de pressão, úlceras venosas ou arteriais e lesões cutâneas necróticas. Seu desenvolvimento pode estar associado a fatores vasculares, infecciosos ou inflamatórios.

Fonte: Elaborado pelo autor com base em Azulay (2013).

A diferenciação entre esses tipos de lesões é essencial para o diagnóstico e tratamento adequado das dermatoses (Grden *et al.*, 2019).

### 4.3 Educação médica e a dermatologia

O termo “egresso” refere-se aos profissionais que concluíram sua formação em uma instituição de ensino. No contexto dos cursos de graduação, as Diretrizes

Curriculares Nacionais (DCN) estabelecem o perfil esperado desses profissionais. No caso da Medicina, as DCN enfatizam a necessidade de uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, garantindo que os futuros médicos atuem de maneira qualificada e alinhada às demandas da população. Nesse sentido, as instituições de ensino na área da saúde desempenham um papel fundamental na preparação dos alunos para os desafios do exercício profissional, promovendo uma formação integrada e interprofissional (Brasil, 2001, 2014).

Entretanto, historicamente, a formação profissional em saúde tem ocorrido de maneira isolada entre as diferentes profissões, o que limita o conhecimento sobre outras áreas e dificulta o desenvolvimento de habilidades colaborativas e de comunicação. Esse cenário impacta diretamente a prática profissional, uma vez que a interdisciplinaridade só começa a ser trabalhada na vivência profissional, em detrimento de uma formação mais completa e integrada (Van Gessel *et al.*, 2018).

A partir dos primeiros anos da graduação, os estudantes devem ser incentivados a refletir sobre sua prática, interagir com outros profissionais da saúde e aprimorar a colaboração para garantir uma assistência de qualidade (Brasil, 2014). O alinhamento do currículo com os princípios do SUS trouxe mudanças significativas, valorizando temas como saúde coletiva, epidemiologia e a análise das vulnerabilidades da população (Ferreira *et al.*, 2019; Nalom *et al.*, 2019).

No entanto, apesar das DCN e do esforço para uma formação mais integrada, observa-se um déficit na formação dermatológica durante a graduação em Medicina, caracterizado por baixa carga horária e falta de integração curricular. Isso resulta em profissionais despreparados para lidar com condições dermatológicas, especialmente na APS (Campos *et al.*, 2022; Pantoja, 2024).

Segundo a OMS (WHO, 2024):

As doenças de pele estão entre os motivos mais comuns pelos quais as pessoas procuram ajuda de profissionais de saúde, mostrando a importância da sobrecarga. Há lacunas na atenção primária, já que o treinamento em dermatologia em muitas escolas médicas é inadequado ou inexistente... Conseqüentemente, muitos pacientes enfrentam longos tempos de espera para consultar um dermatologista. Em países de alta renda, a espera pode se estender por até 12 meses, enquanto pacientes em países de média ou baixa renda podem nunca ter acesso a esse atendimento especializado (WHO, 2024, tradução nossa).

Apesar da relevância do tema, estudos indicam que currículos de graduação não preparam adequadamente os futuros médicos para identificar e manejar as

condições dermatológicas mais comuns. Essa lacuna dificulta a resolução efetiva dos casos na APS, resultando em encaminhamentos desnecessários para serviços especializados (Cândido; Feitosa, 2025).

Gomes, Moura e Aguiar (2012) e Bernardes *et al.* (2015) referem que as instituições de ensino médico são responsáveis por garantir a formação mínima necessária para a atuação de médicos generalistas, sobretudo nas especialidades básicas. A literatura aponta que a disciplina de dermatologia frequentemente enfrenta desafios na graduação em medicina, como o isolamento curricular, dificuldades de integração e uma carga horária reduzida. Em alguns cursos, é notável a deficiência no ensino teórico e prático da dermatologia, o que contribui para que médicos não especialistas se sintam despreparados para lidar com as afecções cutâneas em sua prática profissional.

Silva *et al.* (2023) analisaram uma amostra de 45 médicos da APS e 32 estudantes de medicina da Universidade do Estado do Pará (UEPA). A pesquisa revelou que 71,1% não possuem especialização. Em relação à dermatologia, apenas 11,1% dos médicos não relataram dificuldades na área, enquanto 88,9% referiram dificuldade. O diagnóstico isolado foi a maior dificuldade apontada (30%), seguido pela combinação de diagnóstico e tratamento (25%), conforme mostra a Tabela 7.

**Tabela 7** – Respostas dos médicos da APS a respeito de seu perfil e dificuldades no atendimento dermatológico – Belém (PA), 2023

	Frequência absoluta	Frequência relativa
<b>Você é especialista?</b>		
Sim	13	28,90%
Não	32	71,10%
<b>Você tem dificuldade com a dermatologia?</b>		
Sim	40	88,90%
Não	5	11,10%
<b>Qual sua dificuldade?</b>		
Descrição das lesões	3	7,50%
Diagnóstico	12	30,00%
Propor tratamento	4	10%
Descrição das lesões e diagnóstico	4	10%
Diagnóstico e propor tratamento	10	25%
Todas as dificuldades	7	17,50%

Fonte: Adaptado pelo autor, de Silva *et al.* (2023, p. 55-56).

A maioria dos médicos (77,8%) se sente insegura na condução de casos dermatológicos. Para auxiliar nesses desafios, os participantes relataram fazer uso de aplicativos de *smartphones*, sendo a ferramenta mais utilizada pelos médicos (53,3%), conforme aponta a Tabela 8 (Silva *et al.*, 2023).

**Tabela 8** – Respostas dos médicos da APS a respeito da dificuldade no atendimento dermatológico e instrumentos que podem auxiliar no diagnóstico e tratamento – Belém (PA), 2023

	Frequência absoluta	Frequência relativa
<b>Diante de um paciente com doença dermatológica, qual sua conduta?</b>		
Diagnostica e trata	17	37,80%
Diagnostica e encaminha	5	11,10%
Trata e encaminha	12	26,70%
Apenas encaminha	4	8,90%
Outros	7	15,60%
<b>Quais instrumentos/ métodos mais lhe auxiliariam no diagnóstico e tratamentos de doenças dermatológicas?</b>		
Aplicativos para smartphones	24	53,3
Cursos online	0	0%
Manuais	8	17,8
Aplicativos para smartphones e manuais	7	15,6
Cursos online e manuais	1	2,2
Todas as opções	3	6,7

Fonte: Adaptado pelo autor, de Silva *et al.* (2023, p. 56).

Quanto à segurança na condução de casos dermatológicos, a Tabela 9 mostra que 77,8% dos participantes responderam que não se sentem seguros. Em relação a como o médico acha que poderia melhorar o diagnóstico, 11,1% citam cursos presenciais, 24,4% apontam ferramentas que auxiliam no atendimento (aplicativos, manuais etc.) e 55,6% escolheram duas ou mais opções (Silva *et al.*, 2023).

**Tabela 9** – Respostas dos médicos da APS a respeito da segurança na condução de casos e como melhorar o diagnóstico de doenças dermatológicas – Belém (PA), 2023

	Frequência absoluta	Frequência relativa
<b>Você se sente seguro em conduzir casos de dermatologia ?</b>		
Sim	10	22,2
Não	35	77,8
<b>Como você acha que poderia melhorar seu diagnóstico dermatológico?</b>		
Cursos online de atualização	1	2,2
Cursos presenciais	5	11,1
Ferramentas que auxiliem no atendimento (aplicativos, manuais, etc.)	11	24,4
Atlas dermatológico	3	6,7
Artigos	0	0%
Não preciso melhorar meu diagnóstico dermatológico	0	0%

Fonte: Adaptado pelo autor, de Silva *et al.* (2023, p. 56).

A análise dos dados da Tabela 10 mostra que a maioria dos profissionais entrevistados (55,6%) relatou que, a cada 10 pacientes que atendem, de 3 a 5 apresentam queixas dermatológicas. No que diz respeito ao encaminhamento, 42,2% dos profissionais indicam que encaminham de 3 a 5 de cada 10 pacientes com queixas dermatológicas para um especialista (Silva *et al.*, 2023).

**Tabela 10** – Frequência de queixas dermatológicas pelos pacientes e de encaminhamento para outro profissional – Belém (PA), 2023

	Frequência absoluta	Frequência relativa
<b>De 10 pacientes que você atende, quantos tem queixas dermatológicas?</b>		
0 a 2	16	35,5
3 a 5	25	55,6
6 a 8	3	6,7
9 a 10	2	2,2
<b>De 10 pacientes que você atende, quantos tem queixas dermatológicas?</b>		
0 a 2	17	37,8
3 a 5	19	42,2
6 a 8	7	15,6
9 a 10	2	4,4

Fonte: Adaptado pelo autor, de Silva *et al.* (2023, p.57).

Em relação às doenças dermatológicas mais mencionadas pelos participantes do estudo, com alta prevalência na APS, foram: escabiose (84,4%), pitíriase versicolor (80%), dermatite atópica (75,6%) e tinea (71,1%) (Tabela 11).

**Tabela 11** – Doenças dermatológicas mais presentes na APS – Belém (PA), 2023

<b>Quais são as doenças dermatológicas mais prevalentes no âmbito da atenção primária?</b>		
	<b>Frequência absoluta</b>	<b>Frequência relativa</b>
Acne	16	35,50%
Alopecias	10	22,20%
Câncer de pele	9	20,00%
Dermatite atópica	34	75,60%
Dermatite de contato	25	55,60%
Dermatite seborreica	24	53,30%
Erisipela	20	44,40%
Escabiose	28	84,40%
Hanseníase	13	28,90%
Impetigo	17	37,80%
Melasma	9	20,00%
Onicomicose	26	57,80%
Pitíriase versicolor	36	80,00%
Prurigo estrófulo	13	28,90%
Psoríase	3	6,70%
Tinea	32	71,10%
Verruga	20	44,40%
Vitiligo	2	4,40%
Outros	2	4,40%

Fonte: Adaptado pelo autor, de Silva *et al.* (2023, p. 57-58).

O mesmo estudo de Silva *et al.* (2023) contou com a participação de 32 graduandos em medicina. A maioria dos alunos (81,2%) relatou dificuldades com a área de dermatologia. As principais dificuldades foram a descrição de lesões (38,5%) e a combinação de diagnóstico e tratamento (23,1%). Em relação aos instrumentos e métodos que auxiliariam no diagnóstico, os alunos citam aplicativos de *smartphone* (25%), aplicativos e manuais (21,9%), manuais (18,8%), aplicativos e cursos *on-line* (12,5%). Os resultados são apresentados na Tabela 12.

**Tabela 12** – Respostas dos alunos sobre as dificuldades em dermatologia e instrumentos facilitadores para o atendimento – Belém (PA), 2023

	Frequência absoluta	Frequência relativa
<b>Você tem dificuldade com a dermatologia?</b>		
Sim	26	81,20%
Não	6	18,80%
<b>Qual sua dificuldade?</b>		
Descrição das lesões	10	38,50%
Diagnóstico	3	11,50%
Propor tratamento	0	0,00%
Descrição das lesões e diagnóstico	1	3,80%
Descrição das lesões e propor tratamento	2	7,70%
Diagnóstico e propor tratamento	6	23,10%
Todas as dificuldades	4	15,40%
<b>Quais instrumentos/métodos mais lhe auxiliariam no diagnóstico e tratamento de doenças dermatológicas?</b>		
Aplicativos para smartphones	8	25,00%
Cursos online	0	0%
Manuais	6	18,80%
Aplicativos para smartphones e cursos online	4	12,50%
Aplicativos para smartphones e manuais	7	21,90%
Cursos online e manuais	1	3,10%
Todos os métodos	4	12,50%
Outros	2	6,20%

Fonte: Silva *et al.* (2023, p. 59).

Em relação à preferência dos estudantes, houve uma concordância total (100%) sobre o desejo de ter um aplicativo para o aprendizado de dermatologia. Os alunos indicaram que a ferramenta ideal deveria obrigatoriamente (100%) incluir descrições e imagens de lesões, além de funcionalidades para diagnóstico e tratamento, que também receberam alta aprovação (96,9% cada) (Silva *et al.*, 2023).

A análise sobre o ensino de dermatologia na graduação revelou insatisfação parcial dos alunos em relação à carga horária, considerada insuficiente por 40,6% dos participantes. Para aprimorar o aprendizado, as sugestões foram claras: 87,5% dos alunos desejam a inclusão de aplicativos com imagens e 71,9% sugeriram o uso de um manual dermatológico, além de atendimentos em ambulatórios (59,4%), aulas teóricas (40,6%), entre outras (Silva *et al.*, 2023).

Ferramentas auxiliares, como aplicativos e manuais, foram apontadas por 84,4% dos participantes como um caminho para otimizar o ensino. Além disso, 75% destacaram a carência de material didático adequado nas aulas (Silva *et al.*, 2023).

Nesse sentido, é importante repensar as estratégias de ensino em dermatologia, integrando conteúdos práticos e teóricos que se alinhem à realidade da

APS. A utilização de casos clínicos simulados, tecnologias digitais e a imersão em contextos de prática comunitária podem aprimorar a formação médica (Soares *et al.*, 2025).

Além disso, a capacitação contínua dos profissionais já atuantes no sistema de saúde é fundamental. A educação permanente tem se mostrado eficaz para aumentar a segurança diagnóstica e terapêutica, reduzindo encaminhamentos desnecessários e otimizando os recursos do SUS (Cândido; Feitosa, 2025).

Outro ponto relevante é a integração entre dermatologia e saúde coletiva, considerando as desigualdades no acesso ao diagnóstico e tratamento de populações vulneráveis. Doenças negligenciadas, como hanseníase e leishmaniose, frequentemente associadas às condições socioeconômicas desfavoráveis, representam desafios adicionais para os profissionais da APS (Cândido; Feitosa, 2025).

Miot *et al.* (2018) ressaltam que a desvalorização da especialidade ocorre devido à baixa letalidade das doenças dermatológicas, o que acaba subestimando seu impacto na qualidade de vida dos pacientes. Brandão, Lima e Leidenz (2020) apontam que a compreensão do perfil dos pacientes acometidos por essas doenças pode direcionar intervenções mais eficazes, fortalecer a capacitação dos profissionais e subsidiar pesquisas futuras.

Esse cenário reforça a necessidade de um ensino mais estruturado em dermatologia, possibilitando aos médicos reconhecerem tanto condições dermatológicas comuns quanto graves, garantindo um melhor prognóstico para os pacientes (Brandão; Lima; Leidenz, 2020).

A alta prevalência das doenças de pele e o impacto que elas causam na vida das pessoas reforçam ainda mais a necessidade da capacitação efetiva dos médicos generalistas. Isso torna a dermatologia um componente essencial na formação médica, sendo fundamental ampliar o diálogo entre instituições de ensino, serviços de saúde e especialidades médicas, garantindo uma abordagem integral e resolutiva na APS (Bollela; Machado, 2010).

Com o avanço das metodologias ativas de ensino, novas estratégias estão sendo implementadas na formação médica. Métodos como aprendizagem baseada em problemas, instrução entre pares e o uso de tecnologias digitais têm demonstrado resultados positivos na assimilação do conhecimento, permitindo que os alunos desenvolvam habilidades práticas e teóricas de forma mais eficaz (Freeman *et al.*, 2014; Michael, 2006).

Na dermatologia, recursos digitais têm sido explorados como alternativa ao ensino tradicional, oferecendo conteúdos teóricos e cenários clínicos interativos. A natureza visual da especialidade favorece o uso dessas ferramentas, que mostraram ser tão eficazes quanto os estágios clínicos no aprendizado dos alunos (Cipriano *et al.*, 2013; Lüdert *et al.*, 2008; Singh *et al.*, 2011). Contudo, ainda são necessárias mais pesquisas para consolidar o aprendizado digital como uma metodologia de ensino eficaz na formação médica (Crescente *et al.*, 2019).

#### 4.4 Produto educacional

Atualmente, a tecnologia tem desempenhado papel fundamental na transformação da sociedade, impulsionando avanços em diversas áreas, incluindo a saúde. Esse progresso reflete-se na modernização dos processos assistenciais, desde novas formas de comunicação e gestão da informação até inovações em procedimentos técnicos, medicamentos, protocolos clínicos e programas de atendimento (Silva *et al.*, 2022).

Segundo Nespoli (2013) e Paim, Nietzsche e Lima (2014), a tecnologia pode ser entendida como um instrumento que favorece o desenvolvimento humano, modifica hábitos sociais e contribui para o bem-estar. No setor da saúde, ela é classificada em três categorias principais, considerando suas relações com os indivíduos, o conhecimento estruturado e os dispositivos tecnológicos (Barros; Lima; Magalhães, 2021; Malta; Merhy, 2010; Santos; Esteves, 2023):

- a) Leves – englobam aspectos relacionais e interpessoais na assistência, como acolhimento, vínculo e responsabilização do paciente;
- b) Leve-duras – envolvem a organização sistemática do conhecimento, representada por modelos assistenciais, diretrizes clínicas e protocolos;
- c) Duras – referem-se a recursos tecnológicos avançados, como equipamentos médicos e dispositivos especializados.

Conforme Santos *et al.* (2022), as Tecnologias Educacionais (TE) são elaboradas com base em evidências científicas, sendo desenvolvidas para potencializar o ensino-aprendizagem. Elas podem assumir formatos digitais ou não digitais e têm como objetivo promover a interação entre educadores e estudantes em diferentes contextos, sejam eles acadêmicos, assistenciais ou multiprofissionais.

A aplicação de tecnologias no ensino da saúde representa uma estratégia eficaz para aprimorar a assistência ao paciente e modernizar os métodos educacionais. Essa abordagem rompe com modelos tradicionais e hierárquicos, proporcionando um ambiente mais participativo e dialógico entre docentes e discentes. Dessa forma, estimula-se o pensamento crítico, a autonomia e a participação ativa dos alunos no próprio aprendizado (Gadelha *et al.*, 2020).

Os produtos educacionais são ferramentas didático-pedagógicas voltadas para facilitar o aprendizado em contextos específicos. Seu propósito é garantir aplicabilidade prática e acessibilidade, permitindo que sejam amplamente utilizados em diferentes cenários educacionais, por meio de repositórios digitais (Niezer *et al.*, 2015; Santos *et al.*, 2025b).

No contexto dos mestrados profissionais, a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) estabelece que as produções técnicas incluam produtos educacionais, os quais devem ser divulgados para ampliar seu alcance e permitir que outros profissionais os utilizem. No setor da saúde, esses produtos devem ser voltados à promoção da saúde e à melhoria da qualidade de vida da população (Freire; Guerrini; Dutra, 2016; Santos *et al.*, 2025b).

A elaboração de um produto educacional envolve diversas etapas, desde a concepção do conceito até sua implementação, avaliação e disseminação científica (Locatelli; Rosa, 2015). Ele deve ser desenvolvido a partir de uma análise cuidadosa das necessidades da prática profissional, buscando oferecer soluções para desafios reais do cotidiano de trabalho. Além disso, seu impacto deve abranger não apenas a qualificação profissional, mas também o fortalecimento da educação, da inovação e da integração social (Bragagnollo *et al.*, 2020).

Para Santos *et al.* (2022), a tecnologia educacional é projetada com base em princípios científicos para otimizar os processos de ensino e aprendizagem. Esse conceito abarca uma variedade de recursos, tanto digitais quanto analógicos, permitindo a diversificação das estratégias pedagógicas.

A criação de um produto educacional exige planejamento detalhado, garantindo que todos os elementos do processo de ensino sejam considerados. Um desenvolvimento bem estruturado assegura a qualidade da tecnologia educacional e sua efetividade na prática, tornando-a uma ferramenta relevante na qualificação profissional e na transformação do ensino (Bragagnollo *et al.*, 2020).

O guia didático se estabelece como um instrumento educacional fundamental, oferecendo orientações e recomendações que aprofundam o aprendizado e a reflexão sobre temas específicos (Oliveira; Queiroz, 2007). Sua principal função é fornecer uma visão abrangente do tema, servindo como apoio para a tomada de decisões em diferentes contextos (Santos, 2016).

Esse documento orienta o processo de ensino-aprendizagem, auxiliando no desenvolvimento dos processos cognitivos do estudante a partir do material didático (Pérez, 2012). Além disso, ele assegura a aderência da disciplina ao currículo, atuando como um meio de transparência e comparação (Cabrera *et al.*, 2009). Nesse sentido, o guia atua como uma ferramenta didática, colaborando com a aprendizagem ao destacar pontos-chave e, conforme Trombetta e Valerga (2020), estimulando o desenvolvimento do pensamento crítico, analítico e investigativo, o que fomenta a aprendizagem autorregulada e contínua.

Na área da saúde, o guia assume um papel importante para aprimorar a assistência e a qualidade do cuidado. Ele também contribui para a padronização dos critérios de avaliação, sendo essencial que sua elaboração considere as necessidades específicas do contexto em que será aplicado (Trombetta; Valerga, 2020).

Instituições como o *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), do Reino Unido, utilizam guias e protocolos digitais para elevar a qualidade e a eficácia dos serviços de saúde e assistência social (NICE, [20--]). A criação de um guia eficaz exige não apenas um sólido domínio teórico, mas também tempo para reflexão sobre seus objetivos e funções (Rangel; Delicaro; Oliveira, 2019). É fundamental considerar o percurso do usuário, os objetivos da divulgação e a forma de facilitar as atividades (Santos, 2016).

A diagramação é um elemento-chave na eficácia do guia, buscando o equilíbrio entre conteúdo textual e elementos visuais (Sanchez, 2008). As ilustrações têm a função de reforçar a mensagem do texto e atrair a atenção do leitor (Santana; Rodrigues; Santos Júnior, 2017). Elas podem ser criadas por técnicas como fotografia, pintura e ilustração vetorial (Klohn; Fensterseifer, 2012). A utilização estratégica de imagens facilita a associação de conceitos científicos abstratos a situações cotidianas, melhorando a memorização e o aprendizado (Gandra *et al.*, 2022).

O avanço das novas tecnologias tem transformado os métodos pedagógicos (Trombetta; Valerga, 2020). Na dermatologia, em particular, aplicativos e plataformas

*web* têm se mostrado ferramentas eficazes para complementar a educação tradicional. A natureza visual da especialidade exige o reconhecimento de padrões, uma habilidade que é aprimorada com a experiência e facilitada por recursos tecnológicos (Hu *et al.*, 2020).

Estudos demonstram a eficácia dessas ferramentas. A prática com um aplicativo da *web* para reconhecimento de melanoma, por exemplo, foi considerada mais eficaz do que o aprendizado baseado em regras (Lacy *et al.*, 2018). Em Taiwan, residentes de dermatologia e de outras especialidades apresentaram melhora no desempenho de exames após utilizarem um módulo de aprendizagem em *smartphones* sobre características morfológicas de fungos (Liu *et al.*, 2018). Para melhorar a gestão de doenças de pele, a OMS (WHO, 2025) prevê o uso de tecnologias digitais. Um passo essencial para o avanço dessas tecnologias é a garantia de que haja dados disponíveis para seu desenvolvimento e testes.

A avaliação desses recursos é importante para garantir que o conteúdo seja preciso, imparcial e baseado em evidências. Um estudo de Flaten *et al.* (2018) avaliou aplicativos sob a perspectiva de estudantes e residentes de medicina, observando que o impacto pode variar de acordo com o estilo de aprendizagem de cada indivíduo.

A literatura reforça o uso de plataformas *on-line* para aprimorar o aprendizado de estudantes e estagiários, com um estudo demonstrando que módulos *on-line* complementaram efetivamente a experiência clínica de residentes de pediatria na temática de dermatite atópica (Hu *et al.*, 2020).

#### **4.4.1 Validação**

A validação de produtos educacionais é um processo essencial para assegurar sua qualidade e eficácia no ensino. Segundo Saraiva *et al.* (2022), a avaliação de serviços de saúde baseada em tecnologias possibilita a identificação de oportunidades de melhoria, contribuindo para um cuidado mais seguro e qualificado. No contexto educacional, essa validação pode ocorrer por diferentes métodos, sendo os mais comuns a validação de aparência e a validação de conteúdo.

A validação de conteúdo verifica se o material está adequado ao tema proposto, enquanto a validação de aparência analisa aspectos visuais, como layout, cores e imagens. Para que esse processo seja conduzido de forma objetiva, recomenda-se a utilização de instrumentos previamente desenvolvidos e adaptáveis conforme

necessário. Esses instrumentos contêm questões que avaliam a adequação do conteúdo e são aplicados a especialistas no assunto, garantindo uma análise criteriosa (Polit; Beck, 2006; Souza; Moreira; Borges, 2020).

A utilização de escalas numéricas é um recurso frequente para reduzir a subjetividade na avaliação. Barbosa, Santos e Teixeira (2023) destacam que a escala de Likert é amplamente empregada para esse fim, permitindo uma abordagem quantitativa na análise dos dados, embora não exista um consenso absoluto sobre sua aplicação.

Além disso, a validação pode ser compreendida como um conjunto de procedimentos destinados a verificar a precisão dos resultados obtidos por meio de questionários, entrevistas ou testes. O objetivo é garantir que os instrumentos realmente mensurem os fenômenos que se propõem a investigar, além de possibilitar ajustes necessários para aprimorar sua adequação ao referencial teórico adotado (Alves *et al.*, 2019).

Santos *et al.* (2022) reforçam que as TE são projetadas de forma sistemática para facilitar o ensino e a aprendizagem, mas precisam passar por um processo de validação antes de serem implementadas. Esse procedimento pode ser conduzido por especialistas ou pelo público-alvo, considerando aspectos como relevância, aplicabilidade, clareza e efetividade da tecnologia (Alexandre; Coluci, 2011; Polit; Beck, 2018).

O rigor na validação é fundamental para garantir a confiabilidade e replicabilidade das TE. A ausência dessa etapa pode comprometer a qualidade do material e limitar sua aplicabilidade no ensino (Carvalho *et al.*, 2020). Nos últimos anos, observa-se um crescimento significativo de estudos voltados à validação de TE na área da saúde. Esse movimento é impulsionado pela Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde, que incentiva o desenvolvimento de TE voltadas à qualificação profissional e aprimoramento da assistência em Saúde (Brasil, 2018a; Martins, 2020).

De acordo com Pasquali (1998), o número mínimo de especialistas recomendado para a validação de um conteúdo é seis:

Com base nessas tabelas, a função dos juízes consiste em colocar um X para o item sob o fator ao qual o juiz julga o item se referir. Um número de 6 juízes será suficiente para realizar esta tarefa. Itens que não atingirem uma concordância de aplicação aos fatores (cerca de 80%) obviamente

apresentam problemas e seria o caso de descartá-los do instrumento-piloto (Pasquali, 1998, p. 213).

Para a escolha dos avaliadores, foram seguidas as orientações da CAPES, que preconizam que a validação de ferramentas pedagógicas e clínicas seja feita, de preferência, por aqueles que as utilizarão efetivamente em sua rotina. Tal procedimento visa garantir que os recursos sejam relevantes e aplicáveis à prática cotidiana. De acordo com o documento norteador da área de ensino para o quadriênio 2025-2028 (CAPES, 2025):

O processo ou produto educacional no mestrado profissional deve ser aplicado em condições reais de sala de aula ou outros espaços de ensino, mesmo que em formato artesanal ou em protótipo, passando por, no mínimo, uma validação no decorrer do curso, por meio da aplicação com o público-alvo a quem se destina. Em casos de excepcionalidade justificada, a validação pode ser realizada por comitê *ad hoc* ou de especialista, antes e para além da avaliação da banca de defesa (CAPES, 2025, p. 14).

Além de garantir a qualidade técnica do material, a validação também avalia seu impacto e adequação ao público-alvo (Borsoi; Freire; Silva, 2017). Esse processo permite testar a funcionalidade do conteúdo e verificar se ele atende aos objetivos educacionais propostos. Sessões abertas ao público podem ser uma estratégia eficaz para discutir e disseminar esses produtos, promovendo a troca de conhecimentos e fortalecendo sua aplicabilidade na prática (Locatelli; Rosa, 2015).

A reformulação contínua dos produtos educacionais é essencial para mantê-los alinhados às necessidades do ensino e da aprendizagem (Freire; Guerrini; Dutra, 2016). Leite (2018) ressalta que esse processo deve considerar a relação entre forma e conteúdo, garantindo que a estrutura do material favoreça seu uso pedagógico. Latini *et al.* (2011) também enfatizam a necessidade de estabelecer critérios de análise que garantam a aplicabilidade do produto na prática docente e incentivem a articulação entre teoria e prática.

Com o crescente uso de aplicativos móveis como ferramentas educativas para pacientes, é fundamental estabelecer um método objetivo para avaliar a qualidade desses recursos na área da saúde. A metodologia de avaliação dos aplicativos móveis foi modelada a partir do estudo de Masud, Shafi e Rao (2018), que analisou a qualidade de aplicativos de educação para pacientes. A adaptação desse modelo, cujos critérios foram considerados igualmente relevantes para o contexto da educação profissional, permitiu a utilização de uma rubrica de avaliação quantificada com uma

escala de 1 a 4 pontos. Essa abordagem sistemática e objetiva tornou possível a medição da qualidade dos aplicativos com base em critérios preestabelecidos.

A rubrica de avaliação incluiu cinco critérios: objetivos educacionais, conteúdo, precisão, *design* e conflito de interesse. Cada critério foi pontuado individualmente, conforme a seguinte escala: 1 ponto para o não cumprimento do critério; 2 pontos para o cumprimento mínimo; 3 pontos para o cumprimento majoritário; e 4 pontos para o cumprimento completo (Hu *et al.*, 2020).

O processo de revisão foi conduzido por três avaliadores com diferentes níveis de experiência na área da saúde. Inicialmente, dois estudantes de medicina, um na fase pré-clínica e outro na fase clínica, avaliaram os aplicativos de forma independente, usando a rubrica. Posteriormente, eles se reuniram para discutir e resolver qualquer discrepância nas pontuações atribuídas, garantindo a consistência e a confiabilidade dos dados. Para validação adicional, uma residente de dermatologia realizou uma revisão independente, o que conferiu maior rigor metodológico ao estudo e minimizou a influência de vieses individuais na avaliação. Essa triangulação de avaliadores de diferentes estágios formativos assegurou uma análise abrangente e multifacetada da qualidade dos aplicativos, combinando a perspectiva do estudante em aprendizado com a do profissional em formação especializada (Hu *et al.*, 2020).

Cada critério foi pontuado em uma escala de quatro pontos, permitindo uma análise objetiva da adequação de cada aplicativo. A aplicação dessa rubrica oferece um instrumento valioso para avaliar e recomendar aplicativos de saúde, assegurando que os pacientes tenham acesso a recursos de alta qualidade e confiabilidade (Masud; Shafi; Rao, 2018).

## 5 METODOLOGIA

O presente estudo possui uma abordagem metodológica centrada no desenvolvimento, validação por especialistas e avaliação do público-alvo de um produto educacional, a saber, um guia prático sobre lesões elementares em dermatologia, elaborado para atender às necessidades de estudantes de medicina e profissionais que atuam na APS, facilitando a identificação de casos que precisam ser encaminhados a um especialista.

Dentre os desfechos, espera-se reduzir o tempo de espera dos pacientes e diminuir a quantidade de encaminhamentos desnecessários para dermatologistas da rede pública. Com isso, os casos mais graves e complexos chegam mais rápido ao especialista, otimizando o fluxo de atendimento.

Esta pesquisa foi conduzida em conformidade com as normas éticas e obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da USCS, sob parecer número 7.281.905.

Na etapa da elaboração do produto, foi realizado um levantamento bibliográfico, em bases de dados nacionais e internacionais, utilizando-se as palavras-chave “lesões elementares em dermatologia”, “dermatologia na atenção primária”, “matriciamento em dermatologia”, “ensino em dermatologia”.

A utilização de imagens dos pacientes no produto educacional foi realizada após sua devida autorização e consentimento, garantindo a conformidade com as diretrizes éticas de pesquisa e a proteção da privacidade dos envolvidos.

A versão final do produto está disponível gratuitamente no formato PDF, que pode ser acessado e utilizado no *Adobe Acrobat* (versão gratuita), por meio de *smartphones* (*Android*® e *iPhone*®), *tablets*, *iPads*® e computadores.

Para as etapas de validação de conteúdo e avaliação pelo público-alvo, a amostra foi selecionada de forma intencional e por conveniência, utilizando-se a técnica bola de neve, em que um participante faz a indicação de outros sujeitos que possam preencher os critérios de inclusão e participar da pesquisa, caso aceitem o convite.

A validação de conteúdo foi realizada por 8 especialistas em dermatologia. A avaliação pelo público-alvo foi realizada por 28 estudantes de medicina, a partir do quinto período do curso, e 3 residentes de Medicina Família e Comunidade (MFC). Desse modo, a amostra total do presente estudo foi composta por 39 participantes,

sendo 8 especialistas que realizaram a validação de conteúdo do produto educacional e 31 participantes que realizaram a avaliação pelo público-alvo.

Para validação de conteúdo do produto por especialistas em dermatologia, foi utilizado o Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde (IVCES), disponibilizado via *Google Forms* (Apêndice C), criado e validado por Leite *et al.* (2018), composto por 18 itens, organizados em três domínios:

- Objetivos: avalia se o material alcança os propósitos definidos; se contempla tema proposto; se está adequado ao processo de ensino-aprendizagem; se esclarece dúvidas sobre o tema abordado; se proporciona reflexão sobre o tema; e se incentiva mudança de comportamento;
- Estrutura/Apresentação: analisa a organização e a forma como o conteúdo é apresentado; analisa se possui linguagem adequada ao público-alvo e apropriada ao material educativo; se possui linguagem interativa, permitindo envolvimento ativo no processo educativo; se apresenta informações corretas, objetivas, esclarecedoras e necessárias; se possui sequência lógica das ideias; se o tema é atual; e se o tamanho do texto é adequado;
- Relevância: verifica a importância e a aplicabilidade do conteúdo para o público-alvo; analisa se estimula o aprendizado; se contribui para o conhecimento na área; e se desperta interesse pelo tema.

As respostas podem ser emitidas a partir da escala Likert, distribuída em três possibilidades: concordo totalmente, concordo e discordo. Esse instrumento é considerado uma alternativa confiável e válida para a avaliação de conteúdos educativos da área da saúde (Rocha *et al.*, 2023).

Para a avaliação do guia prático pelo público-alvo, considerando a inexistência de instrumento específico direcionado ao público-alvo em questão, que não são pacientes, e sim estudantes de graduação em medicina, médicos residentes e médicos não especialistas em dermatologia, optou-se pela adaptação de instrumentos utilizados em estudos metodológicos, como o *Suitability Assessment of Materials* (SAM). Esse instrumento é composto pelas categorias conteúdo, compreensão do texto, ilustração, apresentação, motivação e adaptação cultural e contém 30 itens.

O SAM é instrumento internacional de validação pelo público-alvo, que foi traduzido e adaptado à cultura brasileira por Souza, Turrini e Poveda (2015), com o objetivo de “contribuir na avaliação da compreensão do paciente sobre o material educativo”. De acordo com os autores, quando há melhor compreensão do material

educativo, há maior possibilidade de melhoria do processo de comunicação profissional-paciente, tornando o material educativo um método eficaz de orientação. Desse modo, “com a intenção de utilizar um instrumento para avaliar a adequação de um material educativo para pacientes de cirurgia ortognática”, Souza, Turrini e Poveda (2015) realizaram a tradução e adequação do instrumento SAM para o Brasil.

O SAM é um instrumento utilizado para avaliar a compreensão de um material educativo previamente lido. Seu tempo de aplicação é em torno de 15 minutos, e ele caracteriza-se por um *checklist* de 30 itens, separado em seis categorias (conteúdo, compreensão do texto, ilustração, apresentação, motivação e adaptação cultural) e tem uma pontuação de zero a dois pontos em cada item (2 pontos para ótimo, 1 ponto para adequado, 0 ponto para não adequado, N/A se o fator não pode ser avaliado). A pontuação máxima total é de 44 pontos, que representa um percentual de respostas de 100%. A pontuação deve ser interpretada como superior (100%), adequada (de 80 a 99,9%) e inadequada ou não aceitável (< 80%).

Há um instrumento de avaliação de usabilidade, aplicado em alguns estudos metodológicos brasileiros, o *System Usability Scale* (SUS), que avalia a usabilidade por meio de cinco critérios: facilidade de aprendizagem, facilidade de memorização, identificação de inconsistências, eficiência e satisfação dos usuários. No entanto, esse instrumento é validado para o português de Portugal.

Konrad *et al.* (2020) realizaram um estudo de validação de um treinamento *on-line* para implementar o Programa Vida Ativa Melhorando a Saúde “VAMOS” na Atenção Primária à Saúde. Para a validação, participaram 48 profissionais, sendo 22 especialistas e 26 profissionais de saúde. Foram utilizados o SAM e o SUS, para ambos os públicos, ou seja, tanto os especialistas quanto os profissionais responderam aos mesmos instrumentos. Observa-se nesse estudo que o público-alvo, assim como nesta dissertação, não é constituído por pacientes ou pessoas leigas, e sim por profissionais de saúde.

Diante da ausência de consenso na literatura sobre instrumentos de avaliação de produto educacional por um público-alvo de profissionais de saúde e de acadêmicos, optou-se pela adaptação de instrumentos existentes para captar a percepção do público-alvo a respeito do Guia Prático sobre Lesões Elementares Dermatológicas.

Para a adaptação do instrumento de avaliação do público-alvo, foram considerados também os cuidados e apontamentos feitos por Pasquali *et al.* (2013),

que sugerem doze critérios a serem ponderados na elaboração de instrumentos, descritos no quadro 3 a seguir.

### Quadro 3 – Critérios de Pasquali para elaboração de instrumentos

<p><b>1. Critério comportamental:</b> o item deve expressar um comportamento, não uma abstração ou construto. Segundo Mager (1981), o item deve poder permitir à pessoa uma ação clara e precisa, de sorte que se possa dizer a ele, vá e faça. Assim, reproduzir um texto é um item comportamental (vá e reproduza...), ao passo que compreender um texto não o é, pois a pessoa não sabe o que fazer com vá e compreenda....</p>
<p><b>2. Critério de objetividade ou de desejabilidade:</b> para o caso das atitudes e da personalidade em geral, os itens devem cobrir comportamentos desejáveis (atitude) ou característicos (personalidade). Ele, neste caso, deve poder concordar ou discordar ou opinar sobre se tal comportamento convém ou não para ele, isto é, os itens devem expressar desejabilidade ou preferência. Não existem neste caso respostas certas ou erradas; existem sim diferentes gostos, preferências, sentimentos e modos de ser.</p>
<p><b>3. Critério da simplicidade:</b> um item deve expressar uma única ideia. Itens que introduzem explicações de termos ou oferecem razões ou justificativas são normalmente confusos porque introduzem ideias variadas e confundem o respondente.</p>
<p><b>4. Critério da clareza:</b> o item deve ser inteligível até para o estrato mais baixo da população-meta; daí, utilizar frases curtas, com expressões simples e inequívocas. Frases longas e negativas incorrem facilmente na falta de clareza. Com referência às frases negativas: normalmente elas são mais confusas que as positivas; conseqüentemente, é melhor afirmar a negatividade do que negar uma afirmação. O linguajar típico da população-meta deve ser utilizado na formulação dos itens; assim, são admissíveis e são mais apropriadas expressões conhecidas por tal população. A preocupação aqui é a compreensão das frases (que representam tarefas a serem entendidas e se possível resolvidas), não sua elegância artística</p>
<p><b>5. Critério da relevância (pertinência, saturação, unidimensionalidade, correspondência):</b> a expressão (frase) deve ser consistente com o traço (atributo, fator, propriedade psicológica) definido e com as outras frases que cobrem o mesmo atributo. Isto é, o item não deve insinuar atributo diferente do definido. O critério diz respeito à saturação que o item tem com o construto, representada pela carga fatorial na análise fatorial e que constitui a covariância (correlação) entre o item e o fator (traço).</p>
<p><b>6. Critério da precisão:</b> o item deve possuir uma posição definida no contínuo do atributo e ser distinto dos demais itens que cobrem o mesmo contínuo. Esse critério supõe que o item pode ser localizado em uma escala de estímulos.</p>
<p><b>7. Critério da variedade:</b> dois aspectos especificam este critério: variar a linguagem, pois o uso dos mesmos termos em todos os itens confunde as frases e dificulta diferenciá-las, além de provocar monotonia, cansaço e aborrecimento. No caso de escalas de preferências, deve-se formular a metade dos itens em termos favoráveis e metade em termos desfavoráveis, para evitar erro da resposta estereotipada à esquerda ou à direita da escala de resposta.</p>
<p><b>8. Critério da modalidade:</b> formular frases com expressões de reação modal, isto é, não utilizar expressões extremadas, como excelente, miserável, etc. A intensidade da reação da pessoa é dada na escala de resposta. Se o próprio item já vem apresentado em forma extremada, a resposta na escala de respostas já está viciada.</p>
<p><b>9. Critério da tipicidade:</b> formar frases com expressões condizentes (típicas, próprias, inerentes) com o atributo.</p>
<p><b>10. Critério da credibilidade (face validity):</b> o item deve ser formulado de modo que não apareça como ridículo, despropositado ou infantil. Itens com esta última caracterização fazem o adulto sentir-se ofendido, irritado ou coisa similar. Enfim, a formulação do item pode contribuir e contribui para uma atitude desfavorável para com o teste e assim aumentar os erros (vieses) de resposta. Este tema, às vezes, é discutido sob o que se chama de validade aparente (face validity), que não tem nada a ver com a validade objetiva do teste, mas pode afetar negativamente a resposta ao teste, ao afetar o indivíduo respondente e, assim, indiretamente afetar a própria validade psicométrica do teste.</p>
<p><b>11. Critério da amplitude:</b> este critério afirma que o conjunto dos itens referentes ao mesmo atributo deve cobrir toda a extensão de magnitude do contínuo desse atributo. A razão disso é que um instrumento deve poder discriminar entre indivíduos de diferentes níveis de magnitude do traço latente, inclusive diferenciar entre si os que possuem um traço alto, quanto entre os que possuem um traço pequeno, e não somente entre os de traço alto em relação aos de traço baixo.</p>
<p><b>12. Critério do equilíbrio:</b> os itens do mesmo contínuo devem cobrir igual ou proporcionalmente todos os segmentos (setores) do contínuo, devendo haver, portanto, itens fáceis, e médios difíceis (para aptidões) ou fracos, moderados e extremos (no caso das atitudes). De fato, os itens devem distribuir-se sobre o contínuo numa disposição que se assemelha à da curva normal: maior parte dos itens de dificuldade mediana e diminuindo progressivamente em direção às caudas (itens fáceis e itens difíceis em número menor). A razão deste critério encontra-se no fato de que a grande maioria dos traços latentes se distribuem entre a população mais ou menos dentro da curva normal, isto é, a maioria das pessoas possuem magnitudes medianas dos traços latentes, sendo que uns poucos possuem magnitudes grandes e outros magnitudes pequenas.</p>

Fonte: Adaptado pelo autor, de Pasquali *et al.* (2013, p. 177-179).

O instrumento adaptado para avaliação do público-alvo foi distribuído nos domínios objetivos, relevância, estrutura/organização e aparência. Quanto aos objetivos, o público-alvo respondeu se o material esclarece dúvidas sobre o tema abordado; se proporciona reflexão sobre o tema; se o propósito do material está evidente; e se incentiva mudança de comportamento quanto ao encaminhamento de pacientes.

Quanto ao domínio relevância, o público-alvo respondeu se o material contribui para o conhecimento na área e se desperta interesse pelo tema. No domínio estrutura/organização, o público-alvo respondeu se o tamanho do texto do guia prático está adequado e se o conteúdo destaca os pontos principais. Com relação ao domínio aparência, o público-alvo respondeu se o guia prático é apresentado de forma visualmente adequada; se as ilustrações estão claras e objetivas, contribuem para a compreensão do conteúdo, colaboram para sintetizar as informações e são relevantes. Também avaliaram se o *layout* do guia prático incentiva os profissionais a utilizá-lo.

Para classificar as respostas derivadas do preenchimento do instrumento de avaliação do produto educacional pelo público-alvo, foi utilizada a escala Likert de três pontos, distribuída em concordância total, concordância e discordância de cada item avaliado, semelhantemente à escala Likert utilizada no IVCES.

## **5.1 Critérios de inclusão e exclusão**

Os critérios de inclusão foram definidos para duas etapas distintas da pesquisa. Para a avaliação do produto pelo público-alvo, foram incluídos estudantes do curso de medicina da USCS, com 18 anos ou mais, matriculados a partir do quinto período, bem como médicos residentes de MFC. Já a etapa de validação de conteúdo por especialistas contou com a participação de médicos dermatologistas. A participação em ambas as etapas foi estritamente voluntária, e todos os participantes, tanto avaliadores quanto validadores, foram incluídos após manifestarem interesse e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B).

Foram excluídos do estudo estudantes com idade inferior a 18 anos, médicos residentes em outras especialidades que não fosse a dermatologia e especialistas ou estudantes que não responderam ao contato do pesquisador e/ou aqueles que se recusaram a assinar o TCLE.

Considerando a natureza metodológica do estudo, que se restringiu à análise de um produto educacional e ao preenchimento de questionários, o risco para os participantes foi classificado como mínimo. Os possíveis desconfortos estavam relacionados à percepção de tempo gasto ou ao incômodo inerente ao processo de resposta e às imagens que compuseram o produto educacional. Para garantir a autonomia e o bem-estar dos participantes, foi assegurado o direito de retirar o consentimento e de interromper a participação na pesquisa a qualquer momento, sem que isso resultasse em qualquer ônus ou prejuízo.

## 5.2 Análise de dados

Os dados quantitativos produzidos pela aplicação do Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde, preenchido por especialistas em dermatologia para validação de conteúdo, foram submetidos à análise estatística descritiva simples, e posteriormente foi realizado cálculo do coeficiente de validação de conteúdo (CVC). Os comentários dos especialistas em dermatologia nas questões abertas foram utilizados para aprimorar o produto educacional.

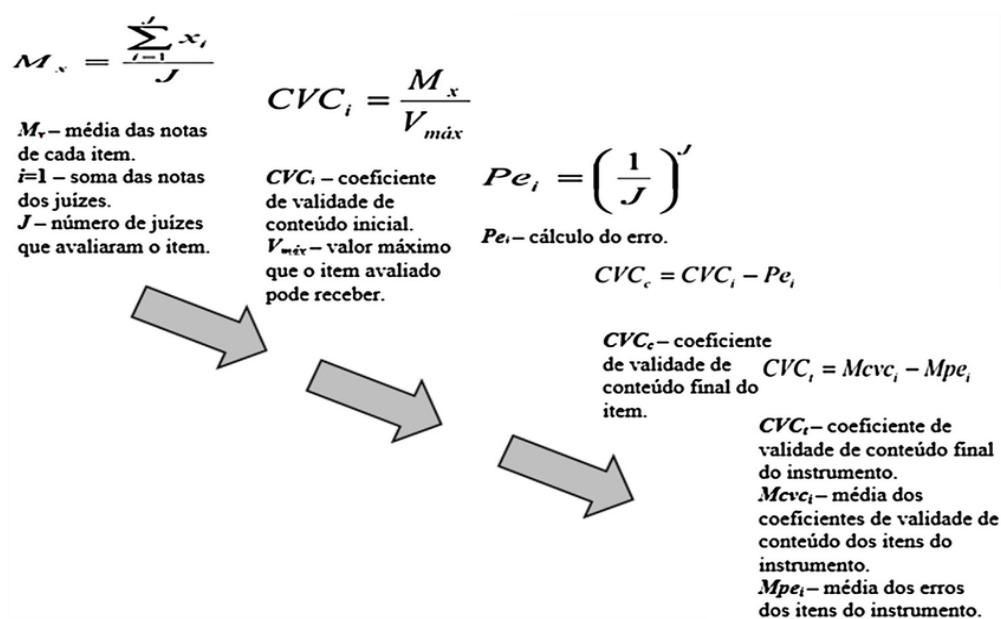
O CVC é obtido por meio de um processo sistemático que se desenrola em cinco etapas interligadas, visando assegurar a qualidade e a relevância de um instrumento avaliativo (Hernández-Nieto, 2002). Na Figura 3 são apresentadas as etapas dos cálculos.

Primeiramente, para cada item avaliado, a média das notas ( $M_x$ ) atribuídas pelos especialistas é calculada. No contexto desse instrumento, as notas variam de 0 (discordo) a 2 (concordo totalmente). Em seguida, essa média é utilizada para determinar o Coeficiente de Validação de Conteúdo inicial (CVCi) de cada item, dividindo-a pelo valor máximo que o item poderia receber – que, neste caso, é 2 (Balbinotti; Benetti; Terra, 2007; Hernández-Nieto, 2002).

A terceira etapa foca na identificação e desconto de possíveis vieses dos juízes. Para isso, calcula-se o erro ( $Pe_i$ ) de cada questão, dividindo 1 pelo número de juízes avaliadores elevado ao mesmo número de avaliadores. Com esses valores em mãos, a quarta etapa permite obter o Coeficiente de Validação de Conteúdo final (CVCc) de cada item, simplesmente subtraindo o erro ( $Pe_i$ ) do CVCi (Balbinotti; Benetti; Terra, 2007; Hernández-Nieto, 2002).

Por fim, a última etapa consiste em calcular o CVC total (CVCt) do questionário. Esse valor é obtido subtraindo a média dos  $Pe_i$  (*Mean Pei*) da média dos  $CVC_i$  (*Mean CVCi*). A literatura especializada considera que as questões são aceitáveis quando o CVCt resultante está entre 0,7 e 0,8. Esse procedimento garante uma avaliação robusta e confiável da validade de conteúdo do questionário (Balbinotti; Benetti; Terra, 2007; Hernández-Nieto, 2002).

**Figura 3** – Etapas para cálculo do Coeficiente de Validação de Conteúdo



Fonte: Adaptado de Hernández-Nieto (2002) e Balbinotti, Benetti e Terra (2007).

Com relação aos dados obtidos com a aplicação do instrumento de avaliação pelo público-alvo, por se tratar de um instrumento adaptado, optou-se por realizar apenas a estatística descritiva em porcentagem. Os comentários dos estudantes e residentes nas questões abertas foram utilizados para aprimorar o produto educacional.

## 6 RESULTADOS

### 6.1 Produto educacional

O Guia Prático de Lesões Dermatológicas Elementares foi desenvolvido para capacitar médicos da atenção primária, residentes de MFC e estudantes de graduação que atuam nas UBS. O objetivo central do produto educacional é aprimorar o diagnóstico diferencial das dermatoses mais prevalentes, partindo da análise das lesões elementares e culminando na identificação das patologias comuns no contexto da APS. Além do auxílio diagnóstico, o guia incorpora a Classificação Internacional de Doenças (CID) dermatológicas, um recurso de grande importância para a correta codificação e registro, lacuna frequentemente observada na prática da APS.

A concepção desse material emergiu da percepção de uma significativa deficiência na identificação e classificação de lesões dermatológicas por parte dos profissionais da APS. Essa lacuna diagnóstica contribui diretamente para o aumento das filas de espera e a demanda reprimida por consultas especializadas em dermatologia.

Nesse cenário, o guia surge como uma ferramenta estratégica para otimizar o fluxo de atendimento e desafogar os atendimentos na AE, funcionando como um recurso de educação médica continuada para o público-alvo.

A educação continuada é um processo dinâmico e ininterrupto de ensino-aprendizagem, fundamental para a atualização e o aprimoramento contínuo de profissionais e equipes, como define a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 1978). Esse processo é vital para acompanhar a rápida evolução científico-tecnológica, as necessidades sociais em constante mudança e as metas institucionais, especialmente no setor da saúde (Cavalcanti; Guizardi, 2018).

A OMS, reconhecendo a importância da educação continuada para a qualidade da assistência à saúde (Brasil, 1990c), integra-a como elemento central no desenvolvimento de recursos humanos (Silva; Conceição; Leite, 2009). Nesse contexto, o produto educacional surge como uma ferramenta estratégica, atuando como um facilitador desse processo, permitindo a disseminação estruturada de novos conhecimentos e a aplicação prática de habilidades. Sua utilização visa otimizar o desempenho profissional e, por consequência, aprimorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos, alinhando a teoria à prática transformadora.

O produto educacional do presente estudo é considerado uma tecnologia leve-dura, por envolver a organização sistemática do conhecimento representada por modelos assistenciais, diretrizes clínicas e protocolos (Barros; Lima; Magalhães, 2021; Malta; Merhy, 2010; Santos; Esteves, 2023).

O Quadro 4 apresenta o processo de desenvolvimento do produto educacional.

**Quadro 4** – Processo de desenvolvimento do produto

PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DO PRODUTO	
<b>1. ETAPA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisão de literatura</li> <li>- Análise de artigos para identificar as lesões dermatológicas mais comuns na Atenção Básica</li> </ul>
<b>2. ETAPA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Curadoria de imagens clínicas do acervo do pesquisador e criação do conteúdo</li> </ul>
<b>3. ETAPA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolvimento da interface do produto, com slides interativos focando na experiência responsiva e de fácil navegação</li> </ul>
<b>4. ETAPA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Validação do produto com especialistas e avaliação pelo público-alvo garantindo a eficácia e aplicabilidade</li> </ul>

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Para a elaboração do produto, foi realizado um levantamento bibliográfico, em bases de dados nacionais e internacionais, utilizando-se as palavras-chave “lesões elementares em dermatologia”, “dermatologia na atenção primária”, “matriciamento em dermatologia”, “ensino em dermatologia”.

Para maximizar a acessibilidade e a usabilidade, o guia foi elaborado em formato PDF, permitindo consulta direta em dispositivos móveis como *smartphones*, *tablets* e computadores. Sua interface intuitiva, enriquecida por ilustrações originais do pesquisador, é fundamentada por importantes autores da dermatologia, como Ashton e Leppard (2021), Azulay (2017), Burns *et al.* (2008), Festa, Cucé e Reis (2015), Fitzpatrick e Wolff (2005), Micheletti *et al.* (2017), Penna *et al.* (2006), Sampaio e Rivitti (2001), Viol, Miranda e Silva (2024) e Wolff *et al.* (2009).

A fundamentação teórica e a praticidade do formato interativo, que utiliza ícones para guiar o usuário no processo diagnóstico, tornam o produto educacional

uma ferramenta importante para o aprimoramento das competências diagnósticas e terapêuticas na APS. Para facilitar sua utilização, o pesquisador elaborou um vídeo tutorial demonstrando seu funcionamento.

O produto educacional se encontra na íntegra no Apêndice E.

## 6.2 Validação e avaliação do Produto Educacional

A coleta de dados para esta pesquisa ocorreu entre fevereiro e setembro de 2025. No total, 39 participantes contribuíram, sendo eles:

- oito especialistas em dermatologia validaram o produto, respondendo ao IVCES (Apêndice C);
- 31 estudantes e residentes, incluindo 28 estudantes de medicina (entre o 5º e o 12º período) e 3 residentes de MFC, avaliaram o produto por meio de um questionário *on-line* adaptado (Apêndice D).

Para melhor compreensão, os resultados foram divididos em resultados de validação de conteúdo, feita por especialistas em dermatologia, e avaliação do público-alvo, realizada por estudantes e residentes.

### 6.2.1 Validação de conteúdo do produto educacional por especialistas

Na Tabela 13 é apresentado o perfil dos participantes da validação de conteúdo por especialistas.

**Tabela 13** – Caracterização dos especialistas de acordo com gênero, idade e formação

<b>Gênero</b>		
Feminino	8	100%
<b>Idade</b>		
Mínima	26	
Máxima	61	
Média	36,37	

Mediana	32,5	
<b>Formação</b>		
Médico Dermatologista	8	100%
<b>Fez outra graduação, antes de Medicina?</b>		
Sim	0	0%
Não	8	100%
<b>Nos últimos 12 meses, você participou de algum evento científico na área de dermatologia (como ouvinte)?</b>		
Sim	6	75%
Não	2	25%

Fonte: Dados de pesquisa (2025).

O perfil das oito especialistas em dermatologia que participaram do estudo foi exclusivamente feminino. A média de idade do grupo foi de 36,37 anos, com idades variando entre 26 e 61 anos. Verificou-se que 75% das especialistas participaram de eventos científicos, como congressos, cursos e simpósios na área de dermatologia, nos últimos 12 meses.

A validação de conteúdo do produto educacional teve a análise dos dados estruturada em três domínios principais: Objetivos, Estrutura/Apresentação e Relevância, conforme o IVCES, como mostra a Tabela 14, a seguir.

**Tabela 14** – Resultados do Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde, realizado pelos especialistas em dermatologia

<b>OBJETIVOS: propósitos, metas ou finalidades</b>	<b>Concordo totalmente</b>	<b>Concordo parcialmente</b>	<b>Discordo</b>
1. Contempla tema proposto	100%	0%	0%
2. Adequado ao processo de ensino-aprendizagem	87,5%	12,5%	0%
3. Esclarece dúvidas sobre o tema abordado	75%	25%	0%
4. Proporciona reflexão sobre o tema	87,5%	12,5%	0%

5. Incentiva mudança de comportamento	87,5%	12,5%	0%
<b>ESTRUTURA/APRESENTAÇÃO: organização, estrutura, estratégia, coerência e suficiência</b>	<b>Concordo totalmente</b>	<b>Concordo parcialmente</b>	<b>Discordo</b>
6. Linguagem adequada ao público-alvo	100%	0%	0%
7. Linguagem apropriada ao material educativo	100%	0%	0%
8. Linguagem interativa, permitindo envolvimento ativo no processo educativo	87,5%	12,5 %	0%
9. Informações corretas	100%	0%	0%
10. Informações objetivas	100%	0%	0%
11. Informações esclarecedoras	100%	0%	0%
12. Informações necessárias	100%	0%	0%
13. Sequência lógica das ideias	100%	0%	0%
14. Tema atual	100%	0%	0%
15. Tamanho do texto adequado	87,5%	12,5%	0%
<b>RELEVÂNCIA: significância, impacto, motivação e interesse</b>	<b>Concordo totalmente</b>	<b>Concordo parcialmente</b>	<b>Discordo</b>
16. Estimula o aprendizado	100%	0%	0%
17. Contribui para o conhecimento na área	87,5%	12,5%	0%
18. Desperta interesse pelo tema	87,5%	12,5%	0%

Fonte: Dados de pesquisa (2025).

No domínio de Objetivos, que avalia o propósito e as metas do material educativo, todos os critérios apresentaram concordância. O item “Contempla o tema proposto” obteve 100% de concordância total, indicando que o produto cumpre de maneira integral sua finalidade principal. Os demais itens, “Adequado ao processo de ensino-aprendizagem” e “Proporciona reflexão sobre o tema”, receberam, cada um, 87,5% de concordância total, com 12,5% de concordância parcial.

Na análise do domínio Estrutura e Apresentação, que avalia a organização, clareza e coerência do material, todos os critérios apresentaram concordância. A

maioria dos itens alcançou 100% de concordância total, incluindo a adequação da linguagem ao público-alvo, a correção e a objetividade das informações, além da sequência lógica das ideias. Os itens “Linguagem interativa” e “Tamanho do texto adequado” obtiveram, cada um, 87,5% de concordância total, com 12,5% de concordância parcial.

No domínio Relevância, que mensura o impacto e a significância do produto, o *feedback* foi positivo. O item “Estimula o aprendizado” recebeu 100% de concordância total. Os itens “Contribui para o conhecimento na área” e “Desperta interesse pelo tema” obtiveram 87,5% de concordância total, com 12,5% de concordância parcial. Tais resultados indicam que o produto é percebido como uma ferramenta para o aprimoramento profissional.

Vale ressaltar que os comentários e sugestões realizados pelos especialistas foram incorporados à versão final do produto, conforme quadro a seguir (Quadro 5).

#### Quadro 5 – Comentários e sugestões dos especialistas

<b>Comentários</b>			
Inovador e muito inteligente			
Muito útil, simples e completo			
Visualmente bem organizado			
Achei excelente. Parabéns pelo trabalho			
<b>Sugestão</b>	<b>Aceito</b>	<b>Não Aceito</b>	<b>Considerações</b>
Poderia fazer uma versão adaptada para versão no celular ou app para acessar durante os atendimentos	X		A versão final do produto está disponível no formato pdf, que pode ser acessado e utilizado no <i>Adobe Acrobat</i> . A partir dela é possível utilizar no celular ( <i>Android®</i> e <i>iPhone®</i> ), <i>tablet</i> , <i>iPad®</i> e computadores. O pesquisador já está verificando a possibilidade de realizar uma versão em aplicativo.

Fonte: Dados de pesquisa (2025).

## 6.2.2 Resultado do Coeficiente de Validação de Conteúdo

A Tabela 15 apresenta os resultados do CVC do produto educacional.

**Tabela 15** – Resultados do Coeficiente de Validação de Conteúdo

<b>CRITÉRIO</b>	<b>Pontuação Média</b>	<b>CVCt</b>
<b>1. OBJETIVO</b>		
Contempla o tema proposto	2	1
Adequado ao processo de ensino-aprendizagem	1,88	0,94
Esclarece dúvidas sobre o tema abordado	1,75	0,87
Proporciona reflexão sobre o tema	1,88	0,94
Incentiva mudança de comportamento	1,88	0,94
<b>2. ESTRUTURA/APRESENTAÇÃO</b>		
Linguagem adequada ao público-alvo	2	1
Linguagem apropriada ao material educativo	2	1
Linguagem interativa, permitindo envolvimento ativo no processo educativo	1,88	0,94
Informações corretas	2	1
Informações objetivas	2	1
Informações esclarecedoras	2	1
Informações necessárias	2	1
Sequência lógica das ideias	2	1
Tema atual	2	1
Tamanho do texto adequado	1,88	0,94
<b>3. RELEVÂNCIA</b>		
Estimula o aprendizado	2	1
Contribui para o conhecimento na área	1,88	0,94
Desperta interesse pelo tema	1,75	0,87
<b>CVC total do produto educacional</b>		<b>0,97</b>

Fonte: Dados de pesquisa (2025).

O cálculo final do Coeficiente de Validação de Conteúdo resultou em 0,97, promovendo, desse modo, a validação de conteúdo do produto, não sendo necessária uma nova rodada de avaliação.

Na próxima seção, será apresentado o resultado da avaliação do produto educacional pelos alunos de medicina e residentes.

### 6.2.3 Avaliação do produto educacional pelo público-alvo

Na Tabela 16 são apresentados os resultados do perfil do público-alvo. A avaliação do produto educacional contou com 31 participantes, a maioria do sexo feminino (87,1%). A idade dos participantes variou de 20 a 45 anos, com média de 27,74 anos e mediana de 24.

O grupo era composto majoritariamente por estudantes de Medicina, sendo que as maiores representações foram dos alunos do 7º período (25,8%), seguidos pelos do 8º (16,2%), 11º (16,1%) e 12º (12,9%). Três participantes (9,7%) já haviam concluído a graduação, o que corresponde aos residentes de MFC.

Em termos de experiência acadêmica prévia, um terço dos participantes (32,3%) já havia cursado outra graduação. Quanto à área de atuação, 67,7% dos participantes já têm uma especialidade definida, e a maioria (64,5%) participou de algum evento científico em dermatologia no ano anterior à pesquisa.

**Tabela 16** – Perfil dos participantes da avaliação do público-alvo

<b>Gênero</b>		
Feminino	27	87,1%
Masculino	4	12,9%
<b>Idade</b>		
Mínima	20	
Máxima	45	
Média	27,74	
Mediana	24	
<b>Período/semestre da graduação de Medicina que está cursando atualmente</b>		
5º Período	1	3,2%
6º Período	1	3,2%

7º Período	8	25,8%
8º Período	5	16,2%
9º Período	1	3,2%
10º Período	3	9,7%
11º Período	5	16,1%
12º Período	4	12,9%
Formado	3	9,7%
<b>Fez outra graduação, antes de Medicina?</b>		
Sim	10	32,3%
Não	21	67,7%
<b>Já sabe qual especialidade quer fazer após o término do curso?</b>		
Sim	21	67,7%
Não	10	32,3%
<b>Nos últimos 12 meses, você participou de algum evento científico na área de dermatologia (como ouvinte)?</b>		
Sim	20	64,5%
Não	11	35,5%
<b>Você participa, atualmente, de alguma liga acadêmica na universidade?</b>		
Sim	18	58,1%
Não	13	41,9%
<b>Você já fez ou está fazendo iniciação científica na graduação?</b>		
Sim	12	38,7%
Não	19	61,3%

Fonte: Dados de pesquisa (2025).

A análise do perfil dos estudantes revelou uma adesão às atividades extracurriculares de aprimoramento acadêmico. A participação em ligas acadêmicas se destaca, com 58,1% dos respondentes afirmando estarem envolvidos em alguma delas. As ligas citadas com maior frequência foram: Dermatologia, Pneumologia e Cirurgia Torácica, Infectologia e Nefrologia, Neurologia, Cirurgia Geral, Geriatria e Cirurgia Cardiovascular.

Esse dado sugere que as ligas são percebidas como um recurso valioso e popular para complementar a formação universitária, possivelmente por oferecerem

uma combinação de aprofundamento em temas específicos e oportunidades de *networking* e prática.

A participação em iniciação científica foi apontada por 38,7% da amostra, sendo informados os seguintes temas de pesquisa: Hanseníase; Dermatite atópica; covid-19 (mencionado duas vezes); Manifestações dermatoneurológicas da hanseníase; Uso de *Large Language Models* na Educação Médica; O ensino da dermatologia na graduação de medicina; Estratificação de ABCDE (melanoma); Autismo; Dengue; Criação de um *dashboard* para manipulação de dados do IBGE; e Mutação genética de um gene do autismo.

O guia prático foi avaliado por seu público-alvo, havendo aprovação dos critérios de cada domínio, com a maioria dos participantes concordando plenamente com a qualidade do material. A Tabela 17 detalha as respostas para cada item avaliado.

**Tabela 17 – Resultados da avaliação do público-alvo**

<b>OBJETIVOS</b>	<b>Concordo Totalmente</b>	<b>Concordo</b>	<b>Discordo</b>
O material esclarece dúvidas sobre o tema abordado	90,3%	9,7%	0%
O material proporciona reflexão sobre o tema	93,5%	6,5%	0%
O propósito do material está evidente	100%	0%	0%
O material incentiva mudança de comportamento, quanto ao encaminhamento de pacientes	90,3%	9,7%	0%
<b>RELEVÂNCIA</b>	<b>Concordo Totalmente</b>	<b>Concordo</b>	<b>Discordo</b>
O material contribui para o conhecimento na área	100%	0%	0%
O material desperta interesse pelo tema	83,9%	12,9%	3,2%
<b>ESTRUTURA/ORGANIZAÇÃO</b>	<b>Concordo Totalmente</b>	<b>Concordo</b>	<b>Discordo</b>
Tamanho do texto do guia prático adequado	90,3%	6,5%	3,2%
O conteúdo destaca os pontos principais	100%	0%	0%
<b>APARÊNCIA</b>	<b>Concordo Totalmente</b>	<b>Concordo</b>	<b>Discordo</b>
O guia prático é apresentado de forma visualmente adequada	80,6%	16,2%	3,2%
As ilustrações estão claras e objetivas	96,8%	3,2%	0%
As ilustrações contribuem para a compreensão do conteúdo	100%	0%	0%
As ilustrações colaboram para sintetizar as informações	100%	0%	0%
As ilustrações são relevantes	100%	0%	0%
O <i>layout</i> do guia prático incentiva os profissionais a utilizá-lo.	77,4%	19,4%	3,2%

Fonte: Dados de pesquisa (2025).

Em relação ao domínio objetivos, 100% dos participantes confirmaram que o propósito do material está evidente. A maioria concordou totalmente que o material

esclarece dúvidas (90,3%) e proporciona reflexão (93,5%). Quanto à capacidade do material de incentivar a mudança de comportamento em relação ao encaminhamento de pacientes, 90,3% concordaram totalmente.

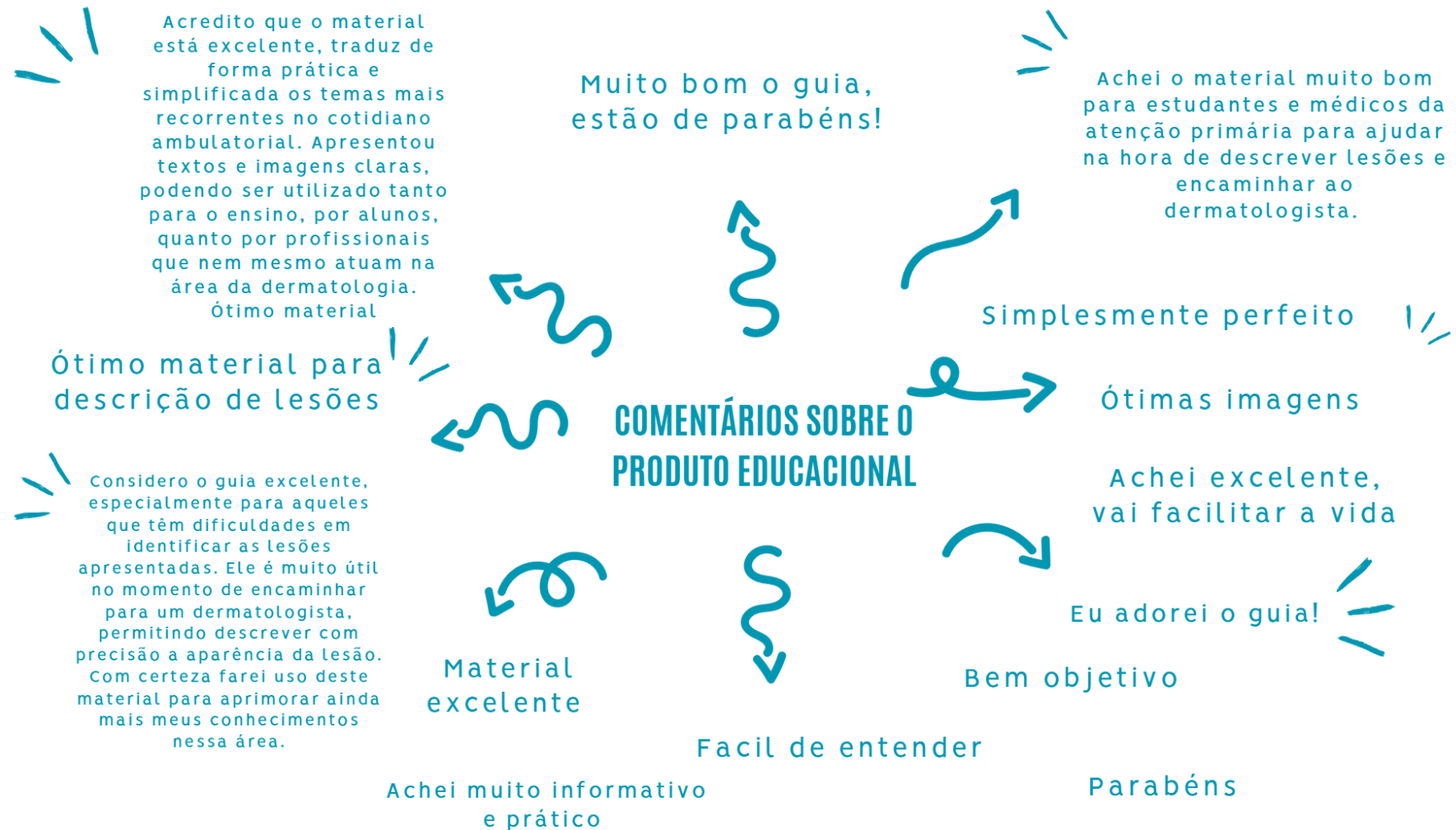
No domínio relevância do guia para o público-alvo, 100% dos avaliadores concordaram totalmente que o material contribui para o conhecimento na área. No item sobre a capacidade do material de despertar interesse, 83,9% concordaram totalmente, 12,9% concordaram e 3,2% discordaram.

Em relação à estrutura e à organização do guia, 100% dos participantes concordaram totalmente que o conteúdo destaca os pontos principais, facilitando a absorção das informações. O tamanho do texto é considerado adequado por 90,3% dos participantes.

No domínio aparência do guia, os itens “as ilustrações contribuem para a compreensão do conteúdo”, “as ilustrações colaboram para sintetizar as informações” e “as ilustrações são relevantes”, houve 100% de concordância total dos participantes. No item “as ilustrações estão claras e objetivas”, 96,8% concordaram totalmente e 3,2% concordaram. Já no item “O guia prático é apresentado de forma visualmente adequada”, 80,6% dos participantes concordaram totalmente, 16,2% concordaram e 1 participante (3,2%) discordou. Na avaliação do item “o *layout* do guia prático incentiva os profissionais a utilizá-lo”, 77,4% concordaram totalmente, 19,4% concordaram e apenas um participante discordou.

Na Figura 4, foram apresentados os comentários dos participantes, e no quadro 6, as sugestões dos participantes com o aceite ou não do pesquisador e suas observações.

**Figura 4** – Comentários dos respondentes (público-alvo)



Fonte: Dados de pesquisa (2025).

**Quadro 6 – Sugestões do público-alvo**

<b>Sugestão</b>	<b>Aceito</b>	<b>Não aceito</b>	<b>Considerações</b>
O modelo enviado desconfigurou os <i>slides</i>	X		Para melhor experiência do usuário com produto educacional, o pesquisador elaborou um vídeo tutorial, apresentando como o produto deve ser utilizado.
Não sei se é o propósito, mas talvez colocar caixinhas descrevendo quando tentar resolver na APS e quando encaminhar para Dermatologia seja interessante	X		Esta sugestão será considerada em uma nova atualização.
Poderia ter um índice no início sobre as doenças que serão abordadas.		X	O produto educacional foi elaborado para ser manuseado por ícones, diante disso, não é necessária a criação de um índice para a separação dos tópicos. Para melhor experiência do usuário, o pesquisador elaborou um vídeo tutorial apresentando como utilizá-lo.
Achei algumas partes com muita informação, poderiam estar mais bem divididas	X		Foi realizada uma organização do <i>layout</i> do produto educacional.
Meio bagunçado a ordem das doenças	X		O produto educacional foi elaborado para ser manuseado por ícones. Para melhor experiência do usuário, o pesquisador elaborou um vídeo tutorial apresentando como utilizá-lo.
Poderia ter páginas para separar as doenças, quando vai mudar de tópico. Ex: vai de cec para impetigo	X		O produto educacional foi elaborado para ser manuseado por ícones, diante disso, não é necessária a criação de um índice para a separação dos tópicos. Para melhor experiência do usuário, o pesquisador elaborou um vídeo tutorial apresentando como utilizá-lo.

Fonte: Dados de pesquisa (2025).

Além das sugestões recebidas de especialistas e do público-alvo, o pesquisador identificou uma dificuldade adicional dos usuários no manuseio do produto educacional, especificamente na navegação pelos *links*. Para resolver essa questão, foi produzido um vídeo tutorial que ensina a utilizar a ferramenta. O vídeo foi

disponibilizado na plataforma YouTube® e integrado à versão final do produto (Apêndice E).

## 7 DISCUSSÃO

A APS é a porta de entrada para o sistema de saúde, mas enfrenta desafios significativos no manejo de doenças dermatológicas. A falha em tratar casos de baixa e média complexidade nesse nível de cuidado não apenas sobrecarrega a AE com encaminhamentos desnecessários, mas também contribui para a demanda reprimida e longas filas de espera. Essa problemática é corroborada pela OMS, que, em maio de 2025, designou as doenças de pele como prioridade de saúde pública global e destacou a necessidade de capacitar profissionais da APS para lidar com essas condições, especialmente diante da escassez de especialistas (WHO, 2025).

Um dos motivos reside na formação médica, que possui currículos com carga horária insuficiente, falta de integração entre as disciplinas e isolamento da disciplina de Dermatologia durante a graduação, resultando no despreparo dos egressos. A insegurança clínica é uma consequência direta da lacuna na formação (Campos *et al.*, 2022).

Silva *et al.* (2023) corroboram essa fragilidade, revelando que 88,9% dos médicos da APS entrevistados sentem dificuldades em dermatologia. O diagnóstico isolado foi o principal desafio relatado (30%), seguido pela combinação de diagnóstico e tratamento (25%). A insegurança na condução de casos dermatológicos tem impacto direto no sistema de saúde, levando 8,9% desses profissionais a simplesmente encaminhar o paciente sem realizar qualquer diagnóstico ou tratamento inicial. Isso reforça a prática de encaminhamento em vez de buscar a resolutividade na própria APS, conforme alertam Bernardes *et al.* (2015).

A pesquisa de Silva *et al.* (2023) destaca que a maioria dos médicos (55,6%) vê a combinação de cursos e ferramentas como a melhor forma de aprimorar seu diagnóstico. Entre as ferramentas, os aplicativos de *smartphones* já são amplamente utilizados (53,3%). O desenvolvimento de um guia prático sobre lesões elementares, validado com um CVC de 0,97, emerge como uma solução promissora para atender a essa demanda. A validação por especialistas demonstra a relevância e o alinhamento com o crescente interesse em utilizar novas tecnologias na educação médica (Silva, 2020; Stirling; Birt, 2014).

A natureza visual da dermatologia (Afifi; Shinkai, 2017) torna-a ideal para o uso de recursos gráficos. O guia prático capitaliza essa característica com ilustrações que foram elogiadas por sua clareza, um fator crucial para o impacto educacional (Salloum *et al.*, 2019). Além disso, a ferramenta se alinha às expectativas da nova geração de

estudantes (Bajpai *et al.*, 2019; Mesko, 2017), que, no estudo de Silva *et al.* (2023), expressaram preferência unânime (100%) por um aplicativo de aprendizado em dermatologia com recursos visuais e descrições detalhadas.

O guia prático não apenas responde à fragilidade do ensino médico em dermatologia nos cursos de graduação (Garcia *et al.*, 2025), mas também contribui para mitigar a lacuna de proficiência e confiança em médicos da APS (Araújo; Silva; Durães, 2018), podendo melhorar a acurácia diagnóstica e reduzir os encaminhamentos desnecessários (Izecksohn *et al.*, 2017).

Para otimizar a usabilidade e a portabilidade na prática clínica diária, o conteúdo do guia prático poderá ser disponibilizado em um aplicativo para dispositivos móveis, tornando-se uma proposta alinhada à tendência de inovação tecnológica na educação médica (Prados-Carmona *et al.*, 2022).

Para tal, o pesquisador vem pesquisando a possibilidade da implantação de seu produto educacional em um aplicativo; enquanto isso, sua última versão, disponível no formato PDF, pode ser acessada e utilizada no *Adobe Acrobat*. A partir dela é possível utilizar em celular (*Android*® e *iPhone*®), *tablet*, *iPad*® e computadores, facilitando a experiência de usuários, mesmo não tendo disponibilidade de internet.

Por fim, a solução para a ineficácia no manejo de doenças dermatológicas na APS não reside apenas no aumento do número de especialistas, mas sim no fortalecimento da base do sistema de saúde. A capacitação dos médicos da APS com ferramentas de apoio confiáveis, como o guia prático validado, permite a realização de diagnósticos mais precisos para casos comuns e a filtragem adequada de encaminhamentos (Cândido; Feitosa, 2025). Isso não apenas reduz a demanda reprimida e as filas de espera, mas também eleva a qualidade do atendimento, tornando o sistema de saúde mais resolutivo e eficiente. A validação de recursos educacionais como esse guia não apenas os posiciona de forma superior no mercado, mas também pode impulsionar uma mudança de comportamento dos profissionais, promovendo um impacto positivo e duradouro na saúde pública (Vitorino; Cunha, 2020).

O guia prático desenvolvido apresenta um conjunto importante de benefícios, com impactos diretos e indiretos que se estendem da capacitação profissional à otimização sistêmica do serviço de saúde. Na esfera da APS, os profissionais são diretamente beneficiados ao receberem um material instrucional, objetivo e prático, que embasa o diagnóstico e o tratamento de lesões dermatológicas elementares

passíveis de manejo nesse nível de atenção. Essa qualificação da equipe de linha de frente atua como um potente mecanismo para a melhoria da qualidade do atendimento oferecido à população (Chaves; Poças; Scherer, 2024).

O aprimoramento da capacidade resolutiva na APS desencadeia uma série de benefícios sistêmicos, notadamente na otimização do fluxo de atendimento: a maior competência dos clínicos gerais na triagem e tratamento inicial reduz a necessidade de encaminhamentos desnecessários a especialistas. Conseqüentemente, observa-se uma redução nas longas filas de espera por consultas com dermatologistas, contribuindo diretamente para a melhoria da qualificação da demanda que chega à AE. Além disso, a gestão mais eficaz de casos de baixa e média complexidade na APS contribui para a otimização de recursos e a diminuição de custos operacionais para o sistema de saúde.

De forma indireta, os pacientes são os beneficiários finais dessa otimização. O acesso mais rápido e o diagnóstico mais preciso na atenção primária permitem intervenções terapêuticas mais precoces e seguras, resultando em um impacto positivo na qualidade de vida ao reduzir o sofrimento e a progressão das doenças de pele (Santos *et al.*, 2023).

No contexto educacional, o guia prático assume um papel de modernização do ensino da dermatologia. Ele oferece uma metodologia interativa e acessível, alinhada às necessidades de ferramentas dinâmicas da nova geração de estudantes. A natureza da ferramenta reforça a integração entre a teoria e a prática clínica, preparando profissionais com maior confiança e competência, ao mesmo tempo que incentiva a educação continuada e a autoaprendizagem, servindo como um recurso de consulta e atualização constante para médicos já em exercício.

Em suma, a introdução do guia prático transcende o mero repasse de informações; ela estabelece um novo padrão para a capacitação na atenção primária e para a didática no ensino médico, promovendo um círculo virtuoso de melhoria contínua na saúde e na formação profissional. Contudo, é fundamental reconhecer que, como limitação deste estudo, o produto ainda não foi amplamente aplicado em cenários de práticas de ensino médico ou em serviços da APS. Sugere-se, portanto, a realização de novos estudos para avaliar o impacto real da aplicação do guia prático nas demandas de dermatologia da AE e no manejo das doenças dermatológicas na APS.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As doenças dermatológicas representam um desafio significativo na APS, não apenas pela alta prevalência, mas também pela insegurança e falta de preparo dos profissionais não especialistas para o manejo dessas condições.

O presente estudo metodológico e aplicado alcançou integralmente seu objetivo geral, que consistiu no desenvolvimento de um Guia Prático sobre Lesões Dermatológicas Elementares destinado a estudantes de Medicina, médicos residentes de MFC e profissionais atuantes na APS. A fundamentação do trabalho partiu de uma lacuna crítica identificada na literatura: a prevalência das dermatoses na APS é alta, mas é acompanhada por uma significativa insegurança profissional, em que evidências demonstraram que 88,9% dos médicos relatam dificuldades em dermatologia, resultando em encaminhamentos desnecessários e baixa resolutividade. Nesse contexto, o presente estudo, ao desenvolver, validar e avaliar o guia prático, demonstra uma solução promissora para abordar e mitigar essa lacuna.

Para embasar a construção da Tecnologia Educacional, todos os objetivos específicos propostos foram alcançados com sucesso, delineando o escopo e justificando a estrutura do guia. Inicialmente, o levantamento bibliográfico identificou as dermatoses mais prevalentes na APS, como escabiose, pitíriase versicolor e dermatite atópica, as quais se tornaram o foco central do conteúdo. Paralelamente, a identificação das dificuldades dos profissionais evidenciou que os principais entraves residem no diagnóstico isolado (30% das respostas) e na combinação de diagnóstico e tratamento (25%), validando a pertinência da estrutura do guia, que se inicia pela semiologia das lesões elementares como chave para a acurácia. Por fim, o embasamento teórico foi construído de forma robusta e rigorosa, alinhado às diretrizes de organismos internacionais, como a OMS, e nacionais, como a SBD.

O produto educacional, validado com um CVC de 0,97 por especialistas, não apenas atende a uma demanda expressa por médicos da APS e estudantes, mas também se alinha às recomendações recentes da OMS para fortalecer a capacitação em dermatologia na APS.

A avaliação do público-alvo, que incluiu estudantes de medicina e residentes, confirmou a relevância, a clareza e a utilidade do guia como ferramenta de apoio diagnóstico e terapêutico. O material, com sua abordagem visual e baseada em evidências, oferece um recurso prático para aprimorar a resolutividade dos casos na

porta de entrada do SUS, com potencial capacidade de reduzir encaminhamentos desnecessários e otimizar o fluxo de atendimento na atenção especializada.

O produto educacional pode ser implementado em ambientes de ensino e prática clínica. Sua aceitação e relevância percebida reforçam a importância de adaptar o ensino médico às novas tecnologias, oferecendo uma solução prática e acessível para aprimorar a formação e a prática clínica no século XXI.

Diante do cenário de subfinanciamento e iniquidades do SUS, o guia prático se apresenta como uma tecnologia leve-dura, de baixo custo e alta aplicabilidade, capaz de promover a educação continuada e impactar positivamente a qualidade da assistência.

Novos estudos devem ser realizados, buscando-se o desenvolvimento de um aplicativo para dispositivos móveis, visando aumentar a portabilidade e a acessibilidade da ferramenta na prática clínica diária. Dessa forma, este trabalho não se limita a um produto final, mas lança as bases para futuras pesquisas e inovações que visam fortalecer a APS e contribuir para um sistema de saúde mais equitativo e eficiente.

Sugere-se, para estudos futuros, a realização de pesquisas com amostra maior e a avaliação do impacto do guia na prática diária de médicos da APS. Isso permitirá mensurar de forma mais concreta sua contribuição para a melhoria da assistência e para a redução da demanda nos serviços de dermatologia da rede pública, consolidando, assim, a eficácia da educação continuada na saúde brasileira.

## REFERÊNCIAS

- AFIFI, L.; SHINKAI, K. Optimizing education on the inpatient dermatology consultative service. **Semin Cutan Med Surg**, v. 36, n. 1, p. 28-34, 2017.
- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 3061-3068, 2011.
- ALMEIDA, P. F. D.; MEDINA, M. G.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A.; MENDONÇA, M. H. M. D. Coordenação do cuidado e atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 244-260, 2018.
- ALVAREZ, A. G.; DAL SASSO, G. T. M.; IYENGAR, M. S.; SCHMITT, J.; ANDRADE, D. F. Quality analysis of the virtual learning object for nursing pain assessment. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 34, n. 3, p. 624-636, 2018.
- ALVAREZ, L. D.; DAMIANCE, P. R. M. O Suitability Assessment Of Materials (SAM) e a avaliação de materiais educativos em saúde. **Revista Intelecto**, Fema, Assis, v. 3, 2020.
- ALVES, G. B.; NUNES, D. H.; RAMOS, L. D. Prevalência das dermatoses no ambulatório de dermatologia da UNISUL. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 36, n. 1, p. 65-68, 2007.
- ALVES, M. D. F.; GUEDES, H. M.; MARTINS, J. C. A.; CHIANCA, T. C. M. Reference and counter reference network for emergency care assistance in a municipality in the countryside of Minas Gerais-Brazil. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 25, n. 4, p. 469-475, 2015.
- ALVES, M. G.; PEREIRA, V. O. S.; BATISTA, D. F. G.; CORDEIRO, A. D. C.; NASCIMENTO, J. D. S.; DALRI, M. C. B. Construção e validação de questionário para avaliação de conhecimento sobre ressuscitação cardiopulmonar. **Cogitare enferm**, v. 24, e64560, 2019.
- AMERICAN ACADEMY OF DERMATOLOGY. **Dermatology: The Burden of Skin Disease**. 2017. Disponível em: <https://www.ncmedsoc.org/wp-content/uploads/2018/07/NCDA-AADA-LC-18-Burden-of-Skin-Disease.pdf>. Acesso em: 20 set. 2025.
- AMOAHA-NUAMAH, J.; AGYEMANG-DUAH, W.; PROSPER-NINORB, G.; GLADSTONE-EKEME, B. Analysis of Spatial Distribution of Health Care Facilities and its Effects on Access to Primary Healthcare in Rural Communities in Kpandai District, Ghana. **Cogent Public Health**, v.10, n. 1, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/27707571.2023.2183566>. Acesso em: 7 set. 2025.
- ARAÚJO, C. V. B.; SILVA, V. N.; DURÃES, S. J. Processo de Bolonha e mudanças curriculares na educação superior: para que competências? **Educ Pesqui**, São Paulo, v. 44, e174148, 2018.

ASHTON, R.; LEPPARD, B. **Differential diagnosis in dermatology**. London: CRC Press, 2021.

AZULAY, D. R. **Dermatologia**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

BAJPAI, S.; SEMWAL, M.; BAJPAI, R.; CAR, J.; HO, A. H. Y. Health professions' digital education: review of learning theories in randomized controlled trials by the digital health education collaboration. **J Med Internet Res**, v. 21, n. 3, p. 1-13, 2019.

BALBINOTTI, M. A.; BENETTI, C.; TERRA, P. R. Translation and validation of the Graham Harvey survey for the Brazilian context. **Int J Manag Finance**, v. 3, n. 1, p. 26-48, 2007.

BARBARULO, A. M.; GAVAZZA, S.; FONTANA, M. I.; BERBARI, S.; AZCUNE, R. Evaluación de la capacidad diagnóstica de los médicos generales en dermatología. **Arch Argent Dermatol**, v. 52, n. 3, p. 111-115, 2002.

BARBOSA, L. T.; SANTOS, A. A.; TEIXEIRA, G. M. Estruturação de um produto educacional em saúde sobre os conceitos e as fórmulas do Índice de Validação de Conteúdo (IVC): Relato de experiência. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 9, p. e5312943153-e5312943153, 2023.

BARBOSA, J. M.; VALENTE, G. G. T.; CREPALDI, V.; NETO, C.; SOUSA, S. F. Percepções do SUS: uma análise da acessibilidade do referenciamento e agendamento de consultas médicas sob a ótica dos pacientes e médicos da cidade de Gurupi-Tocantins. **Observatorio de la Economía Latinoamericana**, v. 23, n. 1, p. 166, 2025.

BARROS, F. R. B.; LIMA, R. F. S.; MAGALHÃES, V. M. P. Tecnologias desenvolvidas no contexto da saúde da mulher no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista Cuidarte**, v. 12, n. 1, 2021.

BARROS, L. F. M.; JESUS, F. D. P.; PEREIRA, Z. B.; CRUZ, A. N.; BATISTA, S. M. O.; SILVA, J. A. M.; SILVA, H. F. Equidade no acesso à saúde no Brasil: Desafios e caminhos para reduzir barreiras. **Brazilian Journal of One Health**, v. 2, n. 1, p. 295-303, 2025.

BARSZCZ, K.; BARONI, E. D. R. V.; DORNELLES, T. F.; KLUTHCOVSKY, A. C. G. C. Qualidade dos encaminhamentos da atenção primária a um serviço de dermatologia. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 31, n. 3, p. e31030353, 2023.

BECHO, A. S.; OLIVEIRA, J. L. T.; ALMEIDA, G. B. S. Dificuldades de adesão ao tratamento por hipertensos de uma unidade de atenção primária à saúde. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v. 20, n. 3, p. 349-359, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15608/8185>. Acesso em: 7 set. 2025.

BERNARDES, C. A.; MAGALHÃES, R. F.; FRANCA, A. F. E. D. C.; MORCILLO, A. M.; VELHO, P. E. N. F. Diagnóstico e condutas dermatológicas em uma unidade básica de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, p. 88-94, 2015.

BERNARDINO, S. V.; MEDEIROS, C. R. G.; SOUZA, C. F. D.; KICH, J.; ALVES, A. M.; CASTRO, L. C. D. Processos de encaminhamento a serviços especializados em cardiologia e endocrinologia pela Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 126, p. 694-707, 2020.

BOLLELA, V.; MACHADO, M. O Currículo por competências e sua relação com as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Medicina. **Science in Health**, v. 1, n. 2, p. 126-142, 2010.

BOLOGNIA, J. L.; JORIZZO, J. L.; RAPINI, R. P. **Dermatologia**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

BORSSOI, A. H.; FREIRE, T. B. P.; SILVA, K. A. P. Um Produto Educacional para o Ensino de Equações Diferenciais Ordinárias em um curso de Formação Docente. **REPPE-Revista de Produtos Educacionais e Pesquisas em Ensino**, v. 1, n. 1, p. 59-78, 2017.

BRAGAGNOLLO, G. R.; CAMARGO, R. A. A. D.; GUIMARÃES, M. D. N.; SANTOS, T. S. D.; MONTEIRO, E. L. M.; FERREIRA, B. R. Development and validation of an interactive educational technology on spotted fever. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, p. e3375, 2020.

BRANDÃO, M. P. A. S.; LIMA, J. A.; LEIDENZ, F. A. B. Prevalência de dermatoses atendidas em um ambulatório universitário. **Revista Interdisciplinar Ciências Médicas**, v. 4, n. 1, p. 31-36, 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Constituicao.htm). Acesso em: 14 ago. 2024.

BRASIL. **Lei Nº 8.080**, de 19 de Setembro de 1990. 1990a. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 14 ago. 2024.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm). Acesso em: 23 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Modernização Administrativa e Recursos Humanos. **A educação continuada de enfermeiros do SUS**. Brasília: Centro de Documentação, 1990c.

BRASIL. **Resolução CNE/CES Nº 04**, de 07 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares do Curso de Medicina. Ministério da Educação, 2001. BRASIL. Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. **Resolução nº 3**, de 20 de Junho de 2014. Brasília, 2014.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da

Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde - APPMS**. Brasília: [s.n.], 2018a.

BRASIL. **Decreto Nº 38.982**, de 10 de Abril de 2018. 2018b. Disponível em: [https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/92544ffe2f874e1288cde5c6d195214e/Decreto\\_38982\\_10\\_04\\_2018.html](https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/92544ffe2f874e1288cde5c6d195214e/Decreto_38982_10_04_2018.html). Acesso em: 14 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo**. 28 mar. 2022. 2022a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo#:~:text=Os%20n%C3%ADveis%20de%20aten%C3%A7%C3%A3o%20e,prim%C3%A1ria%2C%20aten%C3%A7%C3%A3o%20secund%C3%A1ria%20e%20terci%C3%A1ria>. Acesso em: 14 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DIRASE – Atenção Secundária**. 9 maio 2022. 2022b. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/atencao-secundaria-gama#:~:text=A%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Secund%C3%A1ria%20atua%20no,como%20n%C3%ADvel%20de%20m%C3%A9dia%20complexidade>. Acesso em: 24 jan. 2025.

BRASIL. **Estratégia Saúde da Família**. 11 jul. 2024. 2024a. Disponível em: <https://www.gov.br/secom/pt-br/aceso-a-informacao/comunicabr/lista-de-aco-es-programas/estrategia-saude-da-familia>. Acesso em: 24 fev. 2024.

BRASIL. Secretaria da Comunicação Social. **Unidade Básica de Saúde**. 2024b. Disponível em: <https://www.gov.br/secom/pt-br/aceso-a-informacao/comunicabr/lista-de-aco-es-programas/unidades-basicas-de-saude-do-governo-federal#:~:text=As%20UBSs%20s%C3%A3o%20centros%20de,de%20sa%C3%BAde%20individual%20e%20coletiva>. Acesso em: 15 set. 2025.

BRASIL. Lei nº 15.126, de 10 de janeiro de 2025. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para incluir a atenção humanizada como princípio do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 10 jan. 2025a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Censo Nacional: Unidades Básicas de saúde, 2024**. 2025b. Disponível em: <https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2025/06/censo-nacional-ubs-2024.pdf>. Acesso em: 15 set. 2025.

BRASIL. Sistema Único de Saúde - **SUS**. [20--a]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/sus>. Acesso em: 18 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saiba mais sobre a APS**. [20--b]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/saiba-mais-sobre-a-aps>. Acesso em: 23 jan. 2024.

BRONDANI, J. E.; LEAL, F. Z.; POTTER, C.; SILVA, R. M. D.; NOAL, H. C.; PERRANDO, M. D. S. Desafios da referência e contrarreferência na atenção em saúde na perspectiva dos trabalhadores. **Cogitare Enferm**, v. 21, n. 1, p. 1-8, 2016.

BURNS, T.; BREATHNACH, S. M.; COX, N.; GRIFFITHS, C. **Rook's textbook of dermatology**. Nova Jersey: John Wiley & Sons, 2008.

CABRERA, L. G.; RUANO, I.; TUDELA, J. M. O.; HITA, M. P. Guía de Estudio de una asignatura para el Campus Andaluz Virtual. **II Foro Buenas Prácticas en Teleformación**, v. 1, n. 2, 2009.

CAMPOS, B. C.; BRITO, L. M.; SEABRA, C. A. M.; FEITOSA, A. N. A. Dermatologia na Atenção Primária à Saúde: uma revisão de literatura. **Revista Interdisciplinar Em Saúde**, v. 9, p. 113-119, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.35621/23587490.v9.n1.p113-119>. Acesso em: 15 ago. 2024.

CÂNDIDO, D. F. F.; FEITOSA, C. P. Desafios da Dermatologia na Atenção Primária: Formação Médica e Prática Clínica. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, Cajazeiras, v. 12, p. 103-115, 2025.

CAPES. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. **Documento de Área de Ensino - 2025-2028**. 2025.

CARDOSO, J. **A Relação entre as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e a Formação Médica para o Sistema Único de Saúde: uma Revisão**. 2023. Trabalho de Conclusão de Curso (Medicina) – Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza, Paraná, 2023.

CARVALHO, I. D. S.; GUEDES, T. G.; BEZERRA, S. M. M. D. S.; ALVES, F. A. P.; LEAL, L. P.; LINHARES, F. M. P. Educational technologies on sexually transmitted infections for incarcerated women. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, e3392, 2020.

CAVALCANTI, F. O. L.; GUIZARDI, F. L. Educação continuada ou permanente em saúde? Análise da produção pan-americana da saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, p. 99-122, 2018.

CECILIO, L. C. O.; REIS, A. A. C. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00056917, 2018.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Déficit de leitos hospitalares no Brasil**. 2023. Disponível em: [https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=28044:deficit-de-leitos-hospitalares-no-brasil&catid=3](https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=28044:deficit-de-leitos-hospitalares-no-brasil&catid=3). Acesso em: 7 set. 2025.

CHAVES, A. C. C.; POÇAS, K. C.; SCHERER, M. D. A. Quem faz uma Atenção Primária resolutive? Governança para a efetividade na resolução de problemas. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 22, p. e02868275, 2024.

CHAVES, J. F.O.; RONCOLATO, M. C. D. S.; INÁCIO, M. M.; SILVA, R. R. O impacto das doenças dermatológicas na qualidade de vida. **Asclepius International Journal of Scientific Health Science**, v. 4, n. 5, p. 211-220, 2025.

CIPRIANO, S. D.; DYBBRO, E.; BOSCARDIN, C. K.; SHINKAI, K.; BERGER, T. G. Online learning in a dermatology clerkship: piloting the new American Academy of Dermatology Medical Student Core Curriculum. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 69, n. 2, p. 267-272, 2013.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2025.

COSTA, M. M. **Mineração de texto para descoberta do conhecimento em laudos de teledermatologia**: características clínicas associadas à sugestão de encaminhamento para avaliação presencial com dermatologista extraídas de laudos de teleconsultoria. 2021. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2021.

CRESCENTE, B. M.; PUERRO, M. A. S.; TAVARES, L. F.; CARDOSO, K. B.; BRITO, C. V. B.; PORTELLA, M. B. Qualidade do aprendizado de lesões elementares de pele obtido por meio de duas diferentes estratégias didáticas. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 11, n. 4, e310-e310, 2019.

CUNHA, A. R. **Dermatologia: Doenças de pele e fatores psicossociais**. São Paulo: Editora Saúde, 2021.

DUARTE, E.; EBLE, L. J.; GARCIA, L. P. 30 anos do Sistema Único de Saúde. 2018. Editorial. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 27, n. 1, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ress/2018.v27n1/ e00100018/pt/>. Acesso em: 4 jun. 2025.

DUNLEAVY, G.; NIKOLAOU, C. K.; NIFAKOS, S.; ATUN, R.; LAW, G. C. Y.; CAR, L. T. Mobile digital education for health professions: Systematic review and meta-analysis by the digital health education collaboration. **J Med Internet Res**, v. 21, n. 2, e12937, 2019.

ENDALAMAW, A.; KHATRI, R. B.; ERKU, D.; NIGATU, F.; ZEWDIE, A.; WOLKA, E.; ASSEFA, Y. Successes and challenges towards improving quality of primary health care services: a scoping review. **BMC Health Services Research**, v. 23, n. 1, p. 893, 2023.

EUROPEAN ACADEMY OF DERMATOLOGY AND VENEROLOGY. **Call to Action on Chronic Inflammatory Skin Disease**. 2023.

FARMER, P. **Pathologies of power: health, human rights, and the new war on the poor**. Berkeley: University of California Press, 2003.

FASOLO, L.; KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; BARONI, E. R. V. Análise do perfil clínico e epidemiológico dos pacientes atendidos em um serviço terciário de dermatologia. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 26, n. 3, 2022.

FELQUER, M. L. A.; LOGIUDICE, L.; GALIMBERTI, M. L.; ROSA, J.; MAZZUOCCOLO, L.; SORIANO, E. R. Treating the skin with biologics in patients

with psoriasis decreases the incidence of psoriatic arthritis. **Annals of the Rheumatic Diseases**, v. 81, n. 1, p. 74-79, 2022.

FERREIRA, E. S.; BAIENSE, A. S. R. Benefícios do peeling químico com ácido glicólico no processo de amenizar o envelhecimento da pele. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 9, n. 4, p. 9555-9566, 2023.

FERREIRA, M. J. M.; RIBEIRO, K. G.; ALMEIDA, M. M.; SOUSA, M. S.; RIBEIRO, M. T. A. M.; MACHADO, M. M. T. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina: oportunidades para ressignificar a formação. **Interface**, Botucatu, v. 23, supl. 1, p. e170920, 2019.

FERREIRA, I. G.; GODOI, D. F.; PERUGINI, E. R. Nosological profile of dermatological diseases in primary health care and dermatology secondary care in Florianópolis (2016-2017). **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 95, n. 4, p. 428-438, 2020.

FESTA, C.; CUCÉ, L. C.; REIS, V. M. S. **Livro Manual de Dermatologia**. 4. ed. rev. atual. São Paulo: Editora Manole, 2015.

FIALHO, I.; CID, M.; COPPI, M. Vantagens e dificuldades na utilização de plataformas e tecnologias digitais por professores e alunos. **Revista Brasileira de Educação**, v. 28, 2023.

FITZPATRICK, T. B.; WOLFF, K. **Tratado de Dermatologia**. São Paulo: Revinter, 2005.

FLATEN, H. K.; ST CLAIRE, C.; SCHLAGER, E.; DUNNICK, C. A.; DELLAVALLE, R. P. Growth of mobile applications in dermatology-2017 update. **Dermatology Online Journal**, v. 24, n. 2, 2018.

FLEURY, S. **Saúde e democracia: a luta do SUS**. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2000.

FLOHR, C.; HAY, R. J. B. J. o D. Putting the burden of skin diseases on the global map. **British Journal of Dermatology**, v. 184, n. 2, p. 189-190, 2021.

FREEMAN, S.; EDDY, S. L.; MCDONOUGH, M.; SMITH, M. K.; OKOROAFOR, N.; JORDT, H.; WENDEROTH, M. P. Active learning increases student performance in science, engineering, and mathematics. **Proceedings of the National Academy of Sciences**, v. 111, n. 23, p. 8410-8415, 2014.

FREIRE, G. G.; GUERRINI, D.; DUTRA, A. O Mestrado Profissional em Ensino e os Produtos Educacionais: a pesquisa na formação docente. **Porto das Letras**, v. 2, n. 1, p. 100-114, 2016.

GADELHA, M. M. T.; ANDRADE, M. E.; SILVA, J. M. A.; BEZERRA, I. C. B.; CARMO, A. P.; FERNANDES, M. C. The utilization of educational technologies: huge gap between the real and the ideal training processes in nursing education/Utilização das tecnologias educativas: distância oceânica entre o processo formativo real e o ideal na enfermagem. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 12, p. 909-914, 2020.

GANDRA, E. C.; SALES, F. A. A. S.; PINHEIRO, J. O. R. A.; TREVISIO, P.; SCHREK, R. S. C.; LEAL, S. M. C. Guia. *In*: TEIXEIRA, E. **Materiais Didáticos para Mediar Processos Educacionais em Saúde**: produção e tipologias. São Paulo: Moriá Editora, 2022. p. 105-123.

GARCIA, C. A. S.; MOREIRA, V. C.; CECCON, R. F. Desafios pedagógicos na formação médica: experiências de um curso recentemente implementado no sul do Brasil. **Educação e Pesquisa**, v. 51, e283209, 2025.

GARNELO, L.; LIMA, J. G.; ROCHA, E. S. C.; HERKRATH, F. J. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 81-99, 2018.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Sistemas de saúde comparados: desafios para o SUS no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 2, n. 2, p. 419-437, 1995.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. D. V. C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A. I. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

GISONDI, P.; BELLINATO, F.; TARGHER, G.; IDOLAZZI, L.; GIROLOMONI, G. Biological disease-modifying antirheumatic drugs may mitigate the risk of psoriatic arthritis in patients with chronic plaque psoriasis. **Annals of the Rheumatic Diseases**, v. 81, n. 1, p. 68-73, 2022.

GLINES, K. R.; HAIDARI, W.; RAMANI, L.; AKKURT, Z. M.; FELDMAN, S. R. Digital future of dermatology. **Dermatology Online Journal**, v. 26, n. 10, 2020.

GODINHO, G. K. M. D. O.; RIBEIRO, R.; RIBEIRO, M. M.; CASAGRANDE, M. H.; MELO, M.; SILVA, M. G. D. S.; SOUSA, N. L. B. Diagnóstico de Distúrbios de Pele. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 7, n. 2, p. 119-137, 2025.

GOMES, T. M.; MOURA, A. T. M. S.; AGUIAR, A. C. Dermatologia na atenção primária: um desafio para a formação e prática médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, p. 125-128, 2012.

GONZAGA, C. B.; FERREIRA, G. N. Redes de Atenção à Saúde: Um Caminho na Garantia da Integralidade da Atenção no SUS. **Revista Internacional de Debates da Administração & PúblicaRIDAP**, v. 2, n. 1, p. 12-26, 2017. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/RIDAP/article/view/1270>. Acesso em: 20 maio 2025.

GRDEN, C. R. B.; IVASTCHESCHEN, T.; CABRAL, L. P. A.; RECHE, P. M.; BORDIN, D. Prevalência e fatores associados às lesões elementares em idosos internados. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 20, e40384, 2019.

GUAZINA, V. V. M.; RAMOS, M. P. Telemedicina no município de Canoas e a fila de espera da atenção especializada em cardiologia. **Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde**, Santa Cruz do Sul, v. 8, n. 1, p. [65]-73, 2025.

HERMIDA, P. M. V.; NASCIMENTO, E. R. P. D.; ECHEVARRÍA-GUANILO, M. E.; ANDRADE, S. R. D.; ORTIGA, Â. M. B. Counter-referral in Emergency Care Units: discourse of the collective speech. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, supl. 1, p. 143-150, 2019.

HERNÁNDEZ-NIETO, R. A. **Contributions to Statistical Analysis**. Mérida: Universidad de Los Andes, 2002.

HU, E.; CHUCHVARA, N.; ALAMGIR, M.; RAO, B. Mobile apps for professional dermatology education: an objective review. **Cutis**, v. 106, n. 6, p. 321-325, 2020.

INÊZ, N. P.; BARBOSA, L. M. D. M. C.; CAMASMIE, P. M.; ALVES, A. F. M.O.; CAIXETA, D. E. S.; SANTOS, Á. S. Referência e Contrarreferência: Desafios para a Integralidade do Cuidado. **Revista Mosaico**, v. 16, n. 1, p. 163-176, 2025.

IZWCKSOHN, M. M. V.; TEIXEIRA, J. E.; STELET, B. P.; JANTSCH, A. G. Preceptoria em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 737-746, 2017.

JAEGER, T. N. G. **Assistência remota por tele dermatologia a Unidades Básicas de Saúde: um projeto piloto**. 2025. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2025.

JARVIS, N. R.; JARVIS, T.; MORRIS, B. E.; VERHEY, E. M.; REBECCA, A. M.; HOWARD, M. A.; TEVEN, C. M. A scoping review of mobile apps in plastic surgery: patient care, trainee education, and professional development. **Plastic and Reconstructive Surgery–Global Open**, v. 11, n. 4, e4943, 2019.

KLOHN, S. C.; FENSTERSEIFER, T. A. Contribuições do design editorial para a alfabetização infantil. **InfoDesign: Revista Brasileira de Design da Informação**, v. 9, n. 1, p. 45-51, 2012.

KONRAD L. M., RIBEIRO C. G., TOMICKI C., BENEDETTI T.R. B. Validação de tecnologia educacional para implementar um programa comunitário na saúde pública. **Rev Bras Ativ Fís Saúde**. v. 25, e0155, 2020. DOI: 10.12820/rbafs.25e0155

JUNQUEIRA, L. C.; CARNEIRO, J. **Histologia básica: texto e atlas**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

LATINI, R. M.; OLIVEIRA, L. R.; ANJOS, M. B.; BRITTO, R. H. Análise dos produtos de um mestrado profissional da área de Ensino de Ciências e Matemática. **Ensino, Saúde e Ambiente**, v. 4, n. 2, 2011.

LEITE, P. S. C. Produtos Educacionais em Mestrados Profissionais na Área de Ensino: uma proposta de avaliação coletiva de materiais educativos. **CIAIQ2018**, v. 1, p. 330-339, 2018.

LEITE, S. D. S.; ÁFIO, A. C. E.; CARVALHO, L. V. D.; SILVA, J. M. D.; ALMEIDA, P. C. D.; PAGLIUCA, L. M. F. Construção e validação de Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 1635-1641, 2018.

LIM, H. W.; COLLINS, S. A. B.; RESNECK, J. S.; BOLOGNIA, J. L.; HODGE, J. A.; ROHRER, T. A. The burden of skin disease in the United States. **J Am Acad Dermatol**, v. 76, p. 958–972, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2016.12.043>. Acesso em: 7 set. 2025.

LIU, R. F.; WANG, F. Y.; YEN, H.; SUN, P. L.; YANG, C. H. A new mobile learning module using smartphone wallpapers in identification of medical fungi for medical students and residents. **International Journal of Dermatology**, v. 57, n. 4, p. 458-462, 2018.

LOCATELLI, A.; ROSA, C. T. W. Produtos educacionais: características da atuação docente retratada na I Mostra Gaúcha. **Revista Polyphonia**, v. 26, n. 1, p. 197-210, 2015.

LÜDERT, T.; NAST, A.; ZIELKE, H.; STERRY, W.; RZANY, B. E-learning in the dermatological education at the Charité: evaluation of the last three years. **JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft**, v. 6, n. 6, p. 467-472, 2008.

MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; NOGUEIRA, C. O. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. 521-532, 2011.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 18-37, 2018.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface**, n. 14, v. 34, p. 593-605, 2010.  
MARINI, J. M.; RONCHETTI, R.; ROMERO, S. S. Redes de atenção à saúde: a importância da referência e contrarreferência para a atuação integral na medicina. **Revista Perspectiva**, v. 48, n. 7, p. 49-62, 2024.

MARTINELLI, N. L.; SCATENA, J. H. G.; CASTRO, M. D. L.; SOARES, N. R. F.; CHARBEL, S. C.; SOUZA, N. F. D. S.; SOUZA, D. P. O. D. Análise da estruturação da Rede de Atenção à Saúde no estado de Mato Grosso, Brasil, no contexto da Regionalização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, p. 585-598, 2023.

MARTINS, R. X. A Covid-19 e o fim da educação a distância: Um Ensaio. **EmRede**, v. 7, n. 1, p. 242–256, 2020.

MASUD, A.; SHAFI, S.; RAO, B. K. Mobile medical apps for patient education: a graded review of available dermatology apps. **Cutis**, v. 101, n. 2, p. 141-144, 2018.

MELO, D. F. M. F.; CRISCUOLO, M. B. R. C. R.; VIEGAS, S. M. F. Referência e contrarreferência no cotidiano da atenção à saúde de Divinópolis-MG, Brasil: o suporte às decisões da atenção primária/Reference and counter-reference in everyday health care in Minas Gerais, Brazil: the support to decisions of primary care. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 4, p. 4986-4995, 2016.

MENDES, Á.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe. 1, p. 224-243, set. 2018.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES, E. V. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015.

MENEGON, G. G.; MENEGON, G. G.; CARVALHO, L. C. Prevalência de Dermatoses em Atendimento Médico em uma Estratégia de Saúde da Família de uma cidade do Sul do Brasil. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 5, n. 5, p. 5213-5232, 2023.

MERHY, E. E. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2007.

MESKO, B. **The guide to the future of Medicine: Technology and the Human Touch**. Budapeste: Websina Kft, 2017.

MESKO, B.; RADO, N. The technological future of medical specialties. **TMF**, p. 6, 2019.

MICHAEL, J. Where's the evidence that active learning works? **Advances in Physiology Education**, 2006.

MICHELETTI, R. G.; JAMES, W. D.; ELSTON, D. M.; MCMAHON, P. J. **Andrews' Diseases of the Skin Clinical Atlas, E-Book**. Amsterdã: Elsevier Health Sciences, 2021.

MIOT, H. A.; PENNA, G. O.; RAMOS, A. M. C.; PENNA, M. L. F.; SCHMIDT, S. M.; LUZ, F. B.; JÚNIOR, J. A. S. Profile of dermatological consultations in Brazil (2018). **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 93, n. 6, p. 916-928, 2018.

MOSAM, A.; TODD, G. Dermatology Training in Africa: Successes and Challenges. **Dermatologic Clinics**, v. 39, n. 1, p. 57-71, 2021.

MOURA, H. S. D. **Desigualdades entre populações vulnerabilizadas durante a pandemia da COVID-19 no Brasil**. 2024. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2024.

MREJEN, M.; ROCHA, R.; MILLETT, C.; HONE, T. The quality of alternative models of primary health care and morbidity and mortality in Brazil: a national longitudinal analysis. **The Lancet Regional Health–Americas**, v. 4, 2021.

NALOM, D. M. F.; GHEZZI, J. F. S. A.; HIGA, E. F. R.; BIFFE, C. R. F.; MARIN, M. J. S. Ensino em saúde: aprendizagem a partir da prática profissional. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, p. 1699-1708, 2019.

NESPOLI, G. Os domínios da Tecnologia Educacional no campo da Saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, p. 873-884, 2013.

NICE. National Institute for Health and Care Excellence. **What we do**. [20--]. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do>. Acesso em: 10 set. 2025.

NIEZER, T. M.; FABRI, F.; FRASSON, A. C.; PILATTI, L. A. Caracterização dos produtos desenvolvidos por um programa de mestrado profissional da área de Ensino de Ciências e Tecnologia. **Revista Brasileira de Ensino de Ciência e Tecnologia**, v. 8, n. 3, 2015.

OLIVEIRA, A. C. **Frequência de depressão e ansiedade, percepção em relação à doença, e impacto na qualidade de vida de pacientes com doenças dermatológicas**. 2021. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021.

OLIVEIRA, A. S. Sistema Único de Saúde (SUS): Caminhos, Desafios e Perspectivas em Perspectiva Comparada. **Humanidades e Tecnologia (FINOM)**, v. 30, n. 1, p. 354-374, 2024a.

OLIVEIRA, B. A. **Fatores relacionados ao desenvolvimento de lesão por pressão em um hospital universitário: estudo de prevalência**. 2024. Tese (Doutorado) – Universidade de Campinas, Campinas, 2024b.

OLIVEIRA, C. C. R. B.; SILVA, E. A. L.; SOUZA, M. K. B. Referência e contrarreferência para a integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, p. e310105, 2021.

OLIVEIRA, T. F.; MONTEGUTI, C.; VELHO, P. E. N. F. Prevalência de problemas dermatológicos durante uma clínica assistencial no interior do Brasil. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 85, p. 947-949, 2010.

OLIVEIRA, J. R. S.; QUEIROZ, S. L. Construção participativa do material didático "Comunicação e linguagem científica: guia para estudantes de Química". **Revista Electrónica de Enseñanza de las Ciencias**, v. 6, n. 3, p. 673-690, 2007.

OPAS. Organización Panamericana de la salud. Oficina Regional de La Organización Mundial de la Salud. **Educación Contínua**: Guia para La organización de programas de Educación Contínua para el personal de salud. Washington: OPAS, 1978.

PACI, K.; MILES, J. A.; SAYED, C. J. Implementation of an outcomes-based curriculum for dermatology clerkships and initial positive perceptions from faculty and students. **J Am Acad Dermatol**, v. 79, n. 3, p. 569-571, 2018.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PAIM, J. S. Sistemas universais de saúde e reformas neoliberais: o caso do SUS. **Saúde em Debate**, v. 33, n. 81, p. 161–176, 2009.

PAIM, J. S. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

PAIM, J. S. Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 12, p. 4723-4735, 2020.

PAIM, L. M. D.; NIETSCHE, E. A.; LIMA, M. G. R. História da tecnologia e sua evolução na assistência e no contexto do cuidado de enfermagem. In: NIETSCHE, E. A.; TEIXEIRA, E.; MEDEIROS, H. P. (Org.). **Tecnologias cuidadoso-educacionais: uma possibilidade para o empoderamento do/a enfermeiro/a**. Porto Alegre: Moriá, 2014. p. 17-36.

PANTOJA, J. C. Dermatologia na Atenção Primária no Brasil: O processo de formação dos médicos generalistas. **Research, Society and Development**, v. 13, n. 2, p. e10713244852-e10713244852, 2024.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Rev. Psiq. Clin.** v. 25, n. 5, ed. esp., p. 206-213, 1998.

PASQUALI, L. (Org.). **Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

PENNA, G.; RAMOS, A.; CAFÉ, M. E.; PENNA, M. L.; CAMPOS, M. R.; MARTELLI, C. M. T. Nosologic profile of dermatologic visits in Brazil. **An. Bras. Dermatol.**, v. 81, p. 549-558, 2006.

PEREIRA, J. S.; MACHADO, W. C. A. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des) articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 03, p. 1033-1051, 2016.

PÉREZ, M. F. Elementos básicos para la orientación de contenidos en la Educación Médica Superior. **Edumecentro**, v. 4, n. 1, p. 18-24, 2012.

PETRAUSKI, L. C.; NOBRE, L. F. M.; SANTOS, A. Análise da Qualidade dos Encaminhamentos da Atenção Primária à Serviços de Dermatologia do Oeste do Paraná. **ARACÊ**, v. 7, n. 2, p. 7488-7497, 2025.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. **Research in Nursing & Health**, v. 29, n. 5, p. 489-497, 2006.

PRADOS-CARMONA, A.; FUENTES-JIMENEZ, F.; REYES, R. R.; GARCÍA-RIOS, A.; RIOJA-BRAVO, J.; HERRUZO-GOMEZ, E.; DELGADO-LISTA, J. A pilot study on the feasibility of developing and implementing a mobile app for the acquisition of clinical knowledge and competencies by medical students transitioning from preclinical to clinical years. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 5, p. 2777, 2022.

RANGEL, F. S.; DELCARRO, J. C. S.; OLIVEIRA, L. G. **Como se faz? Guia didático**. Vitória: Instituto Federal do Espírito Santo (IFES); Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências e Matemática (EDUCIMAT), 2019. Disponível em: [https://issuu.com/jessicadelcarro2/docs/livreto\\_guia\\_didatico](https://issuu.com/jessicadelcarro2/docs/livreto_guia_didatico). Acesso em: 10 set. 2025.

REBOLHO, R. C.; POLI, P.; PEDEBÔS, L. A.; GARCIA, L. P.; VIDOR, A. C. Médicos de família encaminham menos? Impacto da formação em MFC no percentual de encaminhamentos da Atenção Primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 4, p. 1265-1274, 2021.

RIVITTI, E. A. **Semiologia da pele**. Barueri, SP: Manole, 2016. (Clínica Médica, v. 7).

ROCHA, V. B.; PEREIRA, C. C. D. A.; CONTIN, L. A.; MACHADO, C. J. Taxas de letalidade e hospitalizações por doenças dermatológicas no Brasil no contexto da pandemia de COVID-19. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 96, n. 3, p. 365-366, 2021.

SALES, O. P.; VIEIRA, A. F. B.; MARTINS, A. M.; GARCIA, L. G.; FERREIRA, R. K. A. O Sistema Único de Saúde: desafios, avanços e debates em 30 anos de história. **Humanidades & Inovação**, v. 6, n. 17, p. 54-65, 2019.

SALLOUM, S. A.; ALHAMAD, A. Q. M.; AL-EMRAN, M.; MONEM, A. A.; SHAALAN, K. Exploring students' acceptance of e-learning through the development of a comprehensive technology acceptance model. **IEEE access**, v. 7, p. 128445-128462, 2019.

SALVADOR, P. T. C. D. O.; RODRIGUES, C. C. F. M.; FERREIRA, M. A.; FERNANDES, M. I. D.; MARTINS, J. C. A.; SANTOS, V. E. P. Construction of hypermedia to support the systematization of the nursing care education. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, p. e20180035, 2019.

SAMPAIO, S. A. P.; RIVITTI, E. A. **Dermatologia**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 2001.

SANCHES, R. **Diagramação como mensagem**: o poder comunicacional do projeto gráfico de veículos impressos na cobertura das olimpíadas de Pequim. 2008. Trabalho de Conclusão de Curso (Comunicação Social) – Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2008.

SANTANA, L. N.; RODRIGUES, B. T. J.; SANTOS JUNIOR, J. E. S. Design Gráfico e Livros Didáticos: Percepção de alunos do ensino fundamental acerca de sua importância e deficiências. *In*: FÓRUM PERMANENTE INTERNACIONAL DE INOVAÇÃO EDUCACIONAL ARACAJU/SERGIPE/BRASIL, 11., 2017.

SANTOS, A. D.; ANDRADE, M. D. G. G.; ZEFERINO, A. B.; ALEGRE, S. M.; MORAES, A. M. D.; VELHO, P. E. N. F. Prevalência de dermatoses na rede básica de saúde de Campinas, São Paulo-Brasil. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 82, p. 419-424, 2007.

- SANTOS, A. M. **Redes regionalizadas de atenção à saúde: desafios à integração assistencial e à coordenação do cuidado** [online]. Salvador: EDUFBA, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788523220266>. Acesso em: 4 fev. 2025.
- SANTOS, G. L. Funções dos materiais didáticos para situações de educação a distância, mediadas por tecnologias digitais de informação, comunicação e expressão. **Anais CIET**, Horizonte, 2016.
- SANTOS, W. P. Material didático e ensino-aprendizagem de línguas. **Revista Desempenho**, v. 1, n. 26, 2016.
- SANTOS, R. C.; BISPO, L. D. G.; FERREIRA, L. L. L.; SOUZA, J. L. S.; JESUS, L. S.; TEIXEIRA, V. S.; HERNANDES, R. S.; SILVA, R. A. S. Referência e contrarreferência no Sistema Único de Saúde: desafios para a integralidade. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 19 n. 69, p. 51-65, 2021.
- SANTOS, F. B.; SILVA, S. L. B. Gênero, raça e classe no Brasil: os efeitos do racismo estrutural e institucional na vida da população negra durante a pandemia da covid-19. **Revista Direito e Práxis**, v. 13, p. 1847-1873, 2022.
- SANTOS, A. M. D.; LOPES, R. H.; ALVES, K. Y. A.; VERÍSSIMO, L.; SALVADOR, P. T. C. Análise do Conceito "Tecnologia Educacional" na Área da Saúde. **EaD em Foco**, v. 12, n. 2, p. e1675-e1675, 2022.
- SANTOS, E. M.; ESTEVES, A. P. V. S. O uso de tecnologias leve, leve-dura e dura no diagnóstico de Neuropatia Diabética. **Brazilian Journal of Development**, v. 9, n. 5, p. 17225-17232, 2023.
- SANTOS, A. N. S.; LOPATIUK, C.; DANTAS, T. M.; SOUSA, A. J. Z.; SOUZA, A. F.; SOUZA, P. H.; GOMES, C. T. B. Políticas de Saúde e Desigualdade–Determinantes sociais e barreiras no acesso aos serviços do sistema único de saúde (SUS). **ARACÊ**, v. 7, n. 4, p. 17006-17039, 2025a.
- SANTOS, A. A.; WANDERLEY, F. A. C.; MORAIS, E. P. G.; PERES, A. L.; WARREN, E. M. C.; MEDEIROS, I. C. F.; BOMFIM, A. M. A. Validação de produtos educacionais-relato de experiência. **Caderno Pedagógico**, v. 22, n. 1, p. e13303-e13303, 2025b.
- SARAIVA, C. O. P. O.; ANDRADE, F. B.; CHIAVONE, F. B. T.; BARBOSA, M. L.; MEDEIROS, S. G.; SOUZA, N. L.; MARTINS, Q. C. S.; SANTOS, V. E. P. Avaliação da segurança do paciente neonatal: construção e validação de protocolo e checklist. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, p. eAPE0085345, 2022.
- SBD. Sociedade Brasileira de Dermatologia. **O que é Dermatologia**. [20--]. Disponível em: <https://www.sbd.org.br/o-que-e-dermatologia/>. Acesso em: 1 mar. 2025.
- SBD. Sociedade Brasileira de Dermatologia. Nosologic profile of dermatologic visits in Brazil. **As Bras Dermatol**, v. 81, n. 6, p. 549-558, 2006.

SBD. Sociedade Brasileira de Dermatologia. **Envelhecimento**. 25 jul. 2021. Disponível em: <https://www.sdb.org.br/cuidados/conheca-a-pele/>. Acesso em: 1 mar. 2025.

SBD. Sociedade Brasileira de Dermatologia. **Novos Dados Epidemiológicos: SBD divulga Inquérito dermatológico nacional**. 2024. Disponível em: [https://d1xe7tfg0uwul9.cloudfront.net/sbd-portal-2024/wp-content/uploads/2025/04/30093152/Novos-Dados-Epidemiolo%CC%81gicos-SBD-divulga-Inque%CC%81rito-dermatolo%CC%81gico-nacional\\_-2.pdf](https://d1xe7tfg0uwul9.cloudfront.net/sbd-portal-2024/wp-content/uploads/2025/04/30093152/Novos-Dados-Epidemiolo%CC%81gicos-SBD-divulga-Inque%CC%81rito-dermatolo%CC%81gico-nacional_-2.pdf). Acesso em: 4 set. 2025.

SCHEPER-HUGHES, N. **Death without weeping: the violence of everyday life in Brazil**. Berkeley: University of California Press, 1993.

SCHERER, M. S. A.; OLIVEIRA, N. A.; PIRES, D. E. P.; TRINDADE, L. L.; GONÇALVES, A. S. R.; VIEIRA, M. Aumento das cargas de trabalho em técnicos de enfermagem na atenção primária à saúde no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, n. 1, 2016.

SCHRAIBER, L. B.; FIGUEIREDO, W. S.; GOMES, R.; COUTO, M. T.; PINHEIRO, T. F.; MACHIN, R.; SILVA, G. S. N.; VALENÇA, O. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 5, p. 961-970, 2010.

SILVA, M. F.; CONCEIÇÃO, F. A.; LEITE, M. M. J. Educação continuada: um levantamento de necessidades da equipe de enfermagem. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v. 34, n. 1, 2009.

SILVA, H. P.; ELIAS, F. T. S. Incorporação de tecnologias nos sistemas de saúde do Canadá e do Brasil: perspectivas para avanços nos processos de avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00071518, 2019.

SILVA, C. S. **Eficácia da utilização de uma plataforma de educação a distância associada a um livro eletrônico (e-book) no ensino da dermatologia voltado a estudantes de graduação em medicina**. 2020. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020.

SILVA, D. S. M. D.; SÉ, E. V. G.; LIMA, V. V.; BORIM, F. S. A.; OLIVEIRA, M. S. D.; PADILHA, R. D. Q. Metodologias ativas e tecnologias digitais na educação médica: novos desafios em tempos de pandemia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 46, n. 2, p. e058, 2022.

SILVA, E. G.; CARNEIRO, F. R. O.; CAVALCANTE, G. H. S.; COSTA, A. C.; FIGUEIRA, S. A.; FREITAS, J. J.; PEREIRA, L. D. J. M. Fragilidades dos graduandos de medicina e médicos da atenção primária na condução de afecções dermatológicas. **Peer Review**, v. 5, n. 12, p. 50-69, 2023.

SILVA, L. H. L.; OLIVEIRA, K. C. P. N., PORCIÚNCULA, M. D. N. G.; CARDOSO, D. S. A.; COSTA, L. D. M. C.; ROZENDO, C. A.; FORTUNA, C. M. Barreiras de acesso à saúde na atenção primária: entre o enfrentamento e a superação. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 7, n. 14, e141043-e141043, 2024.

SINGH, D. G.; BOUVILLE, N.; CORDEROY, R.; RALSTON, S.; TAIT, C. P. Impact on the dermatology educational experience of medical students with the introduction of online teaching support modules to help address the reduction in clinical teaching. **Australasian Journal of Dermatology**, v. 52, n. 4, p. 264-269, 2011.

SCHMIDT, S. M.; MIOT, H. A.; LUZ, F. B.; SOUSA, M. A. J.; PALMA, S. L. L.; SANCHES, J. A. Demographics and spatial distribution of the Brazilian dermatologists. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 93, n. 1, p. 99-103, 2018.

STIRLING, A.; BIRT, J. An enriched multimedia eBook application to facilitate learning of anatomy. **Anat Sci Educ**, v. 7, n. 1, p. 19-27, 2014.

SOARES, T. G. P. C.; MEDEIROS, M. S.; SOARES, R. P.; SOLON, F. R. N.; ALVES, S. R.; SANTOS, M. L. P.; LOPES, T. M. Construção de uma plataforma digital móvel de ensino em dermatologia para acadêmicos de medicina e médicos atuantes na Atenção Primária em Saúde. **Cuadernos de Educación y Desarrollo**, v. 17, n. 6, e8656-e8656, 2025.

SOUZA, C. S. **Educação Pós-operatória**: construção e validação de uma tecnologia educativa para pacientes submetidos à cirurgia ortognática. 2011. Dissertação (Mestrado) – Programa de Mestrado em Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

SOUZA, C. S.; TURRINI, R. N. T.; POVEDA, V. B. Tradução e adaptação do instrumento “suitability assessment of materials” (SAM) para o português. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 9, n. 5, p. 7854-7861, 2015.

SOUZA, A. C. C.; MOREIRA, T. M. M.; BORGES, J. W. P. Development of an appearance validity instrument for educational technology in health. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. supl. 6, p. e20190559, 2020.

STARFIELD B. **Atenção primária**: o equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

TESSER, C. D.; POLI, P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 941-951, 2017.

TRAVASSOS C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização dos serviços de saúde. *In*: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 183-206.

TROMBETTA, L.; VALERGA, M. La guía de estudio, un recurso didáctico en la enseñanza médica de la asignatura enfermedades infecciosas. **Rev. Asoc. Méd. Argent**, p. 34-37, 2020.

VALSECHI, D. F.; MARQUES, M. C. C. Equidade em saúde para a população em situação de rua: uma revisão crítica. **Saúde em Debate**, v. 47, n. 139, p. 957-977, 2023.

VAN GESSEL, E.; PICCHIOTTINO, P.; DOURERADJAM, R.; NENDAZ, M.; MÈCHE, P. Interprofessional training: Start with the youngest! A program for undergraduate

healthcare students in Geneva, Switzerland. **Medical Teacher**, v. 40, n. 6, p. 595-599, 2018.

VIOL, G. A. M.; MIRANDA, M. C. D.; SILVA, M. C. **Dermatologia Clínica: Princípios e Práticas na Medicina Cutânea**. Iguatu, CE: Quipá Editora, 2024. Disponível em: <https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/747880/4/DERMATOLOGIA%20CLINICA.pdf>. Acesso em: 17 set. 2024.

VITORINO, S. M. A.; CUNHA, V. Aplicação de Ferramentas da Qualidade em Serviços de Saúde: um Estudo Exploratório no Hospital de Clínicas da Universidade de Uberlândia. **Revista GeTeC**, v. 9, n. 23, 2020.

WALLER, B. A. M.; LIU, A.; FLEMING, P.; LANSANG, P. Undergraduate Dermatology Medical Education: results of a large-scale patient viewing program. **J Cutan Med Surg**, v. 23, n. 5, p. 482-487, 2019.

WILKINSON, R.; MARMOT, M. **Social determinants of health: the solid facts**. 2. ed. Copenhagen: World Health Organization, 2003.

WOLF, K.; JOHNSON, R. A.; SAAVEDRA, A. P.; ROH, E. K. **Dermatologia de Fitzpatrick: atlas e texto**. 6. ed. Porto Alegre: AMGH, 2011.

WHO. World Health Organization. **Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action**. Geneva: World Health Organization, 2007.

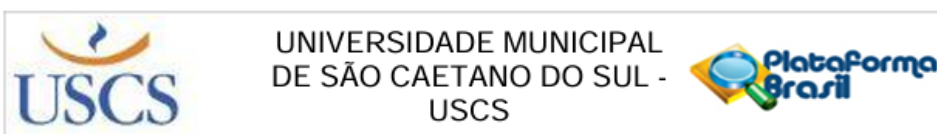
WHO. World Health Organization. **Skin Diseases as a Global Public Health Priority - 77th World Health Assembly Side Event, May 29th 2024**. 19 jun. 2024. Disponível em: <https://www.knowledge-action-portal.com/en/content/skin-diseases-global-public-health-priority-77th-world-health-assembly-side-event-may-29th>. Acesso em: 20 set. 2025.

WHO. World Health Organization. **Skin diseases as a global public health priority**. 2025. Disponível em: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA78/A78\\_R15-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA78/A78_R15-en.pdf). Acesso em: 20 set. 2025.

YAKUPU, A.; AIMAIER, R.; YUAN, B.; CHEN, B.; CHENG, J.; ZHAO, Y.; LU, S. The burden of skin and subcutaneous diseases: findings from the global burden of disease study 2019. **Frontiers in Public Health**, v. 11, 1145513, 2023.

YARAK, S.; RUIZ, E. E. S.; PISA, I. T. A tele dermatologia na prática médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 41, n. 2, p. 346-355, 2017.

## ANEXO A - Parecer do CEP



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** GUIA PRÁTICO SOBRE LESÕES DERMATOLÓGICAS ELEMENTARES: ESTUDO DE VALIDAÇÃO

**Pesquisador:** DOMINGOS JORDAO NETO

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 85353424.6.0000.5510

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SAO CAETANO DO SUL

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 7.281.905

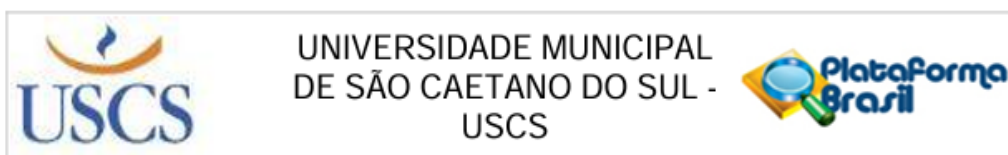
**Apresentação do Projeto:**

As informações elencadas nos campos *Apresentação do projeto*, *Objetivo da pesquisa* e *Avaliação dos riscos e benefícios* foram retiradas do arquivo *Informações Básicas da Pesquisa (PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1911899.pdf)* de 07/12/2024 e/ou Projeto Detalhado (*projetodomingos.docx*) de 07/12/2024.

**Introdução:**

No ano de 1988, a Constituição Federal oficializou a saúde como sendo um direito de todos e dever do Estado, por meio dos artigos 194 a 200, as quais foram defendidas a assistência médico-sanitária de forma integral e em caráter universal, com acesso igualitário da população aos serviços, sendo hierarquizados e a gestão descentralizada (Brasil, 1988). Em 1990, com a lei 8.080/90, determinou-se sobre as condições de proteção, promoção e recuperação da saúde, funcionamento e organização dos serviços de saúde. A mesma instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 1990). O SUS tem como princípios doutrinários a equidade, universalidade, integralidade, e organizativos, a hierarquização, regionalização, comando único, descentralização e participação popular (Gonzaga; Ferreira, 2017, Brasil, S/D). Como citado pelos autores Duarte, Eble e Garcia (2018), o mesmo é considerado como um dos maiores programas de saúde pública do mundo, onde são atendidas, diariamente, cerca de 200 milhões de pessoas, em seus diversos tipos de atenção à saúde, o que equivale a 80% da

**Endereço:** Rua Santo Antonio, 50, 2º andar.  
**Bairro:** Centro **CEP:** 09.521-160  
**UF:** SP **Município:** SAO CAETANO DO SUL  
**Telefone:** (11)4239-3282 **Fax:** (11)4221-9888 **E-mail:** cep@online.uscs.edu.br

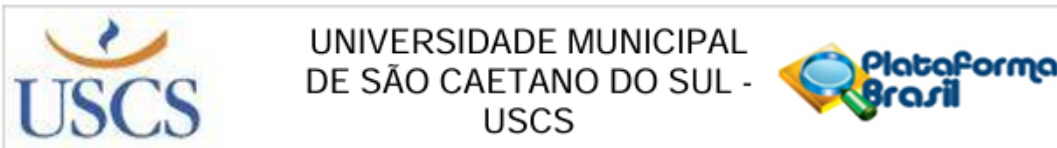


Continuação do Parecer: 7.281.905

população do Brasil. Os principais serviços oferecidos pelo SUS são a assistência à comunidade de forma coletiva e individual, por meio da Rede de Atenção à Saúde (RAS), atuando na proteção, promoção e recuperação da saúde em todos os níveis (Sales et al., 2019). A assistência à saúde e seus níveis de atenção foram determinadas pela Portaria 4.279 de dezembro de 2010, em que foram estabelecidas as diretrizes da organização da RAS no SUS, sendo composta pela atenção primária, atenção especializada e atenção terciária (Brasil, 2022). O SUS, em seus mais de 30 anos de existência, tem se deparado com diversos desafios como questões financeiras, condições de equipamentos, insuficiência dos recursos humanos para o atendimento dos usuários, infraestrutura, entre outros (Mendes; Carnut, Guerra, 2018). Outro debate está relacionado à organização e aprimoramento e sobre o modelo de atenção das RAS, cujo componente operacional é a Atenção Primária à Saúde (APS), conhecida como a porta de entrada do SUS, que ordena a forma do cuidado do usuário, e por possuir essa característica, necessita ser voltada não somente para atendimentos de episódios agudos de doenças, e sim, para o cuidado contínuo de agravos e condições dos usuários (Mendes, 2011). A especialidade médica de dermatologia, que está localizada na atenção secundária, realiza diagnósticos e tratamentos de doenças que acometem a pele. Envolvendo, também, doenças de anexos cutâneos como unhas e cabelos, assim como de mucosas genitais e orais (Bernardes et al., 2015; Viol; Miranda; Silva, 2024). Diferentes doenças estão relacionadas a alterações da pele como doenças eczematosas, infecciosas, bolhosas, endócrinas, reumatológicas, metabólicas, tumores malignos e benignos, distúrbios pigmentares e sistêmicos (Wolf et al., 2011, Viol; Miranda; Silva, 2024). Há uma tendência na desvalorização de problemas dermatológicos nas políticas de atenção à saúde, devido à baixa taxa de letalidade das doenças e à subestimação da morbidade causada (Ferreira; Godoi; Perugini, 2020, Brandão; Lima; Leidez, 2020).

Diversos estudos vêm mostrando que as doenças de pele possuem um significativo impacto na qualidade de vida dos pacientes, estando eles mais propensos a apresentar depressão. Além de serem fatores estressantes, independentemente das lesões estarem ou não expostas (Oliveira, 2021). As dermatoses são problemas comuns e refletem em problemas primários na pele ou em doenças sistêmicas. Segundo dados da Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD), as doenças de pele estão entre as três principais causas de procura por atendimento no Brasil (Brandão; Lima; Leidez, 2020). Os usuários do SUS com doenças de pele são frequentemente atendidos pelos profissionais da APS, porém os diagnósticos apresentam baixa concordância quando comparados aos dos dermatologistas (Bernardes et al., 2015, Barszcz et

**Endereço:** Rua Santo Antonio, 50, 2º andar.  
**Bairro:** Centro **CEP:** 09.521-160  
**UF:** SP **Município:** SAO CAETANO DO SUL  
**Telefone:** (11)4239-3282 **Fax:** (11)4221-9888 **E-mail:** cep@online.uscs.edu.br



Continuação do Parecer: 7.281.905

al.,2023). É observado que há uma baixa resolutividade nas queixas dermatológicas, nos atendimentos dos profissionais da Atenção Básica. Com isso, os atendimentos são passados para a Atenção especializada, e o tempo de espera entre o encaminhamento do usuário e consulta com o especialista pode ser longo. Por consequência, há um aumento da demanda de pacientes e de fila de espera, assim como o aumento de custos desta assistência (Brandão; Lima, Leidenz, 2020). Diante deste cenário, são identificados vários fatores que causam essas condições, como o isolamento da disciplina de dermatologia durante o curso de medicina, a dificuldade na integração curricular, assim como, sua baixa carga horária. Inúmeros planos pedagógicos e grades curriculares da graduação médica carecem desta disciplina, tanto de forma teórica como prática, e por consequência é notada uma deficiência nos profissionais não especializados, que são desprovidos de preparo adequado para lidar com o tema (Campos et al., 2022). A falta de conhecimento tanto prático quanto teórico na dermatologia dificulta uma boa prática clínica, o que leva à sub detecção de patologias, incluindo neoplasias, e diante de um tratamento tardio, pode acontecer uma piora no prognóstico dos pacientes. É esperado que os médicos consigam reconhecer os sinais de malignidade em lesões cutâneas, doenças sistêmicas com repercussões cutâneas, e diagnosticar e manejar as condições dermatológicas mais comuns, como infecções e acne. A falta de formação e experiência pode contribuir para a confusão e/ou minimização nos diagnósticos de várias afecções da pele (Pantoja, 2024). É importante salientar que a utilização de materiais didáticos para a educação continua em saúde vem crescendo, em especial com os avanços tecnológicos, e tem desempenhado um papel fundamental no processo do ensino e auxiliando na formação médica voltada ao tratamento de patologias na pele (Pantoja, 2024).

#### Hipótese:

As dificuldades enfrentadas pelos médicos da atenção primária no atendimento a pacientes com doenças dermatológicas podem ser atribuídas a vários fatores. Primeiramente, muitos desses profissionais carecem de formação e preparo adequados no diagnóstico e tratamento de condições dermatológicas, resultando em uma incerteza significativa na avaliação clínica (Bernardes et al.,2015, Barszcz et al.,2023). Essa lacuna de conhecimento pode levar ao encaminhamento desnecessário de pacientes para a atenção especializada, o que sobrecarrega o sistema de saúde, gera longas filas de espera e retarda o tratamento adequado. Além disso, há uma escassez de materiais completos e de fácil acesso que auxiliem no diagnóstico preciso dessas doenças. A ausência da praticidade e viabilidade de

**Endereço:** Rua Santo Antonio, 50, 2º andar.

**Bairro:** Centro

**CEP:** 09.521-160

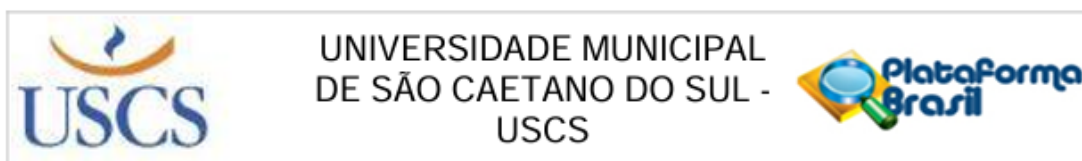
**UF:** SP

**Município:** SAO CAETANO DO SUL

**Telefone:** (11)4239-3282

**Fax:** (11)4221-9888

**E-mail:** cep@online.uscs.edu.br



Continuação do Parecer: 7.281.905

acesso a recursos clínicos, como guias práticos, imagens de alta qualidade e ferramentas de apoio à decisão, dificulta ainda mais o manejo correto dessas condições na atenção primária. Como consequência, os médicos tendem a referenciar pacientes à Dermatologia, mesmo em casos que poderiam ser tratados no nível primário, mediante o suporte necessário. Essas hipóteses apontam para a necessidade de uma maior capacitação dos médicos da atenção primária em dermatologia e do desenvolvimento de ferramentas diagnósticas mais acessíveis e abrangentes, a fim de melhorar o atendimento inicial e reduzir o número de encaminhamentos evitáveis. Deste modo, a pergunta de pesquisa do presente estudo é: quais são os elementos necessários para a elaboração de um guia prático sobre lesões elementares em dermatologia, que possa ser validado por estudantes de medicina, cujo público alvo são estudantes e médicos da atenção primária à saúde (APS)?

#### Metodologia Proposta:

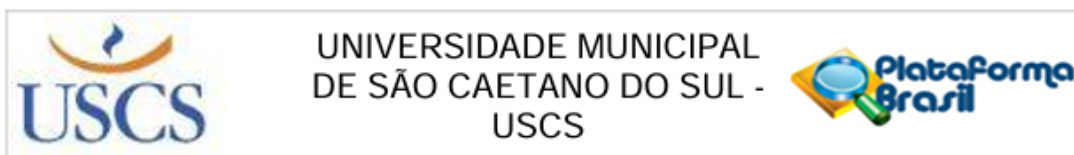
Este estudo foi proposto conforme a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos. Trata-se de estudo metodológico, de desenvolvimento e validação de produto educacional, a saber, um guia prático de lesões elementares em dermatologia, que tem como público alvo os estudantes e médicos que trabalham na APS.

A amostra será selecionada de forma intencional e por conveniência, sendo composta por 50 estudantes do Curso de Medicina da Universidade Municipal de São Caetano do Sul, matriculados no oitavo período em diante, que farão a validação do produto educacional.

A validação será realizada de modo presencial, ao longo das atividades acadêmicas dos estudantes. Os instrumentos de validação, a serem preenchidos pelos estudantes, serão adaptados de dois instrumentos já validados, sendo eles, o instrumento de domínios para validação, dos autores Pasquali (2010); Costa et al. (2018); Tavares et al. (2018) e Santos et al. (2020). O instrumento de validação de domínios é composto pelos itens: Objetivo; Organização e estrutura; Apresentação; Clareza; Adequação; Conteúdo; Compreensão; Confiabilidade; Relevância; Ilustrações e elementos gráficos; Layout; Motivação; Vocabulário e sequência instrucional dos tópicos (Rocha et al., 2023).

Também será aplicado o Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde (IVCES), que possui 3 domínios com dezoito itens, sendo eles, objetivos; estrutura e apresentação e relevância. Esse instrumento é considerado uma alternativa confiável e válida para a avaliação de conteúdos educativos da área da saúde (Rocha et al., 2023).

**Endereço:** Rua Santo Antonio, 50, 2º andar.  
**Bairro:** Centro **CEP:** 09.521-160  
**UF:** SP **Município:** SAO CAETANO DO SUL  
**Telefone:** (11)4239-3282 **Fax:** (11)4221-9888 **E-mail:** cep@online.uscs.edu.br



Continuação do Parecer: 7.281.905

Para a elaboração do produto será realizado um levantamento bibliográfico, em bases de dados nacionais e internacionais, utilizando-se as palavras

-chave *lesões elementares em dermatologia*, *dermatologia na atenção primária*, *matriciamento em dermatologia*, *ensino em dermatologia*, no período dos últimos dez anos.

Esse produto será idealizado para facilitar os diagnósticos de estudantes e médicos da APS e priorizar o encaminhamento de doenças dermatológicas mais complexas para o médico especialista da Atenção Especializada (dermatologista). Pretende-se deste modo, abreviar o tempo de espera do paciente e consequentemente diminuir o número de encaminhamentos inadequados/desnecessários aos dermatologistas da rede.

**Critério de Inclusão:**

Serão incluídos 50 estudantes do Curso de Medicina da Universidade Municipal de São Caetano do Sul, com 18 anos ou mais, matriculados no oitavo período em diante. A função dos estudantes será validar o produto educacional, garantindo clareza, aplicabilidade, relevância, objetividade e adequação aos padrões estabelecidos na área.

**Critério de Exclusão:**

Serão excluídos do estudo, estudantes menores de idade, que não responderem ao contato do pesquisador e aqueles que se recusarem a assinar o TCLE.

**Objetivo da Pesquisa:**

São objetivos primários do protocolo:

**Objetivo Primário:**

Elaborar e validar um Guia Prático sobre lesões dermatológicas elementares para estudantes de medicina e médicos que atuam na APS.

São objetivos secundários do protocolo:

- 1) Realizar levantamento bibliográfico para identificar as dermatoses mais prevalentes na APS.
- 2) Identificar, por meio da literatura, as dificuldades dos médicos não dermatologistas na condução de afecções dermatológicas na atenção primária.
- 3) Realizar levantamento bibliográfico para coletar evidências clínicas e diretrizes sobre definição, características, técnicas de diagnóstico e tratamento das lesões elementares

**Endereço:** Rua Santo Antonio, 50, 2º andar.

**Bairro:** Centro

**CEP:** 09.521-160

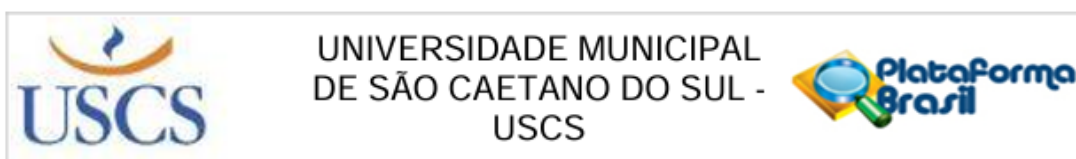
**UF:** SP

**Município:** SAO CAETANO DO SUL

**Telefone:** (11)4239-3282

**Fax:** (11)4221-9888

**E-mail:** cep@online.uscs.edu.br



Continuação do Parecer: 7.281.905

dermatológicas, a serem abordadas no presente estudo.

4) Realizar a validação de conteúdo do produto educacional por meio de estudantes de medicina.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Como se trata de um estudo de abordagem metodológica, com validação por estudantes, em que a única atividade a ser desenvolvida é a análise do produto educacional e preenchimento de questionário, o risco ao participante é mínimo, podendo estar relacionado ao desconforto de responder às perguntas do questionário ou pela sensação de perda de tempo. Caso o participante se sinta incomodado ou desconfortável, poderá desistir de participar da pesquisa ou retirar seu consentimento, a qualquer momento, sem nenhum ônus, que o prejudique.

**Benefícios:**

Como benefícios, pode-se apontar a elaboração e validação de um produto educacional que pode auxiliar estudantes e médicos da APS a melhor diagnosticar e tratar pacientes com doenças de pele, assim como, diminuir a demanda da atenção especializada em dermatologia. Deste modo, observa-se benefícios diretos e indiretos, sendo os profissionais da APS diretamente beneficiados, ao receberem material instrucional, objetivo e prático, que possa embasar o diagnóstico e tratamento de lesões elementares dermatológicas, a serem manejadas na APS, contribuindo para melhorar a qualificação da demanda para a atenção especializada.

De forma indireta, os pacientes serão beneficiados pela otimização da atenção à saúde, considerando a possibilidade de que as lesões sejam tratadas com mais segurança e agilidade.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de projeto para dissertação de mestrado do Curso de Mestrado Profissional Inovação em Ensino em Saúde de Domingos Jordão Neto, sob orientação de Rosamaria Rodrigues Garcia, apresentando fundamentação teórica para a sua execução.

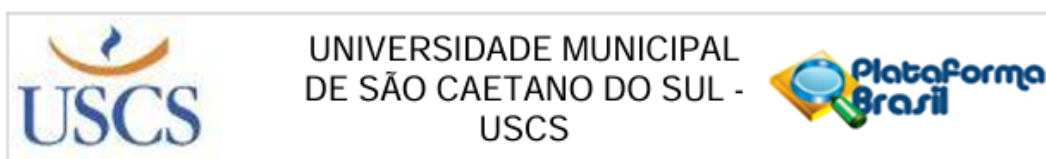
**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Vide item "Conclusões ou pendências e lista de inadequações".

**Recomendações:**

Vide item "Conclusões ou pendências e lista de inadequações."

**Endereço:** Rua Santo Antonio, 50, 2º andar.  
**Bairro:** Centro **CEP:** 09.521-160  
**UF:** SP **Município:** SAO CAETANO DO SUL  
**Telefone:** (11)4239-3282 **Fax:** (11)4221-9888 **E-mail:** cep@online.uscs.edu.br



Continuação do Parecer: 7.281.905

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não foram identificados óbices éticos nos documentos do estudo.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-USCS, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS n.º 466, de 2012, e na Norma Operacional n.º 001, de 2013, do CNS, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa.

Este CEP ressalta a importância do envio dos relatórios parciais e final, sendo uma responsabilidade assumida pelo pesquisador ao submeter o seu projeto para apreciação. De acordo com a Resolução CNS No 466 de 2012, consta na seção XI, itens XI.1 e XI.2.a até XI.2.h, diz que: A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos ético e legais quanto a:

- a) desenvolver o projeto conforme delineado;
- b) elaborar e apresentar os relatórios parcial e final;
- c) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- d) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa;
- e) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e a pessoal técnico integrante do projeto;
- f) justificar fundamentalmente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

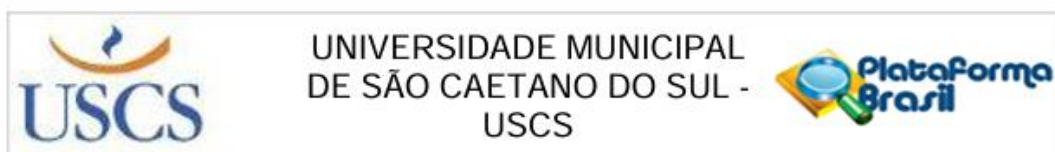
Eventuais modificações ou emendas ao protocolo deverão ser apresentadas ao CEP-USCS de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Modelos e orientações para a elaboração do relatório estão disponíveis na página do CEP-USCS <https://sites.google.com/online.uscs.edu.br/cep>

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1911899.pdf	07/12/2024 20:32:59		Aceito

**Endereço:** Rua Santo Antonio, 50, 2º andar.  
**Bairro:** Centro **CEP:** 09.521-160  
**UF:** SP **Município:** SAO CAETANO DO SUL  
**Telefone:** (11)4239-3282 **Fax:** (11)4221-9888 **E-mail:** cep@online.uscs.edu.br



Continuação do Parecer: 7.281.905

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodomingos.docx	07/12/2024 20:32:24	Rosamaria Rodrigues Garcia	Aceito
Outros	cartaanuenciadomingos.pdf	07/12/2024 20:31:46	Rosamaria Rodrigues Garcia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEALUNOSDOMINGOS.pdf	07/12/2024 20:31:29	Rosamaria Rodrigues Garcia	Aceito
Folha de Rosto	folharostodomingosjordaoneto.pdf	07/12/2024 20:31:13	Rosamaria Rodrigues Garcia	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO CAETANO DO SUL, 10 de Dezembro de 2024

---

**Assinado por:**  
**Brigitte Rieckmann Martins dos Santos**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Santo Antonio, 50, 2º andar.  
**Bairro:** Centro **CEP:** 09.521-160  
**UF:** SP **Município:** SAO CAETANO DO SUL  
**Telefone:** (11)4239-3282 **Fax:** (11)4221-9888 **E-mail:** cep@online.uscs.edu.br

## **APÊNDICE A - Convite enviado por e-mail aos estudantes**

Meu nome é Domingos Jordão Neto, sou mestrando do programa de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS).

Você está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada "GUIA PRÁTICO SOBRE LESÕES DERMATOLÓGICAS ELEMENTARES: ESTUDO DE VALIDAÇÃO". O estudo é uma investigação acadêmica do Programa de Pós Graduação em Ensino em Saúde na USCS na modalidade mestrado profissional, orientado pela Profa. Dra. Rosamaria Rodrigues Garcia e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Gostaríamos muito que você participasse da pesquisa, avaliando o produto educacional, denominado GUIA PRÁTICO SOBRE LESÕES DERMATOLÓGICAS ELEMENTARES: ESTUDO DE VALIDAÇÃO

Caso aceite participar, peço a gentileza de que responda a este e-mail.

- A sua participação é voluntária;
- Em nenhum momento o seu nome será divulgado;
- Não haverá gastos financeiros de sua parte ou compensações financeiras.
- O tempo aproximado de leitura do produto educacional e preenchimento do questionário de avaliação é de aproximadamente 40 minutos.

Caso você tenha interesse e queira participar, peço a gentileza de que responda este e-mail para [domingos.neto@online.uscs.edu.br](mailto:domingos.neto@online.uscs.edu.br) Desde já gostaríamos de agradecer sua compreensão e atenção dispensada.

Atenciosamente,

Domingos Jordão Neto

## APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

**Título da pesquisa: GUIA PRÁTICO SOBRE LESÕES DERMATOLÓGICAS ELEMENTARES: ESTUDO DE VALIDAÇÃO**

**Pesquisador responsável: Domingos Jordão Neto**

**Curso: MESTRADO PROFISSIONAL ENSINO EM SAÚDE**

**Campus: Conceição**

Você está sendo convidado(a) para participar desta pesquisa proposta pela Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS) que está descrita em detalhes abaixo. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da USCS, de acordo com a exigência da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Sua contribuição é muito importante, mas não deve participar contra a sua vontade.

Esta pesquisa será realizada porque queremos construir e validar um guia prático de lesões elementares em dermatologia, visando auxiliar estudantes e médicos que trabalham na Atenção Primária à Saúde a melhorar a qualidade do diagnóstico e dos encaminhamentos para a Atenção Especializada.

O objetivo desta pesquisa é elaborar e validar um Guia Prático sobre lesões dermatológicas elementares para profissionais médicos que atuam na Atenção Primária à Saúde.

**Armazenamento de dados:** nesta pesquisa, você responderá um questionário impresso, cujas respostas serão digitadas e analisadas. Os dados produzidos pela pesquisa, serão armazenados exclusivamente no computador pessoal do pesquisador, por um período de cinco anos, e em momento algum serão arquivados em ambiente virtual (nuvem).

Será garantida a privacidade e o sigilo dos seus dados pessoais e serão utilizadas apenas as respostas ao questionário, sem identificação e divulgação dos dados pessoais dos participantes. Não serão atribuídos nomes às respostas, sendo adotado um sistema de numeração para identificação dos participantes de pesquisa, visando proteger a identidade dos participantes. Serão garantidos o sigilo e anonimato das respostas dos sujeitos da pesquisa, sendo os resultados distribuídos em tabelas, identificando o participante apenas com o sistema de numeração. O acesso ao banco de dados com as respostas do questionário será restrito ao pesquisador.

Antes de decidir, é importante que você entenda todos os procedimentos, os possíveis benefícios, riscos e desconfortos envolvidos nesta pesquisa.

A qualquer momento, antes, durante e depois da pesquisa, você poderá solicitar mais esclarecimentos, recusar-se ou desistir de participar sem ser prejudicado, penalizado ou responsabilizado de nenhuma forma.

\_\_\_\_\_  
Rubrica do(a) pesquisador(a)

\_\_\_\_\_  
Rubrica do(a) participante



Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Domingos Jordão Neto, fone (11) 99963-5206 e pelo e-mail [domingos.neto@online.uscs.edu.br](mailto:domingos.neto@online.uscs.edu.br)

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da USCS, um órgão que protege o bem-estar, a dignidade, a segurança e garante os direitos dos participantes de pesquisas.

Caso você tenha dúvidas sobre a aprovação do estudo, seus direitos ou se estiver insatisfeito com este estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Municipal de São Caetano do Sul, situado na Rua Santo Antônio, 50, 2º andar, São Caetano do Sul, CEP 09521-160, telefone (11) 4239-3282, de segunda a sexta das 14h às 16h, ou pelo e-mail [cep@online.uscs.edu.br](mailto:cep@online.uscs.edu.br).

Caso você concorde e aceite participar desta pesquisa, deverá rubricar todas as páginas deste termo e assinar a última página, nas duas vias. Eu, Domingos Jordão Neto, pesquisador responsável, também assinarei todas as páginas. Uma das vias ficará com você para consultar sempre que necessário.

#### O QUE VOCÊ PRECISA SABER:

**De que forma você vai participar desta pesquisa:** você será convidado(a) para participar desta pesquisa, por meio de um e-mail, em cópia oculta, a ser enviado pelo gestor do curso de medicina. Sua participação na pesquisa ocorrerá enquanto você estiver realizando suas atividades acadêmicas. Caso você aceite participar da pesquisa, deverá responder ao e-mail para o pesquisador responsável, que entrará em contato para agendar dia e horário convenientes para você, para que ele lhe apresente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), explicando detalhadamente os objetivos e os procedimentos da pesquisa. Após o esclarecimento de todas as dúvidas, se você concordar, irá assinar o TCLE, ficando com uma via do documento.

A coleta de dados será realizada durante o período em que você já estiver realizando atividades acadêmicas. Deste modo, você não precisará se locomover até a universidade, apenas para participar da pesquisa.

Sua participação na pesquisa ocorrerá na modalidade presencial, por meio da leitura do guia prático de lesões elementares elaborado e do preenchimento individual dois questionários impressos, com a perspectiva de duração total de sua participação de aproximadamente 40 minutos, para leitura e preenchimento dos questionários, ou o tempo em que você se sentir confortável em responder de forma consciente e sincera. Os questionários conterão perguntas sobre a objetividade, clareza, pertinência, aplicabilidade e aparência do material educativo. Após o término do preenchimento, você deverá entregar o questionário ao pesquisador.

Os dados coletados nesta etapa de pesquisa serão armazenados no computador pessoal do pesquisador e serão utilizados apenas para fins acadêmicos e científicos, garantindo o sigilo e a privacidade dos dados pessoais dos participantes.

\_\_\_\_\_  
Rubrica do(a) pesquisador(a)

\_\_\_\_\_  
Rubrica do(a) participante

\_\_\_\_\_  
Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (CEP-USCS)  
Rua Santo Antonio, 50 - 2º andar, São Caetano do Sul (SP), CEP: 09521-160  
Tel: (11) 4239-3282 e-mail: [cep@online.uscs.edu.br](mailto:cep@online.uscs.edu.br)



**Riscos em participar da pesquisa:** esta pesquisa oferece riscos mínimos, descritos a seguir. Durante a realização da pesquisa, deverá ser considerado o risco de você sentir que está perdendo tempo em participar da pesquisa. Caso você se sinta incomodado em dispendar tempo, pode retirar seu consentimento e desistir de participar do estudo, sem qualquer ônus para suas atividades acadêmicas.

Caso haja algum acidente, ou mal estar de saúde, durante o período em que você estiver participando ativamente da etapa de coleta de dados da pesquisa, você será encaminhado(a) imediatamente para o ambiente de Pronto-atendimento e acompanhado(a) pelo pesquisador, que também é médico, onde o mesmo passará as informações para a equipe de plantão do Pronto Atendimento, para devido diagnóstico e cuidado.

**Benefícios em participar da pesquisa:** A partir da colaboração nesta pesquisa, e considerando os objetivos da mesma, os resultados trarão subsídios importantes para a implantação do guia prático de lesões elementares, tanto na Atenção Primária, quanto em outros ambientes acadêmicos.

Ao participar desta pesquisa, você poderá contribuir para ofertar aos médicos da Atenção Primária, um material instrucional validado, de fácil acesso e consulta, o que pode favorecer a melhoria da qualidade do atendimento, a segurança do paciente e a redução de encaminhamentos desnecessários à Atenção Secundária.

**Privacidade e confidencialidade:** Imediatamente após a coleta de dados, os dados obtidos serão digitados e transcritos em arquivos do Word e Excel e serão armazenados no computador pessoal do pesquisador e em momento algum serão armazenados em ambiente virtual (nuvem) ou compartilhados. Os dados serão armazenados pelo pesquisador, em seu computador pessoal, por um período de cinco anos.

Será garantida a privacidade e o sigilo dos seus dados pessoais e serão utilizadas apenas as respostas das questões técnicas, sem divulgação de seus dados pessoais. Não serão atribuídos nomes às respostas, sendo adotado um sistema de numeração para identificação dos participantes de pesquisa, visando proteger a identidade dos participantes. Serão garantidos o sigilo e anonimato das respostas dos sujeitos da pesquisa, sendo distribuídas em tabelas, identificando o participante apenas com o sistema de numeração. O acesso ao banco de dados com as respostas do questionário será restrito ao pesquisador.

**Acesso a resultados da pesquisa:** Os alunos participantes da pesquisa serão convidados em dia e local informados previamente, por e-mail, para receberem os resultados desta pesquisa, bem como receberão o produto educacional, em forma de guia prático digital.

---

Rubrica do(a) pesquisador(a)

---

Rubrica do(a) participante

---

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (CEP-USCS)  
Rua Santo Antonio, 50 – 2ª andar, São Caetano do Sul (SP), CEP: 09521-160  
Tel: (11) 4239-3282 e-mail: cep@online.uscs.edu.br



**Custos envolvidos pela participação da pesquisa:** you will not have costs to participate in this research; se você tiver gastos com transporte e alimentação, eles serão reembolsados pelo pesquisador. A pesquisa também não envolve compensações financeiras, ou seja, você não poderá receber pagamento para participar.

**Danos e indenizações:** Se lhe ocorrer qualquer problema ou dano pessoal durante a pesquisa, lhe será garantido o direito à assistência médica imediata, integral e gratuita, às custas do pesquisador responsável, com possibilidade de indenização caso o dano for decorrente da pesquisa.

#### **Consentimento do participante**

Eu, abaixo assinado, declaro que concordo em participar desse estudo como voluntário(a). Fui informado(a) e esclarecido(a) sobre o objetivo desta pesquisa, li, ou foram lidos para mim, os procedimentos envolvidos, os possíveis riscos e benefícios da minha participação e esclareci todas as minhas dúvidas.

Sei que posso me recusar a participar e retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me cause qualquer prejuízo, penalidade ou responsabilidade. Autorizo o uso dos meus dados de pesquisa sem que a minha identidade seja divulgada.

Recebi uma via deste documento com todas as páginas rubricadas e a última assinada por mim e pelo Pesquisador Responsável.

Nome do(a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ local e data: \_\_\_\_\_

#### **Declaração do pesquisador**

Declaro que obtive de forma apropriada, esclarecida e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante para a participação neste estudo. Entreguei uma via deste documento com todas as páginas rubricadas e a última assinada por mim ao participante e declaro que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.

Nome do Pesquisador Responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Local/data: \_\_\_\_\_

Nome do auxiliar de pesquisa/testemunha quando aplicável: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Local/data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Rubrica do(a) pesquisador(a)

\_\_\_\_\_  
Rubrica do(a) participante

## APÊNDICE C - Instrumento de validação de especialistas

### Etapa 1 - Perfil do Participante

Gênero: ( ) Feminino ( ) Masculino Idade: \_\_\_\_ anos

Fez especialidade em Dermatologia: ( ) Não ( ) Não  
 Fez outra graduação, antes de Medicina? ( ) Não ( ) Sim.

Nos últimos 12 meses, você participou de algum evento científico na área de dermatologia (como ouvinte)?  
 ( ) Não ( ) Sim. Qual(is) evento(s)?

\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

### Etapa 2 - Avaliação do Produto Educacional

<b>OBJETIVOS: propósitos, metas ou finalidades</b>	<b>Discordo</b>	<b>Concordo parcialmente</b>	<b>Concordo totalmente</b>
1. Contempla tema proposto			
2. Adequado ao processo de ensino-aprendizagem			
3. Esclarece dúvidas sobre o tema abordado			
4. Proporciona reflexão sobre o tema			
5. Incentiva mudança de comportamento			
<b>Comentários e Sugestões</b>			
<b>ESTRUTURA/APRESENTAÇÃO: organização, estrutura, estratégia, coerência e suficiência</b>	<b>Discordo</b>	<b>Concordo parcialmente</b>	<b>Concordo totalmente</b>
1. Linguagem adequada ao público-alvo			
2. Linguagem apropriada ao material educativo			

3. Linguagem interativa, permitindo envolvimento ativo no processo educativo			
4. Informações corretas			
5. Informações objetivas			
6. Informações esclarecedoras			
7. Informações necessárias			
8. Sequência lógica das ideias			
9. Tema atual			
10. Tamanho do texto adequado			

<b>Comentários e Sugestões</b>
--------------------------------

<b>RELEVÂNCIA:</b> significância, impacto, motivação e interesse	<b>Discordo</b>	<b>Concordo parcialmente</b>	<b>Concordo totalmente</b>
1. Estimula o aprendizado			
2. Contribui para o conhecimento na área			
3. Desperta interesse pelo tema			

<b>Comentários e Sugestões</b>
--------------------------------

Considerando os tópicos avaliados (objetivo, organização/estrutura, apresentação, clareza, adequação, conteúdo, compreensão, confiabilidade, relevância, ilustração, layout, motivação, vocabulário e sequência instrucional dos tópicos).

Use este espaço para fazer sugestões, críticas ou considerações específicas sobre o guia prático:

---



---



---



---

## APÊNDICE D - Instrumento de avaliação para o público-alvo

### Etapa 1 - Perfil do Participante

Gênero: ( ) Feminino ( ) Masculino

Idade: \_\_\_\_ anos

Período/semestre da graduação de Medicina que está cursando atualmente:

\_\_\_\_\_

Fez outra graduação, antes de Medicina? ( ) Não ( ) Sim. Qual?

\_\_\_\_\_

Já sabe qual especialidade quer fazer após o término do curso? ( ) ainda não ( ) sim. Qual? \_\_\_\_\_

Você participa, atualmente, de alguma liga acadêmica na universidade? ( ) Não ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_

Você já fez ou está fazendo iniciação científica na graduação? ( ) Não ( ) Sim. Por favor, explique qual o tema de sua iniciação científica:

\_\_\_\_\_

Nos últimos 12 meses, você participou de algum evento científico na área de dermatologia (como ouvinte)?

( ) Não ( ) Sim. Qual(is) evento(s)?

\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

### Etapa 2 - Avaliação do Produto Educacional

OBJETIVOS	Concordo Totalmente	Concordo	Discordo
O material esclarece dúvidas sobre o tema abordado			
O material proporciona reflexão sobre o tema			
O propósito do material está evidente			
O material incentiva mudança de comportamento, quanto ao encaminhamento de pacientes			
<b>COMENTÁRIOS E SUGESTÕES:</b>			
RELEVÂNCIA	Concordo Totalmente	Concordo	Discordo
O material contribui para o conhecimento na área			

O material desperta interesse pelo tema			
<b>COMENTÁRIOS E SUGESTÕES:</b>			
<b>ESTRUTURA/ORGANIZAÇÃO</b>	Concordo Totalmente	Concordo	Discordo
Tamanho do texto do guia prático adequado			
O conteúdo destaca os pontos principais			
<b>COMENTÁRIOS E SUGESTÕES:</b>			
<b>APARÊNCIA</b>	Concordo Totalmente	Concordo	Discordo
O guia prático é apresentado de forma visualmente adequada			
As ilustrações estão claras e objetivas			
As ilustrações contribuem para a compreensão do conteúdo			
As ilustrações colaboram para sintetizar as informações			
As ilustrações são relevantes			
O layout do guia prático incentiva os profissionais a utilizá-lo.			
<b>COMENTÁRIOS E SUGESTÕES:</b>			

Considerando os tópicos avaliados (objetivos, relevância, estrutura/organização e aparência), use este espaço para fazer sugestões, críticas ou considerações específicas sobre o guia prático:

---



---



---



---



---



---

**APÊNDICE E - Produto educacional**



# Guia Prático de Lesões Elementares Dermatológicas Primárias e Secundárias



***Domingos Jordão Neto***

**Orientadora: Profa. Dra. Rosamaria Rodrigues Garcia**

**Produto derivado de Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional Inovação no Ensino Superior em Saúde da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS)**

# FICHA CATALOGRÁFICA



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Neto, Domingos Jordão

Guia prático de lesões elementares dermatológicas primárias e secundárias [livro eletrônico] / Domingos Jordão Neto, Rosamaria Rodrigues Garcia. -- 1. ed. -- São Paulo : Ed. dos Autores, 2025.

PDF

Bibliografia

ISBN 978-65-01-80995-3

1. Dermatologia 2. Dermatologia - Manuais, guias etc. 3. Pele - Doenças 4. Sistema Único de Saúde (Brasil) 5. Saúde pública I. Garcia, Rosamaria Rodrigues. II. Título.

25-317891.0

CDD-616.5

NLM-WR 100

## Índices para catálogo sistemático:

1. Dermatologia 616.5

Maria Alice Ferreira - Bibliotecária - CRB-8/7964

ISBN: 978-65-01-80995-3





# FICHA TÉCNICA

Trata-se de produto educacional, oriundo da dissertação de mestrado **Guia Prático sobre Lesões Dermatológicas Elementares: Estudo de Validação**. Foi elaborado sob demanda espontânea, em consonância com a modalidade do Programa de Mestrado Profissional Inovação no Ensino Superior em Saúde, da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS), que tem como premissa a construção de produtos técnico tecnológicos inovadores, motivados por problemática identificada no cenário de prática profissional dos autores e, portanto, propõe encaminhamentos para a solução de um problema identificado previamente e abordado cientificamente. A adesão do produto ao Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI) da USCS se dá a partir da articulação aos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), a saber, Saúde e Bem-estar; Educação de Qualidade, bem como ao desenvolvimento regional. Articula-se à área de concentração Inovação no Ensino Superior em Saúde e à linha de pesquisa Ensino em Saúde nos Contextos de Práticas do SUS, ao propor uma ferramenta de ensino para profissionais de serviços hospitalares, fomentando o desenvolvimento de práticas de Educação Permanente em Saúde e/ou Educação Continuada em Saúde.

A utilização de imagens dos pacientes no produto educacional, foi realizada após a devida autorização e consentimento dos mesmos, garantindo a conformidade com as diretrizes éticas de pesquisa e a proteção da privacidade dos envolvidos.



FICHA TÉCNICA	
Objetivo da dissertação	Elaborar e validar um Guia Prático sobre lesões dermatológicas elementares para estudantes de medicina e médicos que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS).
Objetivo do Produto Educacional	Elaborar Guia Prático sobre lesões dermatológica elementares primárias e secundárias como auxílio diagnóstico e tratamentos das dermatoses prevalentes na APS.
Público-alvo	Profissionais de saúde da APS
Complexidade	O produto educacional possui média complexidade, pois surgiu da experiência profissional do pesquisador e também surgiu a partir do diagnóstico situacional do cenário de pesquisa, sendo portanto, derivado da questão de pesquisa da dissertação de mestrado.
Tipo de impacto	O produto educacional tem impacto potencial, considerando que há previsão de aplicabilidade na APS.
Área de impacto	Ensino e Saúde
Qual o impacto	O produto educacional ainda possui baixo impacto, pois foi criado no Programa de Mestrado Profissional, ainda será usado no cenário de pesquisa e ainda será transferido para a sociedade.
Replicabilidade	O produto educacional pode ser adaptado e amplamente replicado, tanto nos hospitais da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, quanto em qualquer outra localidade brasileira, considerando o livre acesso ao produto, por meio da web.
Abrangência	Inicialmente, o produto tem perspectiva de alcance regional, principalmente no Estado de São Paulo. No entanto, após a publicação do produto e livre acesso na web, poderá alcançar o território nacional.
Teor Inovativo	O produto educacional possui médio teor inovativo, pois foi elaborado a partir da combinação e/ou compilação de conhecimentos pré-estabelecidos, disponíveis na literatura e baseados na experiência profissional.
Estágio da tecnologia	O produto validado
Transferência de conhecimento	O produto educacional será transferido para a sociedade, iniciando no hospital em que os dados foram coletados, e em seguida, será amplamente disseminado, para que outros profissionais façam uso.



# USCS/HOSPITAL HELIÓPOLIS

**Domingos Jordão Neto - CRM 72.606**

- *Faculdade de Medicina na Universidade de Mogi das Cruzes – 1991.*
- *SERVIÇO MILITAR – 2º TENENTE MÉDICO – Hospital Geral do Exército- Cambuci- SP.*
- *Residência em Dermatologia no Hospital Heliópolis – SP.*
- *Título de Especialista em Dermatologia pela Sociedade Brasileira de Dermatologia e Associação Médica Brasileira.*
- *Membro Efetivo da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sociedade Brasileira de Cirurgia Dermatológica.*
- *Professor e Chefe do Serviço de Dermatologia do Hospital Heliópolis-SP.*
- *Coordenador do Programa de Residência Médica em Dermatologia do Hospital Heliópolis-SP.*
- *Coordenador do Programa de Residência Médica em Dermatologia do Hospital Santa Virginia-SP.*
- *Membro da Comissão de Ética Médica do Hospital Heliópolis-SP.*
- *Pós-graduação em Dermatocosmiatria e Cirurgia Dermatológica pela Faculdade de Medicina do ABC.*
- *Docente na Faculdade de Medicina da Universidade de São Caetano do Sul - USCS*



## Dra. Rosamaria Rodrigues Garcia

- Fisioterapeuta
- Doutora em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, na área de Serviços de Saúde Pública (2016);
- Especialista em Gerontologia pela SBGG - Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2013);
- Mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (2002);
- Especialização em Fisioterapia em Geriatria e Gerontologia pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (2000).
- Atualmente é docente da Universidade Municipal de São
- Caetano do Sul, sendo gestora e docente do Programa de Mestrado Profissional em Inovação no Ensino Superior em Saúde e docente na Graduação em Fisioterapia.



## **GUIA PRÁTICO DE LESÕES ELEMENTARES DERMATOLÓGICAS PRIMÁRIAS E SECUNDÁRIAS**

### **INSTRUÇÕES DE USO:**

**<https://youtu.be/ZlyD162NWqU?si=-1GIMdCeX8wr52q9>**

**PDF®:**

**- Utilizar o arquivo na íntegra.**

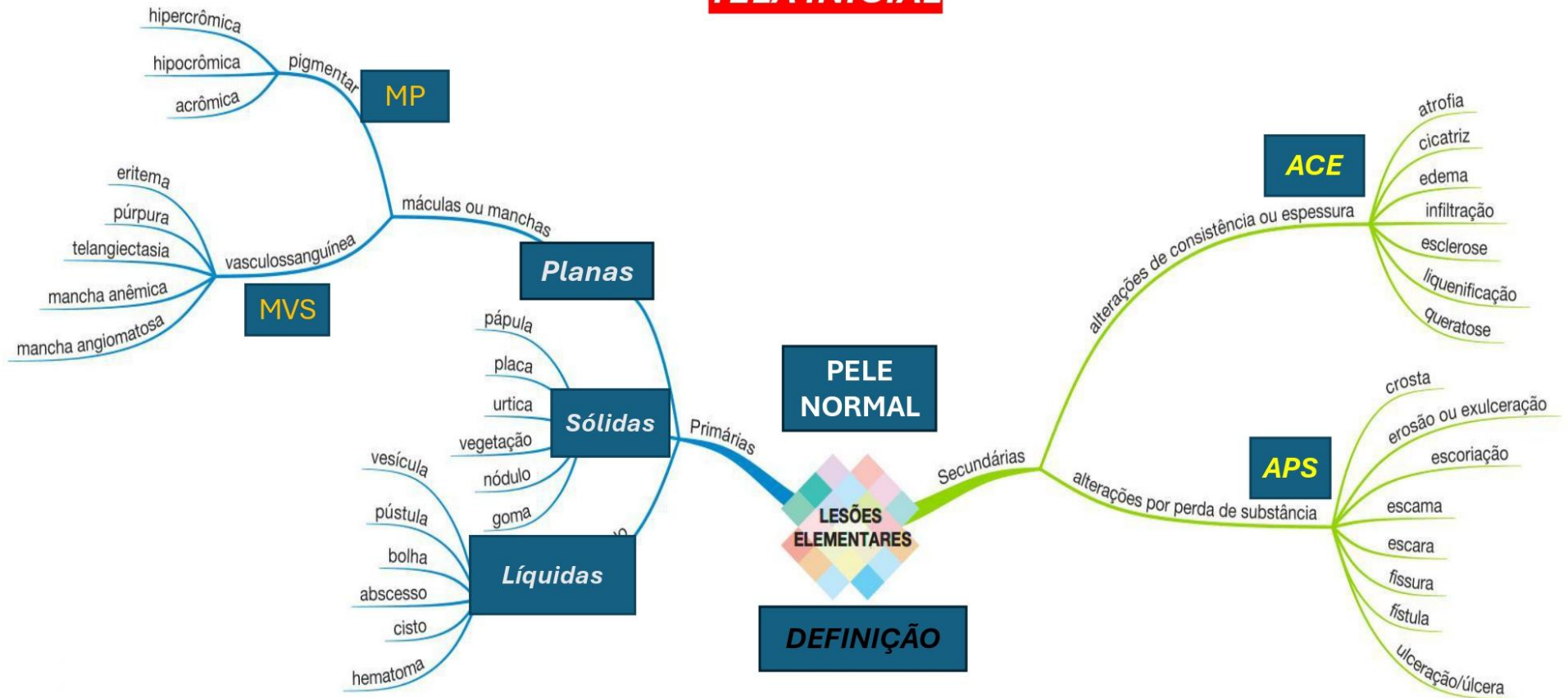


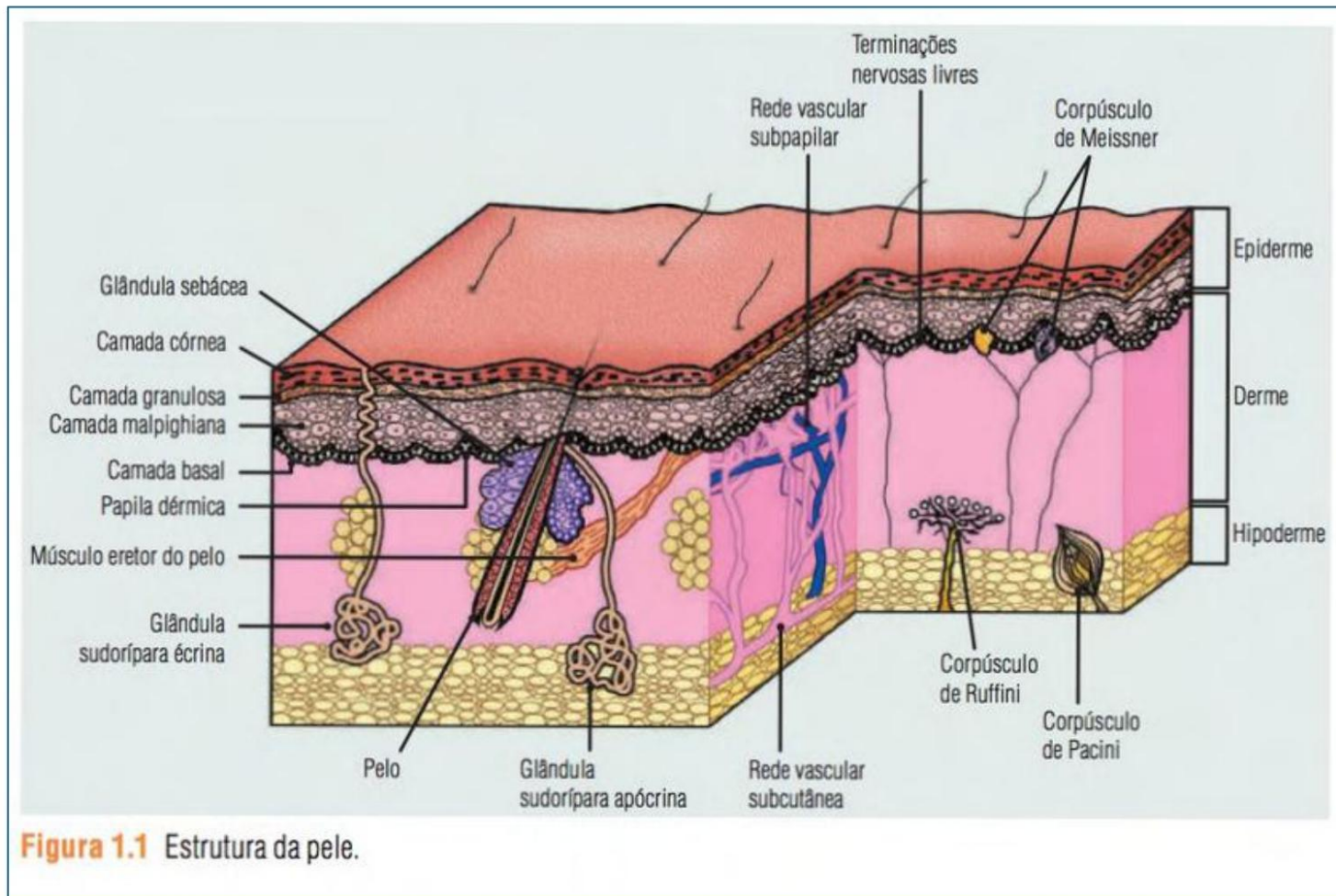
# Lesões Elementares: # ALFABETO DA DERMATOLOGIA



#

## TELA INICIAL





### **Estrutura da Pele**

**Fonte: Sampaio; Rivitti, (2001, pag.5)**



## Lesões elementares / Correlação anatomoclínica

■ O diagnóstico das afecções dermatológicas baseia-se, em grande parte, na avaliação detalhada das características morfológicas das lesões cutâneas.

**Lesões elementares**

■ Resultam de alterações patológicas que acometem diferentes estruturas da pele, incluindo a epiderme, derme, tecido subcutâneo, bem como os vasos sanguíneos e anexos cutâneos (glândulas, pelos, folículos).

A lesão primária é aquela que representa a manifestação inicial de um processo dermatológico.

■ Quando essa lesão sofre alterações por evolução natural, manipulação ou infecção secundária, passa a ser denominada lesão secundária.

### **DICA RELEVANTE:**

*A identificação das lesões elementares é fundamental, mas, isoladamente, nem sempre é suficiente para estabelecer o diagnóstico definitivo*



É essencial considerar o conjunto clínico:

*Distribuição topográfica, tempo de evolução, sintomas associados e história clínica.*

O arranjo é também importante:  
*(linear, anular, em faixa, generalizado)*



## **Lesões Planas:**

*(Máculas = manchas)*

- ◇ ***Trata-se da mudança de coloração da pele.***
- ◇ ***Sem que haja alterações do relevo (planas).***

- **Vasculossanguíneas**

MVS

***Eritema***

***Mancha angiomatosa***

***Telangiectasia***

***Púrpura***

***(petéquias/equimoses)***

***Mancha anêmica***

- **Pigmentares**

MP

***Hiperocrômica***

***Hipocrômica***

***Acrômica***

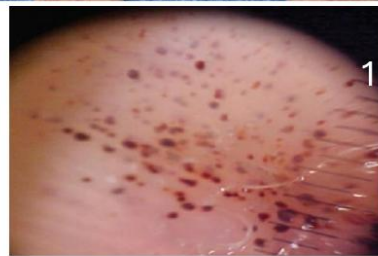


# Máculas vasculossanguíneas

Eritema



Púrpura  
(petéquias/equimoses)

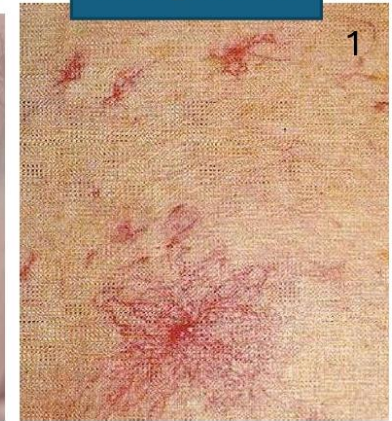


DERMATOSCOPIA

Mancha Angiomatosa



Telangiectasia



Mancha  
Anêmica



1-Fotos de Acervo do autor



## ***Eritema***

**Mancha vermelha causada por vasodilatação  
Desaparece com digitopressão ou vitropressão**

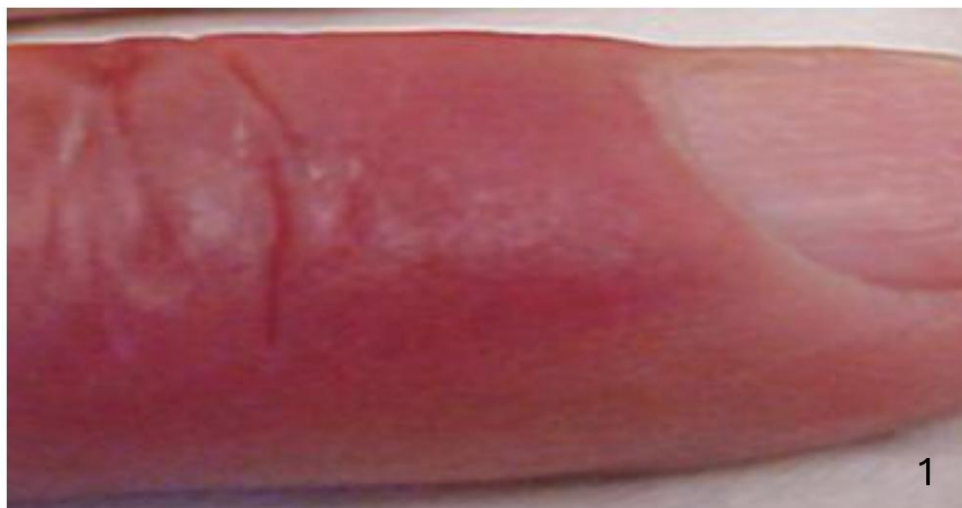
- **Eritema cianótico**
- **Eritema rubro**
  
- **Eritema agudo generalizado:**
  - **Exantema morbiliforme ou rubéoliforme (com áreas de pele sã)**
  - **Exantema escarlatiniforme (sem áreas de pele sã)**



## *Tipos de eritema*



*Eritema rubro*



*Eritema cianótico*



*1-Fotos de Acervo do autor*



## Tipos de eritema

**Exantema escarlatiniforme**  
(sem áreas de pele sã)



**Exantema morbiliforme**  
(com áreas de pele sã)



**1-Fotos de Acervo do autor**



## Mancha Angiomatosa

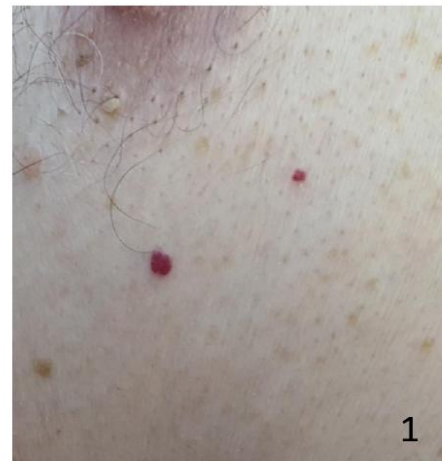
- *Lesões vasculares permanentes* são de três tipos de acordo com a proliferação vascular.
- Caracterizadas pelo aumento do número de vasos;
- Com possibilidade de serem planas ou elevadas;
- Dependendo do aspecto ou da cor são especificadas:

### Exemplos:

- Angioma em vinho do Porto (mancha) - Hemangioma
- Angioma rubi (pápula) - Angioma rubi
- Hemangioma (tumoração) - Granuloma Piogênico



## **ANGIOMA RUBI**



**1-Fotos de Acervo do autor**

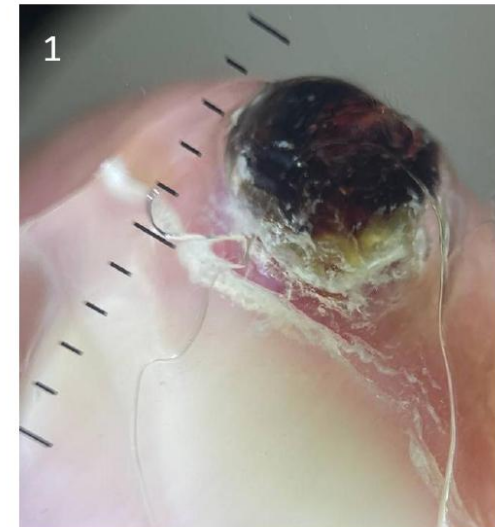


## Granuloma Piogênico



***Lesão vascular solitária,  
recente, que sangra  
espontaneamente e/ou  
após trauma mínimo.***

***Apresentam superfície  
lisa - com ou sem crostas,  
com ou sem erosão.***



***1-Fotos de Acervo do autor***



## HEMANGIOMA



*1-Fotos de Acervo do autor*



## **Telangiectasia**

***Pequenas áreas de vasos sanguíneos dilatados com alimentação central de um vaso.***

***São comuns na face devido ao sol, associado à rosácea, esclerodermia e uso de esteróides tópicos potentes.***

### **TRATAMENTO:**

***Laser vascular - para remoção de telangiectasias visíveis na face.***

***LIP - Várias sessões podem ser necessárias em intervalos de 6 semanas.***

**Ex. Spider nevus (possui um vaso central) -**

**SPIDER NEVUS**



## ***SPIDER NEVUS***



***1-Fotos de Acervo do autor***



## ***Púrpura (petéquia/equimose) e Hematoma***



***Púrpura:*** não desaparece à vitropressão.

- ***Petéquias:*** puntiformes ou lenticulares
- ***Equimoses:*** maiores

***Hematoma:*** acúmulo de sangue em certa extensão do tecido subcutâneo.

PETÉQUIAS  
CALCÂNEAS

FARMACODERMIA  
PUPÚRICA

Púrpura de  
Henoch  
Schönlein

VASCULITE  
PURPÚRICA



# *PÚRPURA*



**1-Fotos de Acervo do autor**



## **FARMACODERMIA PURPÚRICA**



### **REAÇÃO ADVERSA A DROGA (RAD)**

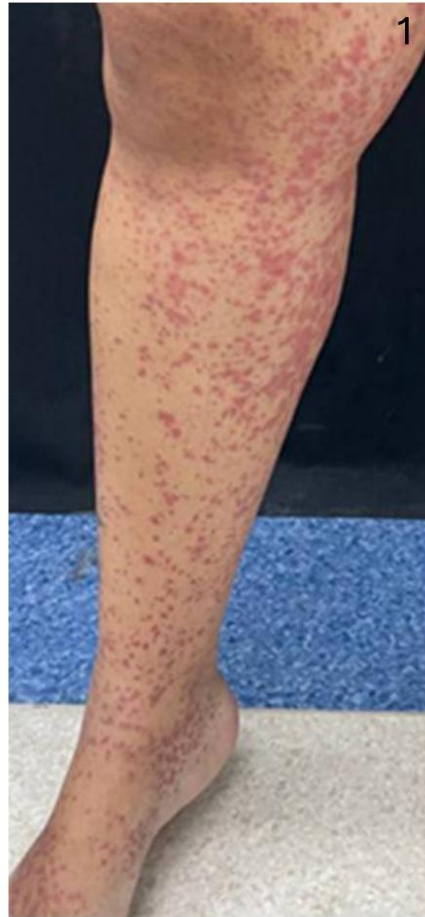
*Lesões purpúricas  
(petéquias e  
equimoses) dispersas  
pelo tegumento.*



**1-Fotos de Acervo do autor**



## **PÚRPURA DE HENOCH-SCHÖLEIN**



**1-Fotos de Acervo do autor**



**VASCULITE  
PURPÚRICA**

***PÚRPURA NECRÓTICA***  
*Púrpuras e equimoses disseminadas*



***1-Fotos de Acervo do autor***



## ***Mancha anêmica / Nevo anêmico***

***Apenas constrição vascular.***

***Não por alteração pigmentar de origem melânica.***

***A prova de histamina e a fricção não produzem eritema.***



## Máculas Pigmentares

**Hipercrômica**



**MELASMA**

**Hipocrômica**



**PITIRÍASE  
ALBA**

**Acrômica**



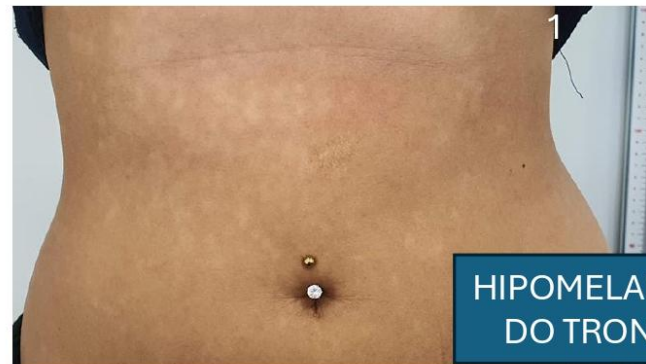
**VITILIGO**

**HALO-NEVO**

**AMILOIDOSE  
MACULAR**



**HIPOMELANOSE  
DO TRONCO**



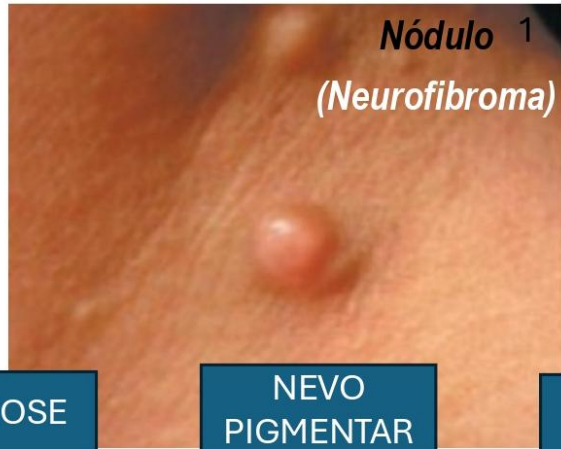
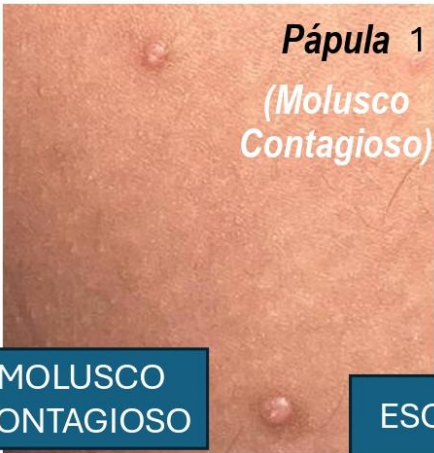
**NEVO  
ACRÔMICO**



**1-Fotos de Acervo do autor**

# Lesões sólidas 1

Sólidas 1



1-Fotos de Acervo do autor



## Lesões sólidas 2

Sólidas 2



PSORÍASE

MH

PITIRÍASE  
VERSICOLOR



URTICÁRIA



Angioedema palpebral



Angioedema labial



Vegetação



## Lesões sólidas 1:

### Pápula

- **Lesão sólida e elevada, com diâmetro igual ou inferior a 1 cm.**
- **Originada por proliferação localizada de céls da epiderme ou derme.**
- **Por infiltrado inflamatório, acúmulo de células ou depósitos de substâncias na derme.**

### Nódulo

- **Lesão sólida e elevada, com diâmetro entre 1 e 3 cm.**
- **Origina de processos como espessamento da epiderme, infiltração inflamatória da derme ou tecido subcutâneo.**
- **Proliferações tumorais ou acúmulo de substâncias, como sais de cálcio ou cristais de urato.**

### Tumor / Tumoração

- **Lesão sólida, geral/e elevada, com diâmetro superior a 3 cm.**
- **Podendo atingir grandes dimensões.**
- **Pode representar processos neoplásicos benignos ou malignos, ou ainda alterações inflamatórias ou infiltrativas de maior volume.**



## Lesões sólidas 2:

### Placa

- Lesão sólida, elevada, maior que 1 cm de diâmetro.
- Resultante de hiperplasia localizada dos componentes celulares epidérmicos ou dérmicos.
- Infiltrados celulares e depósitos metabólicos na derme.

### Placa papulosa

- Formada pelo conjunto de pápulas.

### Vegetação

- São projeções sólidas que emergem à superfície da pele, digitiformes, moles, por vezes sangrantes, de tamanhos variados.

### Urtica

- Pápula ou placa eritematoedematosa elevada.
- Duração efêmera;
- Frequentemente com a borda irregular com aspecto de pseudópodes.
- Podendo coalescer formando placas. (placa urticada)



# Lesões com conteúdo líquido

LCL



Vesículas

1

HERPES  
SIMPLES

DISIDROSE



Bolha

1

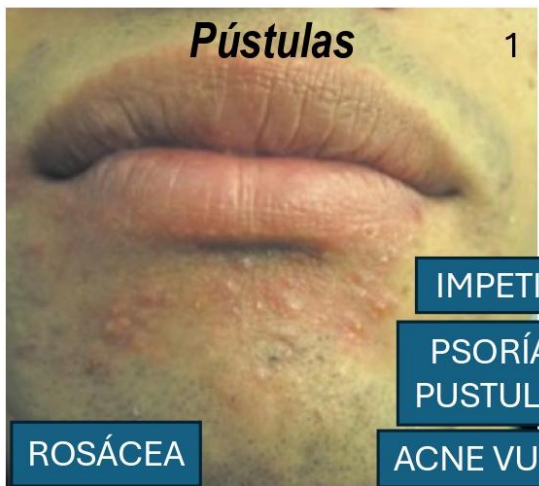
HERPES  
ZOSTER



Bolha

1

PRURIGO  
ESTRÓFULO



Pústulas

1

IMPETIGO

PSORÍASE  
PUSTULOSA

ROSÁCEA

ACNE VULGAR



Abscesso

1



Hematoma

1

1-Fotos de Acervo do autor



## Lesões líquidas:

### Vesícula

- *Coleção líquida elevada com diâmetro de até 1 cm.*

### Bolha

- *Quando excede a medida para a vesícula é chamada de bolha.*
- *Conforme seu conteúdo: serosa, hemorrágica ou purulenta.*

### Pústula

- *Vesícula com conteúdo purulento.*

### Abscesso

- *Quando se forma uma coleção purulenta na derme ou hipoderme (SC)*

### Hematoma

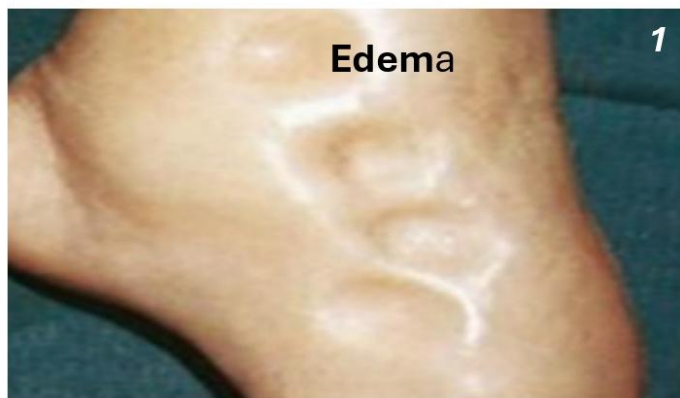
- *Quando se forma uma coleção de sangue.*



## **Lesões secundárias:**

**Alterações da consistência ou espessura - 1**

**ACE-1**



**1-Fotos de Acervo do autor**



## **Lesões secundárias:**

**Alterações da consistência ou espessura - 2**

**ACE-2**



**QUERATOSE  
ACTÍNICA**



**DERMATITE  
ATÓPICA**

**LÍQUEN  
SIMPLES  
CRÔNICO**





## **Lesões secundárias - 1: alteração da consistência ou espessura**

### **Atrofia**

- ◇ *Alteração cutânea caracterizada pela redução da espessura da pele, decorrente do adelgaçamento da epiderme, derme e/ou tecido subcutâneo.*
- ◇ *A pele adquire um aspecto fino, pregueado e, em alguns casos, é possível observar vasos sanguíneos superficiais devido à transparência aumentada.*

### **Cicatriz**

- ◇ *Formação de tecido fibroso que substitui a pele normal lesada por trauma, inflamação ou doença dermatológica.*
- ◇ *Pode apresentar-se como hipertrófica (elevada) ou atrófica (rebaixada), e geralmente reproduz o formato e os limites da lesão original.*

### **Edema**

- presença de líquido extravasado para a derme ou hipoderme
- a coloração da pele, no local, pode ficar inalterada ou se tornar eritematosa.

### **Infiltração**

- aumento da espessura e da consistência da pele, com limites imprecisos,
- resulta de infiltrado celular inflamatório ou neoplásico na derme,
- às vezes acompanhado de vasodilatação e edema.



## **Lesões secundárias - 2: alteração da consistência ou espessura**

### **Queratose ou Hiperqueratose**

- *Espessamento da camada córnea, consistência endurecida, cor pardacenta, amarelada ou esbranquiçada superfície verrucosa.*

### **Esclerose**

- *Rigidez, perda do preeamento natural, resistência à distensão ou tentativa de enrugamento através da pressão digital.*
- *Superfície é lisa, brilhante, com espessamento da pele.*
- *Eventualmente com alteração da cor, a firmeza e o endurecimento são mais palpáveis do que visíveis.*

### **Liquenificação**

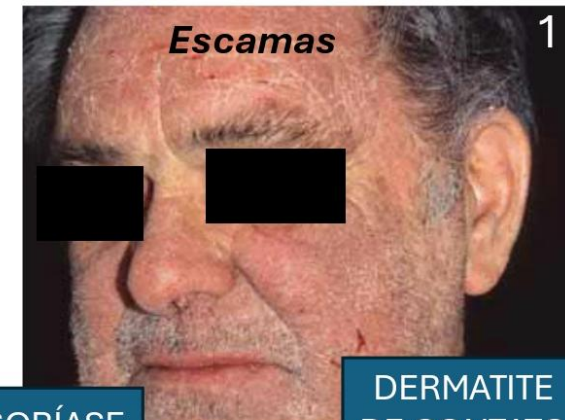
- *Alteração cutânea caracterizada por espessamento crônico da pele, com acentuação das linhas e sulcos naturais, descamação e frequentemente hiperpigmentação.*
- *Surge como consequência de dermatites pruriginosas persistentes, resultando no alongamento das papilas dérmicas devido ao atrito e coçadura repetitivos.*



## **Lesões secundárias:**

**Alterações por perda de substância**

APS 1



1-Fotos de Acervo do autor

DERMATOFITOSSES-1

ECZEMA  
NUMULAR

PSORÍASE

DERMATITE  
DE CONTATO



## ***Lesões secundárias:*** *Alterações por perda de substância*

APS 2



1-Fotos de Acervo do autor



**Lesões**  
**secundárias:**  
**Alterações por perda de**  
**substância**

**Crostas**

- *Formação de massa de exsudatos ou concreção, de cores variáveis na área de perda tecidual, após o dessecamento de pus, sangue ou serosidade, juntamente com restos epiteliais. Conforme o tipo de secreção - são denominadas:*

*Crosta Hemática (vermelho-escuro).*

*Sero-hemática (vermelho claro).*

*Purulenta (amarelo-esverdeado).*

*Melicérica: pela semelhança com a cor do mel.*

**Erosão ou Exulceração**

- ◇ *Perda parcial da epiderme - NÃO deixa cicatriz ao final da reparação tecidual.*
- ◇ *Apresenta exsudato na superfície - APÓS RUPTURA DE BOLHA INTRAEPIDÉRMICA.*

**Escoriação**

- *Erosão linear de origem traumática, geralmente devido a coçagem, frequente nas condições pruriginosas da pele.*

**Escamas**

- *São células corneificadas na superfície cutânea ou desprendidas desta (descamação).*
- *Escamas lamelares - quando seu aspecto é laminado.*
- *Furfuráceas ou Pitiriásicas, quando a descamação é fina ou pulverulenta.*



**Lesões**  
**secundárias:**  
**Alterações por perda de**  
**substância**

**Fissura ou ragádia**

- *Fenda linear - contorno dos orifícios naturais.*
- *Originada quando a pele se torna quebradiça ou macerada, com perda da flexibilidade.*
- *São mais exuberantes nas áreas queratinizadas.*

**Fístulas**

- *São pertuitos cutâneos que ligam focos supurativos profundos, drenando seu conteúdo ao exterior.*

**Úlcera ou Ulceração:**

- *Perda circunscrita da epiderme e derme, podendo atingir hipoderme e tecidos subjacentes mais profundos.*
  - *Ulceração: aguda*
  - *Ulceração: crônica*

**Escara:**

- *Área de necrose tecidual, em geral de cor negra que evolui para úlcera, quando eliminada.*

# NEVO PIGMENTAR

**CID-10: D 22**

## Sinonímia:

**NEVO MELANOCÍTICO**

## Definição:

São tumores benignos com pigmentação, resultantes da multiplicação de melanócitos que se agrupam em ninhos. Esses agrupamentos têm início na junção entre a epiderme e a derme, podendo posteriormente se estender para a camada dérmica.

## Manifestações clínicas:

- Estão presentes desde o nascimento, mas também podem se desenvolver durante a adolescência, gestação ou após o uso de ACTH (hormônio adrenocorticotrófico).
- Tendem a regredir após os 60 anos.
- Apresentam ampla diversidade de características clínicas, envolvendo pigmentação e presença de células névicas.

## Etiologia:

Hamartomas. Considerados defeitos do desenvolvimento.

## DICA:

- **Nevos melanocíticos de grandes dimensões apresentam maior risco de transformação maligna.**
- **Quando localizados na região da pele que recobre a coluna vertebral, podem estar relacionados a condições como espinha bífida, meningocele e acúmulo anormal de melanócitos no sistema nervoso central (melanocitose intracraniana)**

## Exame dermatológico: (Formas clínicas):

### ■ **Nevo juncional:**

Lesão pigmentada, de cor marrom ou preta, com superfície plana ou discretamente elevada, podendo surgir tanto na pele quanto nas mucosas.

### ■ **Nevo composto e intradérmico:**

Apresentam tonalidade castanho-clara ou cor da pele, geralmente com aspecto elevado.

### ■ **Nevo pigmentar congênito:**

É maior, com superfície irregular e elevada, coloração marrom-escura, podendo ter pelos.

### ■ **Nevo de Spitz:**

Comum na infância, manifesta-se como um nódulo entre 1 e 2 cm, geralmente localizado no rosto ou membros inferiores, com coloração que varia entre vermelho e marrom.

### ■ **Halo nevo (Nevo de Sutton):**

Caracteriza-se por uma lesão pigmentada central cercada por uma área despigmentada. É mais frequente em adultos jovens e geralmente se localiza no tronco.

### ■ **Nevo atípico:**

Pode aparecer como lesões únicas ou múltiplas, com tamanho igual ou superior a 2 cm. Formas isoladas ou hereditárias, com bordas irregulares, assimetria e variações de cor.

## Diagnóstico diferencial:

*Melanose de Becker.*

*Dermatofibroma.*

*Queratose seborreica.*

*Melanoma.*

## Exames diagnósticos:

■ *Clínico.*

■ *Anatomopatológico.*

## Tratamento:

Depende do tamanho, da localização e do tipo histológico.

# CARCINOMA BASOCELULAR

CID-10: C 42

## Sinonímia:

**Basalioma, CBC**

## Definição:

Trata-se de um tumor maligno de desenvolvimento lento, com baixa probabilidade de causar metástases, mas com comportamento invasivo nas áreas próximas. Origina-se das células basais da epiderme e de estruturas anexas da pele.

## Etiologia:

- Exposição à RUV é o principal fator desencadeante.
- Pessoas com pele clara e histórico de queimaduras solares estão mais suscetíveis.
- Ter tido um carcinoma basocelular anteriormente aumenta o risco de recorrência.
- Algumas doenças genéticas, como xeroderma pigmentoso, albinismo e a síndrome do nevo basocelular, estão associadas ao surgimento desse tipo de câncer.
- Indivíduos com o sistema imunológico comprometido como transplantados, apresentam maior probabilidade de ter CBC.

## Manifestações clínicas:

- Câncer mais comum.
- 85% na cabeça e pescoço.
- A incidência aumenta com a idade.
  - Mais frequente nos homens.
- Nas mulheres com menos de 40 a.

## Exame dermatológico: (Formas clínicas):

Nódulo ulcerado: mais frequente, nódulo de coloração rósea, bordas cilíndricas e perláceas, com telangiectasias na superfície. A lesão ulcera com facilidade e tem crescimento lento. O crescimento pode ser marginal, por extensão superficial ou em profundidade, invadindo tecidos adjacentes.

Esclerodermiforme: Placa branco-amarelada ou rósea, escleroatrófica, limites mal definidos lembrando uma cicatriz.

Superficial: Comum em indivíduos jovens, no dorso e mmii. São placas eritematoescamosas, mal delimitadas e infiltradas.

Pigmentado: Todas as formas clínicas podem ser pigmentadas, porém a forma nódulo-ulcerativa é a mais comum.

## Diagnóstico diferencial:

CEC - Carcinoma espinocelular  
Verruga vulgar, Molusco contagioso.  
Queratoacantoma. Melanoma.  
Hiperplasia sebácea.

## Exames diagnósticos:

Anatomopatológico

## Tratamento

■ Varia com o tamanho, localização e o tipo histológico do tumor.

### DICAS:

- A zona H da face é de alto risco de de lesões recidivantes.
- As formas nodular e superficial são menos agressivos.
- O tipo esclerodermiforme tem taxa maior de recorrência.

# CARCINOMA ESPINOCELULAR

**CID-10: C 44**



## Sinóníma: CEC, Espinalioma

### Definição:

Neoplasia cutânea maligna originada dos queratinócitos, com desenvolvimento a partir da epiderme, de seus anexos (como folículos pilosos) ou de mucosas com epitélio escamoso estratificado. Apresenta comportamento variável, podendo invadir estruturas profundas e, em alguns casos, metastatizar.

### Etiologia:

- HPV.
- Exposição à radiação ultravioleta
- Inflamação crônica.
- Imunossupressão.
- Químicos (alcatrão / arsênico).

### Manifestações clínicas:

Mais comum em idosos, homens, caucasianos de pele clara e trabalhadores rurais. Acomete áreas fotoexpostas como couro cabeludo, face, pescoço, mãos e pernas.

Pode surgir de novo ou sobre lesões pré-existentes (queratose actínica, cicatrizes, úlceras crônicas).

Fatores de risco: tamanho, localização, espessura, diferenciação histológica e imunossupressão.

### Exame dermatológico

Lesões papulosas, nodulares ou tumorais infiltradas, com bordas endurecidas e centros ceratósicos e podem ficar ulcerados.

### Diagnóstico diferencial:

- Queratoacantoma.
- Verruga vulgar.
- Melanoma amelanótico.
- Queratose seborreica.

### Exames diagnósticos:

Anatomopatológico

### Tratamento:

A escolha terapêutica depende do tamanho, localização e padrão histológico da lesão.

Excisão cirúrgica: indicada para tumores com espessura > 4 mm e invasão dérmica.

Curetagem e eletrocoagulação: opção para lesões superficiais menores (< 2 mm), embora haja controvérsias quanto à eficácia.

Cirurgia micrográfica de Mohs: recomendada para tumores extensos, recidivantes ou com margens imprecisas, especialmente em áreas que exigem preservação funcional e estética.

Radioterapia: alternativa quando a cirurgia é inviável ou como recurso para redução de tumores volumosos.

# MELANOMA CUTÂNEO

**CID-10: C 43**

## Sinonímia:

**MELANOMA MALIGNO**

## Definição:

Neoplasia maligna derivada dos melanócitos, células responsáveis pela produção de melanina. Caracteriza-se por seu comportamento agressivo e alto potencial metastático, sendo considerada a forma mais grave dos cânceres cutâneos.

## Exame dermatológico:

### Formas clínicas

Melanoma extensivo superficial(70%)  
Melanoma nodular (15%)  
Melanoma lentiginoso acral (2-8%)  
Lentigo maligno (evolução de 10-15 a.  
Lentigo maligno melanoma (5%)

## Etiologia:

- Radiação ultravioleta (UV) é o principal fator ambiental envolvido.
- Pode surgir sobre nevo melanocítico preexistente, especialmente nevos atípicos.
- No melanoma familiar, está associada à mutação do gene CDKN2A (9p21).
- Fatores de risco: Nevos atípicos, Síndrome do nevo displásico, Xeroderma pigmentoso, Albinismo, Nevos melanocíticos gigantes
- Estados de imunossupressão

## Diagnóstico Diferencial:

Nevo atípico. Lentigo. Nevo azul. Carcinoma basocelular pigmentado Queratose seborreica. Angiomas. Granuloma piogênico. Dermatofibroma. Carcinoma espinocelular. Hematoma subungueal.

## Exames Diagnósticos:

Biópsia excisional com 1 a 2 mm de margem e estendendo-se até o tecido subcutâneo.  
Pesquisa do linfonodo sentinela: nos casos de tumores de espessura intermediária (1 a 4 mm), ulcerados, Clark IV e > 1 mitose/campo.

## Manifestações clínicas:

Corresponde a 3-4% dos cânceres cutâneos.

Sua incidência triplicou nas últimas duas décadas.

É o tumor cutâneo mais comum em adultos jovens.

Atinge com maior frequência homens acima de 50 anos e mulheres com menos de 40 anos.

## Tratamento

- Excisão cirúrgica.
- Ampliação das margens cirúrgicas após diagnóstico anatomopatológico dependendo da espessura do tumor.

### **Diretrizes da National Comprehensive Cancer Network.**

- *In situ*: 0,5 cm.
- < 1 mm: 1 cm.
- De 1,01 a 2 mm: 1 a 2 cm.
- De 2,01 a 4 mm: 2 cm.
- >4 mm: 2 cm.

# Síndrome do calcanhar e palma pretos

CID-10: S 90.3

## Sinonímia:

Petéquias calcâneas

Talon noir

## Definição:

Pigmentação do calcanhar/ palmar devido extravasamento de hemácias.

## Etiologia:

- Ruptura dos capilares papilares.
- Traumas durante esportes mais intensos.
- Saltos repetidos, paradas ou torções repentinas do calcanhar.
- Esta condição é associada a atletas, adolescentes, Jogadores de futebol, basquete, tênis e squash.
- Circunstâncias semelhantes explicam a ocorrência na palma.

## Manifestações clínicas:

Eritrócitos extravasados , nas papilas dérmicas.  
Alterações histológicas limitadas ao estrato córneo.  
O material amorfo amarelo-marrom são encontrados em coleções arredondadas com eliminação transepidérmica. Este material: negativo com coloração de Perls (hemossiderina) positiva de benzidina - derivado da hemoglobina

## Exame dermatológico

Manchas pretas azuladas

Ocorrem repentinamente na parte de trás ou lateral do calcanhar, logo acima da borda hiperqueratótica do pé.

A área metatarsiana não é envolvida.

Ambos os sexos podem ser afetados.

## Diagnóstico diferencial:

Tatuagem, Hiperplasia melanocítica atípica ou mesmo a um melanoma.

## Exames diagnósticos:

CLÍNICO (boa anamnese etiológica).

DERMATOSCOPIA: Calcanhar preto tem características muito específicas.

## Tratamento

Na dúvida diagnóstica - aparar cuidadosamente o estrato córneo - suficiente para remover o pigmento.

## DICA:

Condição assintomática - **Importante:** descartar o melanoma maligno pois a clínica é muito semelhante.



## **Calcanhar e palma pretos**

### ***PETÉQUIAS CALCÂNEAS***

***Grupos agregados próximos de manchas pretas ou azuladas.***

***Ocorrem repentinamente na parte de trás ou lateral do calcanhar.***



# IMPETIGO

**CID-10: L 01**

## Sinonímia:

**IMPETIGINIZAÇÃO SECUNDÁRIA**

## Definição:

Infecção bacteriana superficial da pele, comum em crianças, que se apresenta em duas formas clínicas: bolhosa, com formação de bolhas; e não bolhosa (crostosa), caracterizada por lesões eritematosas com crostas melicéricas.

## Etiologia:

Streptococcus beta-hemolítico do grupo A, Staphylococcus aureus ou infecção mista.

**DICA:** Uma complicação que pode surgir 3 semanas do início do quadro cutâneo - glomerulonefrite pós-estreptocócica.

## Manifestações clínicas:

Acomete predominantemente crianças em idade pré-escolar e escolar.

Fatores predisponentes incluem higiene inadequada e lesões cutâneas pré-existentes, como escabiose e eczemas, que favorecem a impetiginização.

Clinicamente, pode haver febre e linfadenopatia regional associada, especialmente nos casos mais extensos ou complicados.

## Exame dermatológico:

No Impetigo não bolhoso - observam-se lesões inicialmente vesiculopustulosas que evoluem para placas eritematosas recobertas por crostas amarelo-douradas, comumente distribuídas na face e extremidades.

No impetigo bolhoso - predominam bolhas flácidas de maior tamanho, que se rompem com facilidade, originando áreas de erosão circundadas por crostas. Frequente o aparecimento de lesões-satélite próximas às áreas afetadas.

## Diagnóstico diferencial:

Varicela., Herpes simples, Escabiose e Prurigo estrófulo.

## Exames diagnósticos

- Diagnóstico: clínico.
- Exame bacterioscópico e cultura (identificação do agente etiológico).

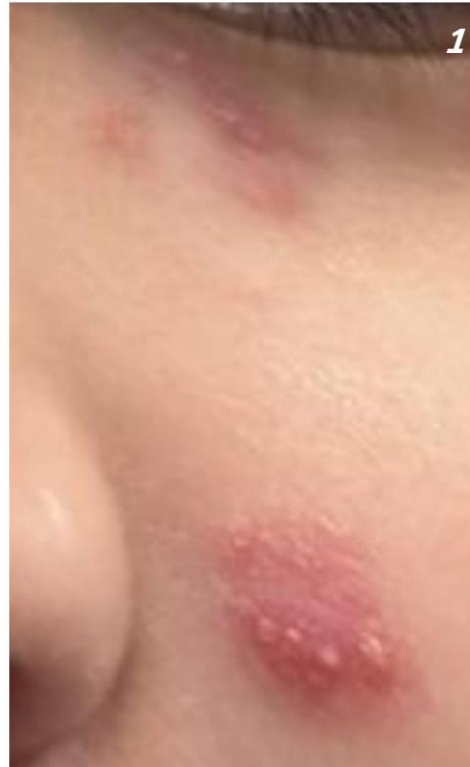
## Tratamento:

Higiene local com água morna e sabão é fundamental para a remoção das crostas e redução da carga bacteriana. Em casos localizados, indica-se o uso de antibióticos tópicos, como mupirocina, ácido fusídico ou neomicina, aplicados 3X ao dia.

Nos casos mais extensos, com múltiplas lesões ou sinais sistêmicos, está indicado o uso de antibióticos por via oral, sendo as opções mais comuns: amoxicilina associada ao ácido clavulânico, dicloxacilina, cloxacilina, cefalexina ou clindamicina, conforme a suspeita etiológica.



## IMPETIGO



1-Fotos de Acervo do autor



## AMILOIDOSE MACULAR

*Pigmentação reticulada de cor  
parda-acinzentada no dorso.*



# ESTRIAS ATRÓFICAS



*1-Fotos de Acervo do autor*

## ESTRIAS GRAVÍDICAS



1-Fotos de Acervo do autor



## **ERITEMA NODOSO**

***Infecções (bacterianas, fúngicas, viroses), Drogas, Sarcoidose, Linfomas, Espondilite anquilosante, Artropatias reativas, Dça de Behçet, Hanseníase.***

***Dentre as causas dessas manifestações, destacam-se os fármacos.***

***Uma anamnese bem conduzida pode revelar a etiologia medicamentosa.***

***As sulfas, a penicilina, as fenotiazinas, a isoniazida, o ácido acetilsalicílico e outros.***

### **ERITEMA NODOSO POR FÁRMACOS**



1-Fotos de Acervo do autor

# URTICÁRIA

**CID-10: L50.0**

## Definição:

Dermatose frequente, caracterizada por pápulas edematosas eritematosas (urticas) e, em alguns casos, angioedema.

Pode ser classificada conforme o tempo de duração:

Urticária aguda, quando os sintomas têm duração inferior a seis semanas.

Urticária crônica, quando persiste por mais de seis semanas

Também pode ser subdividida por tipo de desencadeante, como urticária física, de contato, vasculite urticariforme, entre outras.

Importante destacar que o angioedema pode ocorrer isoladamente, sem lesões típicas de urticária

## Etiologia:

Em média, 50% das urticárias são idiopáticas.

Infecções e infestações, medicamentos e doenças autoimunes podem estar implicados.

## Manifestações clínicas:

Lesões pruriginosas, mais intensas à noite e no período pré-menstrual.

Afeta ambos os sexos e qualquer idade.

Urticas duram menos de 24h e desaparecem sem deixar marcas.

Angioedema ocorre em até 50% dos casos, principalmente em face, extremidades e genitais.

Quando acomete de mucosas (língua, faringe, laringe) é raro, mas grave.

Dermografismo é uma manifestação comum

## Exame dermatológico

Presença de máculas e pápulas eritematosas que evoluem para placas edemato-eritematosas (urticas), frequentemente circundadas por halo mais claro (anêmico). As lesões variam em número, tamanho e forma, podendo apresentar-se como anulares, serpiginosas ou com contornos geográficos

## Diagnóstico diferencial.

- Eritema polimorfo.
- Dermatite de contato aguda.

## Exames diagnósticos

- Anatomopatológico.
- Investigação de foco infeccioso com ASLO, protoparasitológico e avaliação ginecológica e odontológica.
- Investigação de autoimunidade com anticorpos antitireoidianos, TSH e T4 livre.
- Testes de provocação nas urticárias físicas.
  - Teste do soro autólogo.
- Dosagem de complemento sérico.

## Tratamento

Anti-histamínicos H1: sedativos (ex: hidroxizina) ou não sedativos (ex: loratadina, cetirizina, fexofenadina, bilastina).

Corticosteroides sistêmicos: em crises agudas e exacerbações.

Ansiolíticos: podem ser associados nos casos com componente emocional.

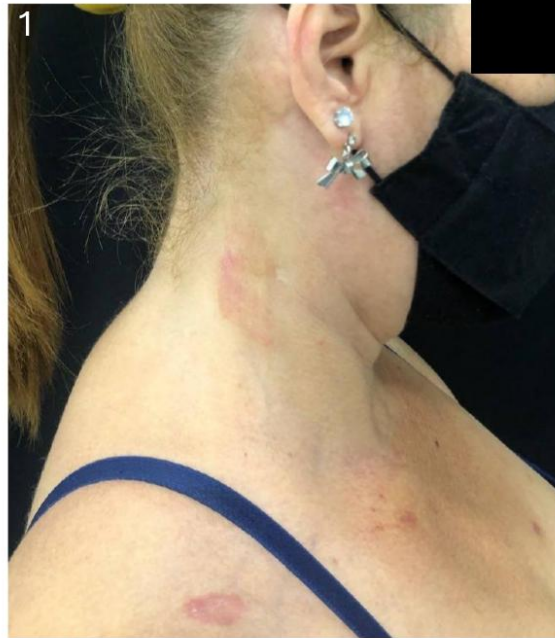
Dapsona: útil na urticária vasculite.

Imunomoduladores: ciclosporina, metotrexato e omalizumabe em casos refratários.

Adrenalina subcutânea: indicada em episódios graves com risco de anafilaxia



## **URTICÁRIA- ANGIOEDEMA**



***1-Fotos de Acervo do autor***

# HERPES ZOSTER

CID-10: B 02

## Sinonímia:

**Zona, Cobreiro**

## Definição:

Reativação do vírus varicela-zoster (VZV), o mesmo agente etiológico da catapora. A infecção permanece latente nos gânglios sensoriais e pode ser reativada, especialmente em situações de queda da imunidade.

Dermatose comum, cuja incidência aumenta com a idade e entre pacientes imunocomprometidos, sendo nesses grupos mais frequente e com maior risco de complicações.

**Etiologia:** Virus Varicela-Zoster/ HHV-3.

## DICA:

Em imunocomprometidos, a infecção pode se apresentar de forma disseminada (semelhante à varicela-zoster) ou formas mais graves (necrosantes, hemorrágicas e crônicas).

A lesão do nervo trigêmeo pode afetar seu ramo nasociliar, levando ao aparecimento de lesões na ponta do nariz.

## Manifestações clínicas:

Inicia-se de modo gradual,  
Precedido por uma dor intensa,

Dor do tipo neurítica.

#Alguns dias antes do  
aparecimento da erupção.

## Exame dermatológico

Quadro clínico caracterizado por vesículas agrupadas sobre uma base eritematoedematosa, com distribuição unilateral, respeitando a linha mediana do corpo. As lesões seguem o dermatomo correspondente ao nervo sensorial acometido.

Com o tempo, as vesículas se rompem, formam crostas e geralmente cicatrizam em 2 a 4 semanas.

O comprometimento motor é raro, mas pode ocorrer, manifestando-se como paralisia facial periférica, íleo paralítico ou disfunção urinária, especialmente em casos mais graves ou em pacientes imunossuprimidos.

## Diagnóstico diferencial:

A dor intensa no período prodromico deve ser diferenciada de infarto agudo do miocárdio, abdome agudo e litíase renal.

## Exames diagnósticos:

- Diagnóstico clínico: quadro é típico.
- Citodiagnóstico: Teste de Tzanck.
- Anatomopatológico.
- Investigar imunossupressão e outras causas predisponentes - doenças sistêmicas.

## Tratamento

Aliviar a dor, reduzir a duração da infecção e prevenir a neuralgia pós-herpética - principal complicação associada à doença.

### ■ Antivirais:

Aciclovir: 800 mg, 5 vezes ao dia, durante 7 dias.

Fanciclovir: 1 g, a cada 12 horas, por 7 dias.

Valaciclovir: 1 g, 3 vezes ao dia, durante 7 dias.

### ■ Analgésicos e Corticosteroides sistêmicos:

O uso é controverso, mas pode ser indicado em casos de dor intensa, especialmente quando associado aos antivirais.

### ■ Tratamentos auxiliares:

Compressas com solução de água boricada e antibióticos tópicos para prevenção de infecções secundárias.

- Prevenção em idosos e pacientes imunossuprimidos: A vacinação contra o herpes zoster (vacina atenuada) é recomendada.

# HERPES SIMPLES

**CID-10: B00.1**

## Definição:

Trata-se de uma infecção viral recorrente, comum e que pode afetar qualquer pessoa, sendo causada por duas cepas diferentes do vírus Herpes simplex. A transmissão ocorre através do contato direto, podendo também ser sexualmente transmissível. O vírus permanece no corpo de forma permanente, com ciclos de latência seguidos de reativação em determinados períodos.

## Etiologia:

A doença é provocada pelo vírus herpes simplex (HSV):

HSV tipo I: Normalmente vinculado a infecções na face e no tronco.

HSV tipo II: Geralmente responsável pelas infecções na área genital e anal

## Manifestações clínicas:

**Período de incubação:** Geralmente varia entre 3 a 7 dias após a exposição ao vírus.

**Primo-infecção herpética:** Corresponde ao primeiro contato com o HSV, sendo frequentemente assintomática, embora alguns pacientes possam apresentar manifestações clínicas leves.

**Gengivostomatite herpética:** Forma mais comum em crianças, com sintomas sistêmicos como febre, mal-estar e lesões vesiculosas e ulceradas na mucosa oral.

**Herpes recorrente:** As recidivas podem ser provocadas por fatores como imunossupressão, trauma local, exposição solar, febre, menstruação, estresse emocional e outros. As lesões podem surgir em pele ou mucosas.

**Herpes em pacientes imunocomprometidos:** Nestes casos, o quadro é geralmente mais grave, com lesões extensas, profundas e de difícil cicatrização

## Exame dermatológico

As lesões típicas são vesículas agrupadas sobre uma base avermelhada e edemaciada, que se rompem, formando crostas e pequenas úlceras.

Na primoinfecção, é comum a presença de linfadenopatia na região.

## Diagnóstico diferencial:

Afta, impetigo bolhoso, sífilis, cancroide.

## Exames diagnósticos

■ O diagnóstico é baseado na avaliação clínica.

■ **Citodiagnóstico de Tzanck:** Método padrão – coleta de um esfregaço da base da lesão ou da área de erosão recente: Presença de céls gigantes multinucleadas e inclusões intranucleares.

■ **Exame anatomopatológico.**

■ **Isolamento viral:** Técnicas como imunofluorescência, imunoperoxidase e microscopia eletrônica podem ser usadas.

■ **Sorologia:** Testes imunoenzimáticos para detectar IgG avaliam a titulação, enquanto a imunofluorescência indireta verifica a presença de IgM (positiva ou não reativa). Para confirmar uma infecção recente, a sorologia deve ser comparada com amostras coletadas com 15 dias de intervalo, observando-se um aumento nos títulos.

## Tratamento

■ **Aciclovir:** 200 mg, 5 X dia - 5 dias, podendo ser estendido em casos de primoinfecção.

Nos Imunocomprometidos - dose dobrada.

■ **Fanciclovir:** 250 mg, 3 X dia, nas primoinfecções; 125 mg, a cada 12 horas, para infecções recorrentes.

■ **Valaciclovir:** 500 mg, 2X dia, por 5 dias.

■ **Cuidados locais:** Limpeza da área afetada e compressas com solução de água boricada.

■ **Tratamentos tópicos:** Uso de cremes contendo antibiótico, aciclovir ou fanciclovir.



# HERPES SIMPLES



*1-Fotos de Acervo do autor*



## HERPES SIMPLES / ECZEMA HERPÉTICO



*1-Fotos de Acervo do autor*



## HERPES ZOSTER



*1-Fotos de Acervo do autor*

# ESTRIAS ATRÓFICAS

CID-10: L90.9

## Sinonímia:

**Estrias de distensão**

## Definição:

São atrofia linear da pele causadas por alterações do colágeno dérmico.

## Etiologia:

- Gestação.
- Crescimento rápido na adolescência
- Síndrome de Cushing.
- Uso crônico de corticosteroides.
- Rápido ganho de peso.
- Exercícios e uso de anabolizantes esteroides – aumento da massa muscular

## Manifestações clínicas:

São mais comumente observadas em áreas sujeitas à distensão cutânea, com predileção pelas mamas, raiz dos membros, região toracolombar, glúteos e abdome.

Essas localizações refletem os locais de maior tração ou expansão da pele, especialmente durante fases de crescimento, alterações hormonais ou ganho ponderal.

## Exame dermatológico

Inicialmente, as lesões apresentam-se na fase inflamatória, caracterizadas por estrias lineares de coloração violácea ou avermelhada, acompanhadas de leve edema local.

Com o passar do tempo, evoluem para a fase cicatricial, tornando-se hipocrômicas, esbranquiçadas, atróficas e com aspecto semelhante ao de papel de seda.

Geralmente com superfície lisa e depressão discreta em relação à pele adjacente.

## Diagnóstico diferencial:

- Elastose focal linear.
- Anetodermia.

## Exames diagnósticos:

Características clínicas.

## Tratamento

- Ablação com pulso dye laser.
- Tretinoína tópica (evitar durante a gravidez).
- Pomada de tacrolimo/creme de pimecrolimo.

**DICA:** Estrias horizontais na região lombossacral de adolescentes em decorrência do rápido crescimento vertical podem ser confundidas com sinais de abuso.

# QUERATOSE SEBORREICA

CID-10: L86

## Sinonímia:

**Ceratose seborreica**

## Definição:

Lesão de aparência ceratósica, com crescimento exofítico, coloração escura ou amarronzada, frequentemente observada em pessoas de meia-idade e em idosos.

## Etiologia:

- Desconhecida
- Provavelmente tumores foliculares.

## DICA:

- Surgimento súbito de numerosas queratoses seborreicas - Sinal de Leser-Trelat.
- Associado à malignidade - Adenoca Gástrico.
- Também descrito após a quimioterapia.

## Manifestações clínicas:

Acomete qualquer localização com exceção das palmas das mãos e plantas dos pés.  
É mais comumente na dorso. Face e tronco.

## Exame dermatológico

Lesões únicas ou múltiplas,  
Verrucosas,  
Com superfície graxenta,  
Coloração castanha ou enegrecida.

## Diagnóstico diferencial.

- Verruga vulgar.
- Carcinoma basocelular pigmentado.
- Nevo pigmentar.
- Melanoma Verrucoso

## Exames diagnósticos:

Uma boa anamnese: Tempo do aparecimento, Crescimento lento. Anatomopatológico.

## Tratamento:

Curetagem e eletrocauterização.  
Crioterapia.  
Peeling.  
Laser.  
5-fluorouracil?



# MOLUSCO CONTAGIOSO

**CID-10: B08.1**



## Sinonímia:

**POX VIRUS**

## Definição:

Trata-se de uma infecção cutânea viral autolimitada, de evolução benigna, que acomete principalmente a pele, sendo rara a manifestação em mucosas.

É mais comum em crianças, mas também pode ocorrer em adultos imunocomprometidos e sexualmente ativos.

## Etiologia:

Vírus DNA da família Poxvirus.

## DICA:

- *Em crianças atópicas, podem ser encontradas extensas áreas de eczematização no sítio da infecção (DERMATOSE DO MOLUSCO).*
- *Em imunocomprometidos, as lesões são numerosas, resistentes, podendo atingir grandes dimensões, formando nódulos e lesões vegetantes.*

## Manifestações clínicas:

Período de incubação:

21 a 180 dias.

Transmissão: contato individual.  
Contaminação indireta pode ocorrer.  
Transmissão sexual é importante.

## Exame dermatológico:

As lesões são pápulas semiesféricas, sésseis, de cor rosada ou da pele, frequentemente com umbilicação central. São assintomáticas e variam de tamanho conforme o estágio de evolução.

Geralmente aparecem em grande número e podem afetar qualquer área do corpo. São mais comuns na face, tronco e membros em crianças, e na região genital e pubiana em adultos.

## Exames diagnósticos:

- Diagnóstico clínico: lesão dermatológica característica.
- Exame anatomopatológico: característico, material viral eosinofílico ocupando todo o citoplasma.

## Diagnóstico diferencial:

Verruga plana.

## Tratamento:

- Curetagem + aplicação de tintura de iodo.
- Cauterização química com podofilina a 20% ou ácido tricloroacético a 30%.
  - Crioterapia com nitrogênio líquido.
- Hidróxido de potássio 5 a 10% em crianças de aplicação caseira com os devidos cuidados.
  - Imunomoduladores ou antivirais tópicos: imiquimode nos casos resistentes e recidivantes e imunocomprometidos.

# MELASMA / CLOASMA

**CID-10: L81.9**

**Sinonímia: Cloasma**

## Definição:

Dermatose pigmentada adquirida, caracterizada por hipermelanose localizada, predominando em áreas expostas à radiação solar, especialmente na região facial.

É uma condição comum, com maior incidência em mulheres e associação a fatores hormonais e exposição à luz ultravioleta.

## Etiologia:

- A causa exata do melasma não seja completamente compreendida, acredita-se que fatores hormonais desempenhem papel importante, considerando sua maior prevalência em mulheres em idade reprodutiva. A condição é especialmente comum durante a gestação, o que reforça a associação com alterações endócrinas.
- É incomum em homens e rara em mulheres após a menopausa, sugerindo influência estrogênica e/ou progesteragênica.

## Manifestações clínicas:

Afeta predominantemente mulheres em idade fértil, com alta frequência durante a gestação. As máculas hiperpigmentadas tendem a surgir ou se acentuar com a exposição à radiação solar, o uso de contraceptivos hormonais e alterações hormonais gestacionais. Embora possa haver clareamento parcial das lesões com a retirada dos fatores desencadeantes, como a interrupção de anticoncepcionais ou após o parto, em muitos casos as manchas persistem de forma crônica.

## Exame dermatológico

Máculas hiperocrômicas de tonalidade acastanhada, distribuídas predominantemente nas regiões malar, frontal, supralabial e mentoniana.

As lesões geralmente apresentam disposição bilateral e simétrica, com contornos bem definidos, sem infiltração ou descamação associada.

A coloração pode variar de marrom-claro a marrom-escuro, dependendo da profundidade da pigmentação.

## Exames diagnósticos

Clínico.

Com lâmpada de Wood.

Anatomopatológico.

## Diagnóstico diferencial.

Hiperpigmentação pós-inflamatória.

Melanodermia tóxica.

Ocronose exógena.

## Tratamento:

Fotoproteção,

Hidroquinona, Ácido retinoico, Ácido azelaico, Ácido kójico, Ácido fítico.

**DICA:** Doença crônica, com recidivas muito rápidas e frequentes.

# PITIRÍASE ALBA

CID-10: L30.5

## Sinonímia:

**ECZEMÁTIDE HIPOCRÔMICA**

## Definição:

*Trata-se de uma dermatose comum na infância, caracterizada por máculas hipocrômicas com descamação furfurácea, geralmente assintomáticas ou discretamente pruriginosas*

## Etiologia:

- Relaciona-se à perda aumentada de água pela epiderme e à produção reduzida de sebo, resultando em comprometimento do manto lipídico cutâneo.
- Entre os fatores agravantes estão o uso frequente de sabões ou agentes de limpeza alcalinos e a exposição solar contínua, que contribuem para a disfunção da barreira cutânea.

## Manifestações clínicas:

Essa condição ocorre predominantemente na face de crianças com pele morena e tendência à secura.

Em adultos, as lesões costumam surgir após exposição solar e são mais frequentes em indivíduos atópicos.

## Exame dermatológico:

As lesões apresentam-se como áreas hipocrômicas, de limites pouco definidos, com descamação muito fina e superfície áspera ao tato, especialmente perceptível à palpação.

## Exames diagnósticos:

Micológico direto e Luz de Wood.

Teste de sensibilidade térmica, dolorosa e tátil.

Teste de histamina e pilocarpina

## Diagnóstico diferencial:

- Hanseníase indeterminada.
- Vitiligo. ■ Pitiríase versicolor.
- Micose fungóide hipocromiante.

## Tratamento:

Corticosteroides tópicos.

Aplicação tópica de emolientes.

Evitar agressões com sabonetes e sol.

Fotoproteção.

**DICA:** Confundido com dermatofitoses (micoses superficiais) e infestações parasitárias.

# VITILIGO

**CID-10: L80**

## Sinonímia:

Leucodermia adquirida

## Definição:

Afecção cutânea caracterizada pelo aparecimento de áreas acrómicas decorrentes da perda funcional ou destruição dos melanócitos epidérmicos. Estima-se que acometa aproximadamente 1% da população global. Pode apresentar o fenômeno de Koebner, no qual lesões surgem em locais de trauma cutâneo.

## Etiologia:

A causa exata do vitiligo ainda não é completamente elucidada. Três principais teorias são discutidas na literatura: a hipótese autoimune, que propõe uma destruição imunomediada dos melanócitos; a teoria neurogênica, que sugere a liberação de substâncias neurotóxicas afetando os melanócitos; e a hipótese autotóxica, que envolve acúmulo de metabólitos tóxicos derivados da própria atividade melanocitária.

- A forma mais comum, denominada vitiligo vulgar, caracteriza-se por lesões acrómicas distribuídas de forma simétrica e bilateral.
- Já o vitiligo segmentar corresponde à variante localizada, geralmente unilateral, seguindo a distribuição de um dermatomo, e frequentemente manifesta-se em idade mais precoce.

## Manifestações clínicas:

Afeta indivíduos de todas as etnias e ambos os sexos de forma equivalente. Em aproximadamente 50% dos casos, o início das lesões ocorre antes dos 20 anos de idade, apresentando curso crônico e progressivo. Há evidências de predisposição genética, com maior incidência em familiares de primeiro grau. A repigmentação espontânea é observada em cerca de 10 a 20% dos pacientes, ocorrendo predominantemente ao redor dos folículos pilosos, o que caracteriza o padrão perifolicular de repigmentação.

## Exame dermatológico

Inicialmente observam-se máculas hipocrômicas, geralmente detectadas em áreas mais expostas à radiação solar, como a face e o dorso das mãos. Com a progressão do quadro, surgem máculas acrómicas bem delimitadas, acometendo preferencialmente a face, regiões periorificiais (ao redor dos olhos, boca, narinas e genitália), axilas, virilhas e áreas sujeitas a microtraumas repetitivos — como joelhos, cotovelos, tornozelos, dorso das mãos e dos pés. As bordas das lesões podem apresentar hiperpigmentação residual. Inicialmente, os pelos localizados nas áreas afetadas mantêm sua coloração normal, mas tendem a perder a pigmentação com o tempo, tornando-se progressivamente amelanóticos.

## Exames diagnósticos

Clínico / Anatomopatológico.

Investigação das doenças associadas.  
Com lâmpada de Wood – exame da pele.

## Diagnóstico diferencial.

- Nevo Acrômico.
- Leucodermia pós-inflamatória
- Lúpus subagudo.

## Tratamento

- Uso de corticoides tópicos nas fases iniciais. A fototerapia com UVB de banda estreita ou PUVA é indicada para estimular a repigmentação, especialmente em casos extensos. Inclui ainda camuflagem com maquiagem e fotoproteção rigorosa.

**DICA:** O vitiligo pode estar associado a doenças autoimunes como hipotireoidismo, diabetes melito, anemia perniciosa, alopecia areata e nevo halo — sendo recomendada investigação nesses casos.



# VITILIGO



*1-Fotos de Acervo do autor*



## **VITILIGO**



**1-Fotos de Acervo do autor**



## **HIPOMELANOSE MACULAR PROGRESSIVA**

**CID-10: L81.6**



***1-Fotos de Acervo do autor***



## MELASMA



*1-Fotos de Acervo do autor*



## ***PITIRÍASE ALBA***



***Acentuação da hipocromia no maciço central e na fronte.***



***Hipocromia na face.***

***1-Fotos de Acervo do autor***

# NEVO ACRÔMICO

CID-10: L 81.6

## Sinonímia:

**Nevo Hipocrômico**

## Definição:

Dermatose congênita, de ocorrência rara, caracterizada por uma área circunscrita de hipopigmentação cutânea, estável ao longo do tempo e não relacionada a outras condições patológicas sistêmicas ou inflamatórias.

## Etiologia:

Desconhecida.

## Manifestações clínicas:

A lesão é de origem congênita, embora nem sempre seja evidente ao nascimento. Costuma tornar-se perceptível nos primeiros anos de vida e permanece estável em tamanho e distribuição ao longo do tempo

## Exame dermatológico:

Presença de mácula hipocrômica única, bem delimitada, geralmente localizada no tronco. Os pelos dentro da lesão costumam apresentar despigmentação, acompanhando a alteração melanocítica da área afetada.

## Exames diagnósticos:

Predominantemente clínico, podendo ser confirmado por exame anatomopatológico, que revela redução do número ou da atividade dos melanócitos na área afetada.

## Diagnóstico diferencial:

- Hipomelanose de Ito (formas lineares ou segmentares)
- Vitiligo segmentar
- Nevo anêmico

## Tratamento:

Não requer intervenção específica.

A camuflagem com maquiagem pode ser utilizada para fins estéticos, se desejado. Recomenda-se fotoproteção para preservar a integridade da pele.

**DICA: Diferentemente do nevo anêmico, o nevo hipocrômico apresenta vascularização visível, especialmente após fricção da área.**



# VITILIGO PERINÉVICO

**CID-10: I78.1**

## Sinonímia:

Halonevo / Nevohalo/ Nevo de sutton

## Definição:

Nevo melanocítico adquirido envolvido por uma área de despigmentação periférica, geralmente mais clara que a pele adjacente. É uma lesão benigna, mais comum em adolescentes e jovens adultos, podendo estar associada a uma resposta imunológica dirigida contra melanócitos.

## Etiologia:

Acredita-se que o quadro resulte de uma resposta imunológica do hospedeiro contra os melanócitos do nevo, envolvendo uma reação celular local com ativação do sistema imune, especialmente de linfócitos T citotóxicos.

## Manifestações clínicas:

A Trata-se de uma condição relativamente frequente, predominando em crianças e adolescentes. Costuma afetar múltiplos nevos, com predileção pela região dorsal. Em alguns casos, pode anteceder o aparecimento do vitiligo.

## Exame dermatológico

Area de despigmentação, hipo ou acrômica, envolvendo um nevo melanocítico pré-existente. Com a evolução do quadro, o nevo central tende a involuir progressivamente, podendo desaparecer por completo. A área de hipopigmentação periférica pode persistir por tempo variável ou sofrer recoloração espontânea ao longo dos meses ou anos.

## Exames diagnósticos:

Clínico / Anatomopatológico

## Diagnóstico diferencial:

Melanoma extensivo superficial em regressão.

## Tratamento

Retirada do nevo +  
Seguimento e orientações.

**DICA: Devido ao risco de melanoma?  
Recomendação da retirada do nevo - discutível.**



## HEMANGIOMA ESTELAR/ SPIDER NEVUS

**CID-10: I78.1**



### Sinonímia:

Nevus Arâneo

### Definição:

**Proliferações vasculares adquiridas.  
Muito comuns - todas idades.**

### Etiologia:

**Desconhecida.**

### Manifestações clínicas:

Ocorre em todas as idades.  
Acomete mais a face e a porção anterior do tórax.

### Exame dermatológico

**Pequena pápula central de coloração vermelho-intensa e brilhante, da qual se irradiam vasos dilatados (telangiectasias) em diferentes direções**

### Exames diagnósticos:

**Clínico.**

### Diagnóstico diferencial:

**Hemangioma rubi.**

### Tratamento

Eletrofulguração da parte central /Laser.

### DICA:

**Essa condição pode ocorrer de forma espontânea ou estar associada a situações como cirrose hepática ou gestação.**

**O tratamento pode incluir o uso de triexifenidil, um medicamento utilizado no manejo da doença de Parkinson.**

# ACNE VULGAR

**CID-10: L70.0**



## Sinonímia: **ACNE**

### Definição:

Doença cutânea crônica que acomete a unidade pilossebácea, caracterizada pelo surgimento de lesões inflamatórias e não inflamatórias, geralmente localizadas na face, dorso e região anterior do tórax.

É uma dermatose polimórfica, com apresentação variada, incluindo comedões, pápulas, pústulas, nódulos e cicatrizes.

## Etiologia

Fatores múltiplos envolvidos:

Hiperqueratinização folicular, frequentemente associada a predisposição genética.

Hipersecreção sebácea, geralmente induzida por estímulo androgênico.

Alteração da microbiota cutânea, com proliferação de *Cutibacterium acnes* (antigo *P. acnes*).

Processo inflamatório complexo, com participação da imunidade inata e adaptativa na resposta cutânea.

## Manifestações clínicas:

Inicia-se comumente na puberdade e pode persistir até os 30 anos.

A maior prevalência ocorre entre os 14 e 17 anos em meninas e entre 16 e 19 anos nos meninos.

É uma das dermatoses mais frequentes na adolescência, com evolução variável conforme fatores hormonais, genéticos e ambientais

## Exame dermatológico

### (Formas clínicas)

Acne comedoniana sem inflamação.

Acne papulopustulosas.

Acne nódulo-cística.

Acne conglobata.

Acne fulminante.

Acne neonatal e infantil.

Acne da mulher adulta.

## Exames diagnósticos:

O diagnóstico é clínico, baseado na morfologia e distribuição das lesões.

Em mulheres adultas, com sinais de hiperandrogenismo ou acne de difícil controle, pode-se solicitar:

Testosterona total e livre, FSH e LH, DHEA-S  
Insulina sérica (resistência insulínica)

### Diagnóstico diferencial:

- Rosácea.
- Erupções acneiformes.

## Tratamento:

Peróxido de benzoíla (gel a 2,5 - 10%).

Retinoides - creme/gel -0,025% -0,05% -0,1%.

Adapaleno (gel 0,1% ou 0,3%).

Ácido azelaico (15 - 20% gel / creme).

Antibióticos sistêmicos:

Tetraciclina (0,5 - 2 g/dia), minociclina (100 a 200 mg/dia) e doxiciclina (100 a 200 mg/dia).

Isotretinoína 20-40mg / dia DT = peso

# ROSÁCEA

**CID-10: L71**

## Sinonímia:

**ACNE ROSÁCEA**

## Definição:

Dermatose crônica que afeta a região central da face (nariz, bochechas e fronte). Caracterizada por alterações da reatividade vascular cutânea e, em muitos casos, por uma resposta inflamatória persistente.

A condição cursa com períodos de exacerbação e remissão

## Etiologia:

Associada a uma resposta vascular anormal, resultando em vasodilatação persistente e formação de telangiectasias. Fatores desencadeantes e agravantes incluem:

- Predisposição genética e sensibilidade individual ao rubor facial
- Estímulos alimentares, como bebidas alcoólicas, alimentos quentes e condimentados
- Fatores emocionais, como estresse e ansiedade
- Agentes ambientais, incluindo exposição solar, variações térmicas e calor excessivo
- Comorbidades, como distúrbios gastrointestinais e hipertensão arterial
- Uso crônico de corticosteroides tópicos
- Presença do ácaro *Demodex folliculorum*, possivelmente contribuindo para a inflamação local.

## Manifestações clínicas:

Comum em mulheres entre 30 e 40 anos. Acomete principalmente a face, envolvendo as áreas malares, mentoniana, nasal, frontal e masseterina.

Em casos mais extensos, pode afetar também as orelhas e o pescoço.

A forma conhecida como rinofima é mais frequente em homens, caracterizada por espessamento e deformidade do nariz, conferindo um aspecto volumoso e irregular, geralmente nos estágios mais avançados da doença

## Exame dermatológico:

- Rosácea vascular: eritema e telangiectasias (fase pré-rosácea).
- Rosácea papulopustulosa.
  - Rosácea fimatosa.
  - Rosácea ocular.
- Rosácea granulomatosa.
  - Rosácea conglobata.
  - Rosácea fulminante

## Exames diagnósticos:

Clínico / Anatomopatológico

## Diagnóstico diferencial:

- Acne vulgar.
- Dermatite seborreica.
- Dermatite perioral.
- Lúpus eritematoso.
- Erupção polimorfa à luz.

## Tratamento:

Tópico: Metronidazol. Ácido azelaico. Antibióticos tópicos. Protetores solares .

Sistêmico: -Tetraciclina, 500 mg, VO, 2Xdia.

- Metronidazol, 400 mg, VO, 2Xdia.

- Isotretinoína, 20 a 40 mg / dia.

Luz intensa pulsada. Cirurgia no rinofima.

**DICA: Evitar os fatores desencadeantes/agravantes: alimentos quentes, condimentados, álcool, café. Sol e frio.**



## **QUERATOSE SEBORREICA**



***Pápulas acastanhadas de superfície graxenta  
na região Inframamária de paciente idosa.***

***1-Fotos de Acervo do autor***



# ROSÁCEA



*1-Fotos de Acervo do autor*



## **Rosácea pustulosa**

***Pápulas e pústulas sobre  
área eritematosa e infiltrada  
na fronte e região malar  
bilateralmente.***

***1-Fotos de Acervo do autor***



# DERMATOFITOSSES-1

CID-10: B 35

## Sinonímia:

Micoses superficiais

## Definição:

Infecções fúngicas restritas às camadas mais externas da pele, cabelos e unhas, comumente referidas como "tinhas", causadas por fungos dermatófitos que possuem afinidade por estruturas ricas em queratina.

## Etiologia:

Epidermophyton floccosum, diversas espécies de Trichophyton e algumas de Microsporum.

## Manifestações clínicas 1

**Couro cabeludo:** Essa forma é mais prevalente em crianças, sendo rara em adultos devido a fatores como a composição lipídica do couro cabeludo e o pH da pele nessa faixa etária.

**Unhas:** A infecção ungueal maior freqüente no sexo masculino, caracterizando-se por alterações na coloração, espessamento e fragilidade das unhas.

**Mãos:** A dermatofitose nas mãos é pouco comum e, quando presente, tende a afetar a mão não dominante, geralmente associada à infecção concomitante nos pés.

## Exame dermatológico 1

■ **Couro cabeludo:** Observa-se presença de placas eritematosas, descamativas e áreas com rarefação ou quebra dos fios (lesões tonsurantes).

Quando a etiologia é atribuída ao Trichophyton schoenleinii, pode-se identificar alopecia cicatricial associada a pequenas depressões foliculares características da **tinha favosa**. Em situações com resposta inflamatória intensa, pode-se desenvolver um quadro conhecido como **Kerion celsi**.

■ **Unhas:** Notam-se alterações como opacificação, perda do brilho natural e espessamento ungueal, geralmente acompanhado de hiperqueratose subungueal. As lâminas tornam-se frágeis e suscetíveis à fragmentação, sendo frequente a presença de sulcos ou depressões decorrentes da inflamação nas pregas periungueais.

## Exame dermatológico 2

■ **Mãos:** Presença de descamação fina, geralmente sem sinais de eritema, frequentemente associada a alterações ungueais específicas compatíveis com infecção fúngica.

■ **Pés:** As manifestações clínicas podem se apresentar de três formas principais: como lesões interdigitais com aspecto intertriginoso; como descamação difusa na planta dos pés, semelhante ao formato de um mocassim; ou ainda na forma vesicopustulosa localizada na região plantar.

Em alguns casos, observa-se o aparecimento de vesículas nas mãos, atribuídas a uma reação de hipersensibilidade fúngica, conhecida como mícide.

■ **Região crural:** Identificam-se placas eritematosas, papulo-descamativas, com limites bem definidos e atividade inflamatória predominante nas bordas. Nessas áreas periféricas podem surgir vesículas ou vesicopústulas.

## Exame dermatológico 3

■ **Face:** As manifestações clínicas podem incluir lesões superficiais que se assemelham às observadas na tinha corporal, com eritema e descamação. Em casos mais profundos, ocorre comprometimento do folículo piloso, configurando quadros como a dermatofitose granulomatosa (ou tinha granulomatosa), caracterizada por inflamação intensa e formação de nódulos.

■ **Demais regiões do tegumento:** As lesões dermatofíticas podem apresentar-se de forma única ou múltipla, com tamanhos variados. Frequentemente exibem bordas elevadas, eritematosas e descamativas, podendo confluir entre si e formar desenhos em anel ou figuras policíclicas características.



## DERMATOFIToses-2

**CID-10: B 35**

### Sinonímia:

Micoses superficiais

### Definição:

Infecções fúngicas que acometem as camadas mais externas da pele, pelos e unhas, provocadas por fungos queratinofílicos, principalmente os dermatófitos. Essas afecções são genericamente denominadas tinhas e caracterizam-se por se restringirem aos tecidos queratinizados, sem invasão das camadas mais profundas.

### Etiologia:

#### Os fungos podem ser:

- Geofílicos: *M. gypseum*.
- Zoofílicos: *M. canis*, *T. mentagrophytes*, *T. verrucosum*.
- Antropofílicos: *T. rubrum*, *T. tonsurans*, *T. violaceum*, *T. schoenleinii*, *E. floccosum*, *T. megninii*, *T. concentricum*.

### Manifestações clínicas 2

**Pés:** Bastante frequente, apresenta diferentes padrões clínicos, incluindo formas interdigitais, hiperqueratósicas e vesiculosas, frequentemente relacionadas ao uso prolongado de calçados fechados.

**Região crural:** Predomina em regiões de clima quente e úmido, sendo mais observada em homens. Manifesta-se na área inguinal e pode estender-se para coxas e glúteos.

**Face:** As lesões nessa região podem evoluir com resposta inflamatória acentuada, resultando, em alguns casos, na formação de granulomas, especialmente quando associados a espécies do gênero *Trichophyton*.

**Outras regiões corporais:** Em crianças, é comum o acometimento de áreas diversas do corpo por dermatófitos de origem animal (zoofílicos), resultando em lesões mais inflamatórias.

### DICA:

Importante: Em casos de tinea capitis, o tratamento deve ser sistêmico, com terbinafina como opção preferencial.

### Diagnóstico diferencial

- Couro cabeludo - alopecia areata, tricotilomania.
  - Unhas - psoríase, líquen plano.
  - Mãos - dermatite de contato, psoríase.
- Pés - dermatite de contato, psoríase, dermatite atópica.
- Região crural - dermatite de contato, psoríase invertida, pênfigo benigno familiar.
- Face - dermatite de contato, sicose bacteriana.
- Corpo em outras partes - eczema numular, psoríase gutata.

### Exames diagnósticos

O diagnóstico das dermatofitoses baseia-se no exame micológico direto, que permite a visualização de estruturas fúngicas, e na cultura para fungos, que confirma e identifica a espécie envolvida

### Tratamento:

O tratamento pode ser feito com antifúngicos tópicos (em casos localizados) ou sistêmicos, como azólicos e terbinafina, em infecções extensas ou profundas.

# LIPOMA

CID-10: D17

## Sinonímia:

ANGIOLIPOMA

## Definição:

Tumor benigno do tecido adiposo.

Nódulo assintomático e de consistência amolecida, maioria localizado no subcutâneo.

Pode aparecer em qualquer local de tecido adiposo, até em vísceras e cavidades..

## Etiologia:

- Proliferações do tecido adiposo normal de natureza pouco conhecida;
- Existem fatores genéticos envolvidos (defeito do gene de fusão HMGA2-LPP, síndromes genéticas, lipomatose múltipla familiar...). Ocorrem alterações genéticas nas células adiposas, marcadas por uma maior proliferação celular, formando um nódulo composto de adipócitos maduros.

## Manifestações clínicas:

Costumam não apresentar sintomas.

Podem surgir como lesão única ou em múltiplos focos.

Múltiplos, tendem a aparecer na fase adulta .

Podem se manifestar de duas maneiras:

Como acúmulos de gordura dolorosos ou Como lipomatose simétrica benigna, sem presença de dor.

## Exame dermatológico

Nódulos subcutâneos, móveis, únicos, moles, de crescimento lento e assintomáticos.

Mais comum no pescoço, extremidades proximais, antebraços e nádegas.

## Diagnóstico diferencial:

Cistos epidérmicos,  
Hibernomas, Lipossarcoma,  
Linfoma, Paniculites.

## Exames diagnósticos:

- Clínico.
- Anatomopatológico.

## Tratamento

Conservador ou Exérese.

### *DICA:*

A incidência é maior na população com diabetes, sobrepeso, hipercolesterolemia e adultos > 30a.

A adiposidade dolorosa tem associação com o alcoolismo.



# HANSENÍASE

**CID-10: A30**

**Sinonímia: MH, LEPRO**

## Definição:

Enfermidade infecciosa crônica, de caráter granulomatoso, causada por *Mycobacterium leprae*, com predileção pela pele e pelos nervos periféricos. Quando não diagnosticada e tratada precocemente, pode evoluir com sequelas neurológicas, deformidades e incapacidades físicas permanentes. Endêmica em diversos países em desenvolvimento. No cenário global, o Brasil ocupa a segunda posição em número absoluto de casos, com maior concentração nas regiões Centro-Oeste e Norte.

## Etiologia:

- Agente Etiológico: *Mycobacterium leprae*.
- Bacilo álcool-ácido resistente (BAAR).
- Gram-positivo.
- Parasita intracelular obrigatório (células de Schwann e macrófagos).
- Crescimento lento.

## Transmissão:

- Via aérea (gotículas das vias resp.sup.).
- Ocorre de pessoa a pessoa.
- Requer contato íntimo e prolongado com casos multibacilares não tratados.

## Manifestações clínicas:

Período de incubação prolongado, variando entre 5 a 20 anos após a infecção inicial.

A forma clínica da doença dependerá diretamente da resposta imunológica celular do hospedeiro.

Quando resposta imune celular efetiva, manifesta-se como Hanseníase Tuberculóide (MHT), forma paucibacilar e localizada.

Nos casos de falência da imunidade celular, a doença evolui para a Hanseníase Virchowiana (MHV), forma multibacilar e disseminada.

A Imunidade Intermediária/parcial, leva a Hanseníase Dimorfa (MHD), com características clínicas e histopatológicas das formas polarizadas.

## Exame dermatológico:

### (formas clínicas)

Hanseníase indeterminada (MHI) 


 Hanseníase tuberculóide (MHT)

Hanseníase virchowiana (MHV) 

 Hanseníase dimorfa (MHD)

Podem ocorrer surtos agudos reacionais.

-Reação tipo I

 Reação tipo II ou eritema nodoso hansênico

## Diagnóstico diferencial:

Granuloma anular. Dermatofitose.

Pitíriase alba. Pitíriase versicolor.

Lesões sarcoídic. Micose fungóide.

Neoplasias com metástases cutâneas.

## Exames diagnósticos:

Prova da histamina; Prova da pilocarpina; Baciloscopia; Sorologia; Intradermoreação de Mitsuda.

## Tratamento:

**Paucibacilares:** Rifampicina, 600 mg/mês, supervisionada. Dapsona, 100 mg/dia, autoadministrada por 6 meses.

**Multibacilares:** Rifampicina, 600 mg/mês e clofazimina, 300 mg/mês, supervisionadas. Clofazimina, 50 mg/dia e dapsona, 100 mg/dia, autoadministradas, 12 a 24 meses.



# CERATOSE ACTINICA

**CID-10: L57.9**



## Sinonímia:

### **QUERATOSE ACTÍNICA**

## Definição:

*São neoplasias cutâneas constituídas por proliferação de queratinócitos disqueratósicos confinados na epiderme.*

## Etiologia:

*Exposição prolongada à radiação solar e ionizante.*

## Manifestações clínicas:

*Lesões típicas localizadas nas áreas expostas ao sol.*

*(face, pescoço, antebraços e mãos).*

*Mais comum em homens.*

*Indivíduos de pele e olhos claros, que não bronzeiam e sim se queimam ao sol.*

*Muito encontrada em transplantados em uso de imunossupressores*

## Exame dermatológico

- Lesões únicas ou múltiplas, eritematosas ou castanho-amareladas, secas e com escamas aderentes.
- À palpação: lesões são ásperas e ceratósicas.
  - A pele ao redor da queratose actínica geralmente apresenta sinais de dano solar crônico, como afinamento cutâneo (atrofia), alterações na coloração e presença de vasos dilatados visíveis (telangiectasias), caracterizando um campo com potencial para desenvolvimento de câncer.

## Diagnóstico diferencial.

- Lentigo maligno.
  - CBC / CEC
- Doença de Bowen.
- Queratose liquenoide / seborreica.

## Exames diagnósticos

Anatomopatológico: realizado quando a lesão for recorrente ou na suspeita de presença de carcinoma espinocelular.

## Tratamento

- Remoção dos fatores de risco, principalmente evitando a exposição ao sol e utilizando protetores solares regularmente.
- Tratamento com criocirurgia, utilizando nitrogênio líquido para congelar as lesões.
- Aplicação tópica de 5-fluorouracil na concentração de 0,5%.
  - Uso de diclofenaco em formulação tópica.
- Terapia fotodinâmica com metilaminolevulinato combinada à exposição à luz vermelha.
  - Utilização de imiquimode tópico a 5%.

## Dicas:

A presença de queratoses actínicas indica exposição solar excessiva e acumulada ao longo do tempo.

Essas lesões são consideradas precursoras da maioria dos carcinomas espinocelulares.

## Atenção:

Nos estágios iniciais, podem ser clinicamente semelhantes ao carcinoma espinocelular, o que exige avaliação cuidadosa.

Aproximadamente 10% das queratoses actínicas evoluem para esse tipo de câncer de pele.

# ESTRÓFULO

CID-10: L28.1

## Sinonímia:

Prurigo estrófulo, líquen urticado, urticária da infância

## Definição:

Afecção cutânea característica da faixa etária pediátrica, especialmente entre 1 e 6 anos de idade, com maior prevalência nos dois primeiros anos de vida. É uma manifestação comum na prática dermatológica, com apresentação clínica típica nessa fase do desenvolvimento infantil.

## Etiologia:

- Resulta de uma reação de hipersensibilidade tardia à saliva de insetos hematófagos, como mosquitos, pulgas, percevejos e piolhos.
- A exposição geralmente ocorre em ambientes domésticos, sendo animais de estimação, como cães e gatos, as principais fontes de infestação.
- Entretanto, episódios podem surgir também após exposição ocasional em ambientes rurais.
- Mais frequente em crianças com predisposição atópica e tende a regredir com o avanço da idade, geralmente desaparecendo na

## Manifestações clínicas:

O quadro clínico se inicia de forma súbita com o aparecimento de lesões urticariformes disseminadas, geralmente acompanhadas de prurido intenso. Muitas dessas urticas apresentam pequenas vesículas centrais, que evoluem para lesões papulovesiculosas, conhecidas como seropápulas de Tomasoli. Essas lesões persistem por aproximadamente sete dias, após os quais secam espontaneamente e desenvolvem crostas superficiais. A distribuição costuma ser predominante nas extremidades, especialmente em membros superiores e inferiores.

## Exame dermatológico:

Nos casos de maior intensidade inflamatória, podem surgir bolhas tensas, por vezes acompanhadas por um halo eritematoso periférico. As lesões predominam em áreas expostas, como face, membros e região cervical. O prurido é intenso, o que frequentemente resulta em escoriações, podendo evoluir com liquenificação e, em alguns casos, infecção bacteriana secundária devido à ruptura da barreira cutânea.

## Diagnóstico diferencial:

Escabiose

sugerida quando ocorre prurido familiar.

Prurigo de Hebra.

Não são verificadas pápulas em diversas fases evolutivas e presença de adenopatias.

## Exames diagnósticos:

Uma boa anamnese etiológica

## Tratamento:

Dessensibilização progressiva, que pode ser realizada com vacinas preparadas com extratos de insetos, administradas por via oral ou injetável.

O alívio sintomático do prurido pode ser obtido com o uso de loções calmantes, como mentol a 0,1%.

Anti-histamínicos sistêmicos orais para controle do prurido.

Corticosteróides tópicos, que devem ser aplicados com leve massagem nas áreas afetadas, especialmente nos casos mais inflamatórios.

**DICA:** As recidivas ocorrem em surtos no verão.

# ESCABIOSE

**CID-10: B86**

## Sinonímia:

**Sarna**

## Definição:

Dermatozoonose. Conhecida como sarna.  
Elevada frequência na prática clínica.  
Transmitida por contato pessoal.  
Acometendo igualmente ambos os sexos.  
Mais comum em crianças.

## Etiologia:

Causa: ácaro: *Sarcoptes scabiei* var *hominis*.  
O parasita completa todo o ciclo no homem.  
Sobrevive poucos dias fora do hospedeiro.

- A fêmea fecundada escava um túnel na camada córnea (formando um sulco).
- Vai depositando os ovos, originando ácaros adultos e disseminando a infestação.

## Manifestações clínicas:

Período de incubação: 1 a 2 semanas.  
Tríade diagnóstica: Prurido noturno intenso.  
Distribuição e topografia característica.  
Epidemiologia+ /contactantes com prurido.  
A presença de lesões eritematopapulosas e nódulos no abdome inferior, nas axilas e na caracterizam (escabiose nodular=homens)

## Exame dermatológico

Observa-se a presença de um sulco, que - lesão fina e reta com menos de 1 cm.

Pode haver uma vesicópápula em alguma extremidade, embora isso seja incomum.

As lesões mais comuns são pápulas avermelhadas com sinais de coceira (escoriações),

Geralmente dispostas em grupos, localizadas nas axilas, entre os dedos, cintura, nádegas, seios, punhos e genital masculina.

Lesões secundárias costumam ocorrer, como:

Eczemas e infecções de pele (como impetigo, foliculite, furúnculo e ectima).

## Diagnóstico diferencial

Dermatite asteatósica.

Piodermites.

Prurigo estrófulo.

Eczemas.

## Exames diagnósticos

Pesquisa de ácaros: escarificação da lesão + Quadro clínico.

**OBS: Quando negativo não invalida o diagnóstico.**

## Tratamento

Permetrina 5%, em loção ou creme, deve ser aplicada à noite do pescoço aos pés e retirada com banho pela manhã, por 2 a 3 noites seguidas. Após 7 dias, o tratamento deve ser repetido, pois o produto elimina apenas os ácaros adultos, não os ovos.

É segura para bebês acima de 3 meses, gestantes e lactantes.

Ivermectina, administrada por via oral, também requer repetição após uma semana devido à sua ineficácia contra os ovos. A dose varia entre 200 e 400 mcg/kg, sendo indicada para adultos e crianças acima de 5 anos, exceto para grávidas e mulheres que amamentam

# LÍQUEN SIMPLES CRÔNICO

CID-10: L30.1

## Sinonímia:

**Neurodermite circunscrita**

## Definição:

Dermatose que se caracteriza pela liquenificação, em resposta à repetida fricção local pelo ciclo vicioso de coçar a região, geralmente em indivíduos atópicos.

## Etiologia:

- A hiperplasia cutânea observada nesse quadro é resultado da fricção repetitiva causada pela coçadura, que surge como resposta ao prurido persistente.
- Desencadeado por fatores internos (como distúrbios emocionais ou atopia) ou agentes externos.

## Manifestações clínicas:

Afeta com maior frequência pessoas ansiosas e com pele reativa ou sensível, sendo aparentemente mais prevalente em populações orientais. As lesões apresentam-se como placas espessadas, geralmente ovais, arredondadas ou lineares, seguindo o padrão do ato de coçar.

## Exame dermatológico

Pápulas que confluem formando placas com espessamento da pele.

Podem ocorrer hiperpigmentação, proeminência dos sulcos cutâneos e eventualmente escoriações.

Uma única ou várias pápulas, geralmente na nuca, no couro cabeludo, nos tornozelos, nas pernas, nos antebraços ou na região genital.

## Exames diagnósticos:

Clínico.

Anatomopatológico.

## Diagnóstico diferencial:

Dermatofitose.

Placa de psoríase.

Dermatite de contato.

## Tratamento

Envolve orientação para evitar o ato de coçar, uso de corticosteroides tópicos e anti-histamínicos orais para controle do prurido. Em casos mais resistentes, pode-se utilizar curativos oclusivos com corticosteroides ou realizar infiltrações intralesionais de corticosteroide.

**Dica:** Aspectos emocionais têm papel relevante no desencadeamento e manutenção do quadro, sendo a condição frequentemente observada em indivíduos de origem oriental

# ECZEMA DISIDRÓTICO

CID-10: L30.1

## Sinonímia:

Dermatite Eczematosa Disidrótica,  
Disidrose, Ponfolix.

## Definição:

Erupção vesiculosa aguda, crônica ou recorrente na orla lateral dos dedos, palmas das mãos e plantas dos pés.

## Etiologia:

- O quadro pode ser desencadeado por reações de hipersensibilidade a distância (ide), associadas a infecções fúngicas (micide) ou bacterianas (bacteride). Outros fatores incluem:
- Ingestão de alimentos ricos em níquel
- Reações adversas a medicamentos, como anti-inflamatórios não hormonais (AINH) - piroxicam
- Atopia, hiperidrose e estresse emocional
- Atrito mecânico, nos casos de lesões bem localizadas
- Em alguns pacientes, a origem permanece idiopática (sem causa definida).

## Manifestações clínicas:

Dermatose muito comum. com prurido.

Início súbito, com vesículas claras em “aspecto de sagu”.

Afeta frequentemente a face lateral dos dedos (mãos e/ou pés).

Costumam ocorrer em surtos.

Podem sofrer infecção secundária (manipulação).

## Exame dermatológico

Vesículas e/ou bolhas isoladas e confluentes de profundidade variável

Com evolução para áreas secas, descamativas e fissuradas.

Muitas vezes tornam-se pustulosas com exulceradas com crostas melicéricas .

## Diagnóstico diferencial:

Dermatite de contato vesiculosa .

Dermatofitose (Tinha) vesiculosa

Pustulose palmoplantar / Psoríase pustulosa

## Exames diagnósticos:

Uma boa anamnese etiológica e medicamentosa.

Micológico direto (afastar dermatofitose).

Anatomopatológico (se recorrente)

## Tratamento

Corticosteróides tópicos e/ou sistêmicos.  
Antibióticos SN

Inibidores da calcineurina (tacrolimo ou pimecrolimo)

**DICA:** Pesquisar tinha dos pés, saber se há sensibilização a níquel , contactantes tópicos , atopia e uso de medicamentos são ações muito importantes em disidrose.

# ECZEMA DE CONTATO

**CID-10: L23**

## Sinonímia:

***Dermatite de contato***

## Definição:

***Lesões eczematosas decorrentes do contato da pele com determinadas substâncias.***

## Pode ser:

***por irritante primário (irritativa)***  
***por agente sensibilizante (alérgica)***

## Etiologia:

- Dermatite de contato irritativa - os agentes causadores costumam ser substâncias cáusticas, frequentemente alcalinas, como sabões, cimento úmido ou ainda ácidos, solventes orgânicos, plantas irritantes e partículas finas, como fibras de vidro.
- Dermatite de contato alérgica - os principais desencadeantes são alérgenos diversos, incluindo metais (como níquel), componentes usados na vulcanização da borracha, conservantes presentes em cosméticos, medicamentos de uso tópico e substâncias derivadas de plantas, entre outros.

## Manifestações clínicas:

NA forma mais comum é uma reação eczematosa limitada às áreas em contato direto com o agente. As mãos e a face são os locais mais frequentemente afetados. A continuidade da exposição ao agente irritante ou alérgeno tende a agravar o quadro, enquanto a interrupção do contato geralmente resulta em melhora clínica.

Além das apresentações clássicas, podem ocorrer formas não eczematosas, como a dermatite hipocrômica pós-inflamatória, especialmente em fototipos mais altos.

## Exame dermatológico

O local da dermatite indica a provável causa:  
Orelhas e cintura: alergia a níquel presente nos metais dos brincos e fivela dos cintos;  
Dorso do pé: no local das “tiras” das sandálias, alergia a componentes da borracha;  
Descamação nas pálpebras superiores: alergia a produtos cosméticos de uso local ou a esmalte das unhas das mãos que são levadas à região.

## Diagnóstico diferencial.

**Psoríase.**

**Dermatite de estase.**

**Dermatite atópica.**

## Exames diagnósticos

**Anamnese detalhada.**

**Teste de contato.**

## Tratamento

Afastar a causa. Anti-histamínicos.  
Corticosteróides tópicos e/ou sistêmicos.  
Antibióticos SN  
Inibidores da calcineurina (tacrolimo ou pimecrolimo)

**DICA:** DC de causa incerta deve ser tratada sem cremes tópicos (usar apenas soro fisiológico até a descoberta da causa).

# ECZEMA NUMULAR

CID-10: L30.1

## Sinonímia:

Eczema microbiano

## Definição:

Dermatose inflamatória caracterizada por placas eczematosas bem delimitadas, de morfologia arredondada ou ovalada, semelhantes a moedas.

Apresenta distribuição predominante nos membros inferiores, especialmente em indivíduos idosos, mais comum em paciente com histórico de atopia.

## Etiologia:

- A causa exata da dermatite numular permanece indefinida.
- Como incidência é maior durante os meses mais frios sugere uma possível associação com a asteatose e outras condições que comprometem a hidratação e integridade da barreira cutânea.
- Além disso, alguns autores propõem que a colonização ou infecção secundária por *Staphylococcus aureus* possa atuar como fator desencadeante do processo inflamatório característico dessa dermatose.

## Manifestações clínicas:

Ocorre muito em idosos e durante épocas de frio.  
Acomete a face de extensão dos membros superiores e inferiores.

## Exame dermatológico:

Observam-se placas eczematosas de formato arredondado, em fase aguda ou subaguda, com margens bem definidas, podendo ser regulares ou ligeiramente irregulares.

O prurido é uma manifestação constante e significativa. As lesões predominam nos membros inferiores de pacientes idosos, mas também podem acometer tronco e membros superiores, especialmente em mulheres jovens com histórico de atopia

## Exames diagnósticos:

Clínico / Anatomopatológico.

Micológico direto (afastar dermatofitose).

Dosagem de IgE sérica.

## Diagnóstico diferencial:

Psoríase. Dermatofitose. Impetigo.

## Tratamento

Cuidados com o banho e Loções hidratantes .

Corticosteroides tópicos.

Anti-histamínicos sistêmicos.

Antibióticos tópicos ou sistêmicos.

Fototerapia.

**DICA:** São comuns nos meses de inverno, devido hábito de banhos quentes e prolongados, que pioram a xerose cutânea

# ECZEMA ATÓPICO

CID-10: L 20.9



## Sinonímia: DERMATITE ATÓPICA

### Definição:

Doença cutânea eczematosa, crônica e de curso recorrente, frequentemente associada a níveis séricos elevados de IgE.

Tem início habitual na infância precoce e caracteriza-se por xerose cutânea, prurido intenso e lesões decorrentes do ato de coçar, resultando em prurigo e perpetuando um ciclo vicioso entre coceira e lesão.

É comum haver antecedentes pessoais e/ou familiares de doenças atópicas, como dermatite atópica, rinite alérgica e asma brônquica.

### Etiologia:

A dermatite atópica resulta da interação complexa entre fatores ambientais, predisposição genética, alterações imunológicas e influência de medicamentos.

**Fatores agravantes:** Incluem disfunção da barreira cutânea, com comprometimento do manto hidrolipídico e aumento da perda transepidérmica de água, favorecendo a entrada de alérgenos e microrganismos.

Infeções secundárias por bactérias ou fungos, variações emocionais intensas e o uso de vestimentas sintéticas também podem intensificar o quadro clínico.

**Aspecto imunológico relevante:** A ativação do processo inflamatório envolve células de Langerhans epidérmicas, que expressam receptores de alta afinidade para IgE, tendo papel central na resposta imunológica alérgica.

### Manifestações clínicas:

Frequentemente associada a antecedentes pessoais ou familiares de doenças atópicas, como asma brônquica e rinite alérgica. O início geralmente ocorre após os dois primeiros meses de vida. O prurido é intenso e constante, sendo um sintoma central da doença.

Nos lactentes, as lesões aparecem inicialmente na face, geralmente poupando a região central, mas podem se estender para outras áreas corporais.

Na fase infantil, tende a se localizar nas regiões de flexura, fossas antecubitais, poplíteas, além de pescoço e face.

Em adultos, a distribuição se mantém semelhante à fase infantil, porém as lesões apresentam características de eczema crônico, com liquenificação, fissuras e espessamento cutâneo.

### Exame dermatológico:

As lesões apresentam morfologia eczematosa, podendo variar entre fases aguda, subaguda e crônica, todas associadas a prurido intenso.

A distribuição anatômica das lesões varia conforme a faixa etária. É comum sinais de escoriações decorrentes do ato de coçar.

Presença de áreas com placas eczematosas, ressecamento cutâneo (asteatose), palidez perioral ou facial e estigmas típicos, como o

Sinal de Hertoghe (afinamento ou ausência da porção lateral das sobrancelhas), linhas de Dennie-Morgan nas pálpebras inferiores, dermatoglia acentuada (multilinearidade palmar) e dermografismo branco.

### Exames diagnósticos:

Diagnóstico Clínico.  
Dosagem de IgE sérica.  
Anatomopatológico.

### Diagnóstico diferencial:

Dermatite de contato alérgica ou irritativa.  
Dermatite seborreica.  
Psoríase.

### Tratamento

Anti-histamínicos orais.  
Corticosteroides tópicos.  
Hidratantes. Antibióticos orais.  
Inibidores da calcineurina (pimecrolimo, tacrolimo).  
Ciclosporina oral. Fototerapia com UVA,  
Imunobiológicos.

**DICA:** Um bom suporte psicológico que leve à diminuição de arranhaduras e ato de coçar que estimulam o prurido - beneficia muito.

# PSORÍASE VULGAR

**CID-10: L40.9**

## Sinonímia:

Psoríase em placas, Psoríase comum.

## Definição:

Dermatose inflamatória crônica de origem autoimune, com possível envolvimento articular, caracterizada por manifestações clínicas variadas e predisposição genética. Apresenta curso recorrente e natureza multifatorial, com episódios de exacerbação e remissão.

## Etiologia:

Impulsionada por uma complexa rede de citocinas pró-inflamatórias, que são proteínas sinalizadoras essenciais na comunicação entre as células do sistema imunológico.

TNF-ALFA, IL17, IL23.

- *Associa-se aos HLA: Cw6, B13, B17 e Bw57.*
- *Loci de suscetibilidade: 6p - 17q - 4q - 1q.*

**DICA: A psoríase associa-se frequentemente à síndrome metabólica.**

## Manifestações clínicas:

- Condição inflamatória crônica de distribuição universal, que afeta ambos os sexos e apresenta diversas formas clínicas. A artropatia psoriásica é uma manifestação comum, podendo atingir articulações periféricas e, ocasionalmente, a coluna. Entre os principais fatores desencadeantes ou agravantes estão traumatismos cutâneos (fenômeno de Köebner), infecções estreptocócicas, estresse emocional, uso de determinadas medicações (como lítio, corticosteroides sistêmicos, antimaláricos, interferon e betabloqueadores), além do álcool e tabagismo.

## Exame dermatológico

Psoríase vulgar em placas

Psoríase vulgar em gotas

Psoríase invertida

Psoríase pustulosa de mãos e pés

Psoríase pustulosa generalizada

Eritrodermia.

## Diagnóstico diferencial

*Parapsoríase, Micose fungóide, Dermatite seborreica, Tinha corporal, Líquen plano, líquen simples crônico, Eczema numular, Pitiríase rósea de Gibert, Sífilis secundária, Reações medicamentosas, Pustulose exantemática generalizada aguda (PEGA), Onicomicose.*

## Métodos Diagnósticos:

- *Avaliação clínica detalhada, com base em exame físico. e Histórico do paciente.*
- *Exame histopatológico da pele, quando necessário, para confirmação diagnóstica ou exclusão de outras dermatoses*

## Tratamento

**Em placas:** corticosteroides tópicos ou intralesionais, calcipotriol, tacrolimo ou pimecrolimo tópicos.

**Generalizada:** Metotrexato, fototerapia com UVB de banda estreita ou com UVA e psoralenos (PUVA)

**Acitretina** – Imunossuprimidos. Ciclosporina (resgate.)

**Imunobiológicos:** Adalimumabe, etanercepte, ustekinumabe, secuquinumabe, risanquizumab, Guselcumabe, Bimequizumabe, entre outros.

# PITIRÍASE VERSICOLOR

**CID-10: B36.0**

## Sinonímia:

PANO BRANCO/ MICOSE DE PRAIA

## Definição:

Dermatose fúngica superficial de curso crônico e ocorrência global, que se manifesta clinicamente por máculas descamativas de coloração variável — hipocrômicas, eritematosas ou acastanhadas — com predileção pelas regiões do tronco, pescoço e áreas proximais dos membros.

## Etiologia:

- *Malassezia furfur* é o agente causal.

## Manifestações clínicas:

- Assintomáticas, embora alguns pacientes relatem discreto prurido - no banho ou exposição solar.
- As áreas hipocrômicas podem persistir mesmo após a resolução da infecção fúngica.
- Acomete com maior frequência adultos jovens.
- Infecção cutânea superficial frequente, porém com baixo potencial de transmissão entre indivíduos.
- Indivíduos com maior risco incluem aqueles em uso prolongado de corticosteroides, pacientes desnutridos ou com comprometimento imunológico.

## Exame dermatológico

Observam-se máculas que coalescem em placas com descamação fina, contornos bem definidos, podendo apresentar distribuição localizada ou extensa. Mesmo após a resolução clínica da infecção, as áreas de hipocromia residual podem persistir por vários meses.

## Diagnóstico diferencial.

- Pitiríase alba.
- Dermatite seborreica.

## Exames diagnósticos

- Micológico direto.
- Fluorescência com a luz de Wood..

## Tratamento - Tópico

- Utilização de xampus com agentes antifúngicos: cetoconazol ou sulfeto de selênio, aplicados nas áreas acometidas.
- Loções antifúngicas à base sulfeto de selênio são indicadas.
  - Sabonetes com enxofre e ácido salicílico também são opções auxiliares na terapia tópica, devido às suas propriedades queratolíticas e antifúngicas.

## Tratamento - Sistêmico:

- Nos casos mais extensos ou recorrentes, pode ser necessário recorrer a antifúngicos orais, como itraconazol, fluconazol ou cetoconazol, conforme a indicação clínica e perfil do paciente.

# CICATRIZ HIPERTRÓFICA/QUELÓIDE

CID-10: L91.0

## Sinonímia:

**CICATRIZ QUELOIDIANA**

## Definição:

- Proliferações teciduais após traumas
- As cicatrizes hipertróficas se aplainam espontaneamente,
- Os queloides são persistentes, podendo aumentar de tamanho.

## Etiologia:

- Desconhecida

## Manifestações clínicas:

### *Condições favorecem:*

*Infecções, Tensões de suturas e presença de material estranho ao organismo.*

## Exame dermatológico:

*Pápulas ou placas eritematosas, elevadas e firmes de superfície lisa e brilhante bem característica.*

## Diagnóstico diferencial:

- Dermatofibroma.

## Exames diagnósticos:

- Clínico
- anatomopatológico.

## Tratamento

- Infiltrações com corticosteroides diretamente na lesão, combinadas ou não com crioterapia.
- Uso de curativos fechados contendo pomadas com corticosteroides de alta potência.
- Aplicação local de lâminas ou placas de silicone sobre a área afetada.
- Procedimentos como dermoabrasão ou remoção cirúrgica da lesão, podendo ser seguidos por tratamento com radioterapia superficial (betaterapia).
- Administração de interferon-alfa-2b por injeção diretamente na lesão.
- Tratamento com laser do tipo dye laser



## PRURIGO ESTRÓFULO



1-Fotos de Acervo do autor





## ECZEMA DISIDRÓTICO



***Erupção Disidrosiforme  
Vesículas e bolhas nas  
mãos.***



**1-Fotos de Acervo do autor**



## PSORÍASE PUSTULOSA



### ***Psoríase pustulosa***

*Pústulas amarelo-creme que coalescem parcialmente na palma da mão.*



### ***Psoríase pustulosa***

*Pústulas estéreis e pruriginosas e quando aumentam de tamanho tornam-se dolorosas.*

1-Fotos de Acervo do autor



## **LIPOMA**



***Formações subcutâneas  
múltiplas, moles, arredondadas e  
lobuladas.***

***1-Fotos de Acervo do autor***





## ***Molusco Contagioso***

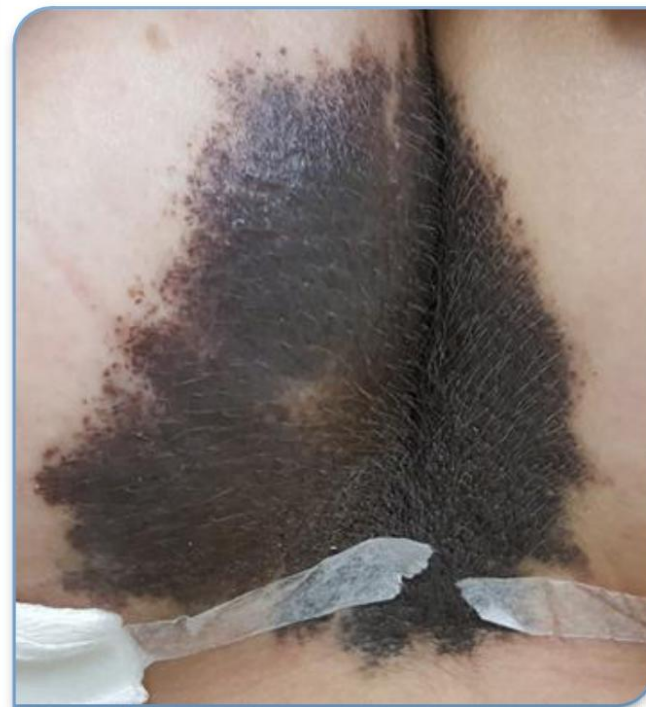
***Numerosas pápulas, normocrômicas ou ligeiramente rosadas, algumas com a típica umbilicação central.***



***1-Fotos de Acervo do autor***



## NEVO PIGMENTADO PILOSO



1-Fotos de Acervo do autor



## NEVOS MELANOCÍTICO



1-Fotos de Acervo do autor





## NEVOS MELANOCÍTICO ATÍPICO



1-Fotos de Acervo do autor

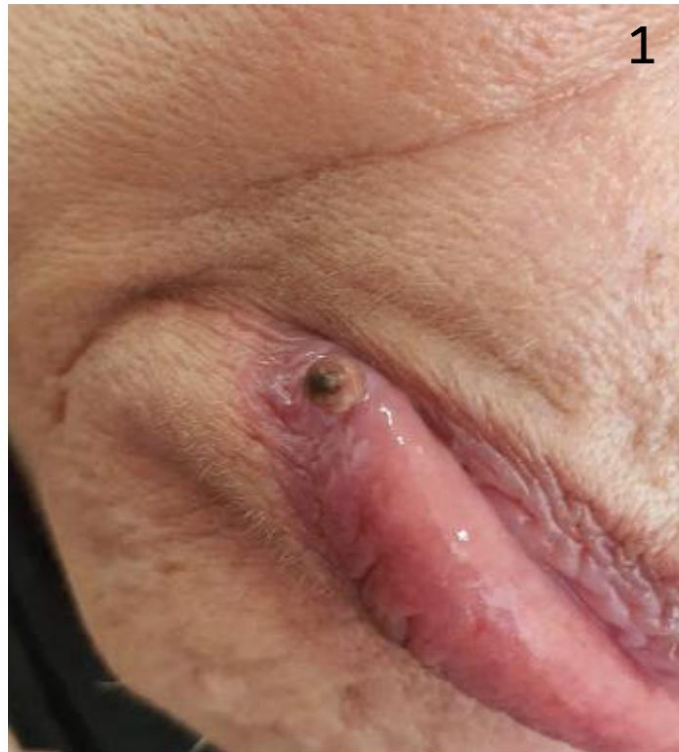
## CARCINOMA BASOCELULAR



*1-Fotos de Acervo do autor*



## CARCINOMA ESPINOCELULAR



*1-Fotos de Acervo do autor*



# **CORNO CUTÂNEO**

***Pápula ceratósica  
com base infiltrada  
no antebraço.***





## CORNO CUTÂNEO



*1-Fotos de Acervo do autor*



# CEC



*1-Fotos de Acervo do autor*



## CEC



***1-Fotos de Acervo do autor***

## MELANOMA “COM ÁREA EM REGRESSÃO”



**1-Fotos de Acervo do autor**



## MELANOMA AMELANÓTICO



**1-Fotos de Acervo do autor**



## ***HANSENÍASE***

***MHI***  
***Mácula hipopigmentada***  
***única, com alteração da***  
***sensibilidade***



***1-Fotos de Acervo do autor***



## *HANSENÍASE*

**MHT**

***Lesão bem delimitada, anular e eritematosa, com bordas infiltradas***



***1-Fotos de Acervo do autor***



## *HANSENÍASE*

**MHV**

***Infiltração da pele, pápulas e  
nódulos difusos.***





# HANSENÍASE

**MHD**

***Lesões foveolares e  
múltiplas, lembrando  
queijo suíço.***



1-Fotos de Acervo do autor

**Reação Hansênica do tipo II :  
Nódulos subcutâneos eritematosos e dolorosos.**



***HANSENÍASE***



**1-Fotos de Acervo do autor**



# ESCABIOSE



***Lesões papulopruriginosas  
encimadas por crostículas  
ao redor do umbigo.***



1-Fotos de Acervo do autor



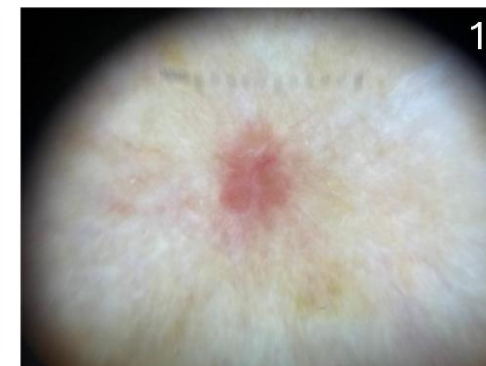
## **ESCABIOSE EM CRIANÇA**



**1-Fotos de Acervo do autor**



## CERATOSE ACTÍNICA



### **DERMATOSCOPIA**

***Pápulas ceratósicas  
eritematosas ásperas  
na face e no "V" do  
decote***

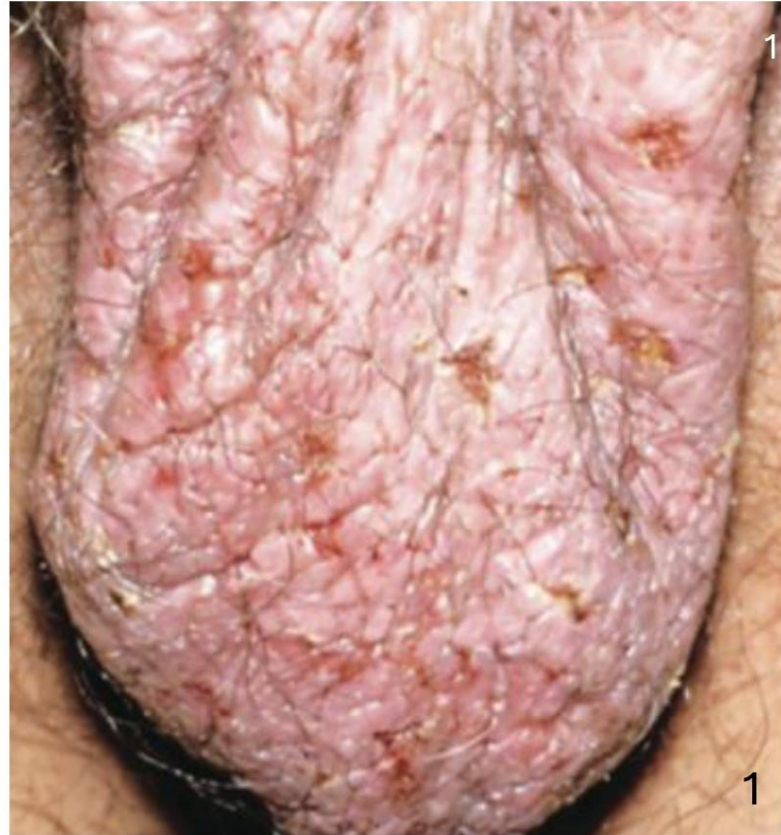
***1-Fotos de Acervo do autor***



## LÍQUEN SIMPLES CRÔNICO

### ***NEURODERMITE ESCROTAL***

***Acentuação dos sulcos cutâneos  
com escoriações na área escrotal***



***1-Fotos de Acervo do autor***



## LÍQUEN SIMPLES CRÔNICO

### **NEURODERMITE CIRCUNSCRITA**

***Placa liquenificada e pruriginosa  
com acentuação dos sulcos  
naturais e escoriações na nuca.***



*1-Fotos de Acervo do autor*

## ◀ **DERMATITE DE CONTATO POR SENSIBILIZAÇÃO**

### **ECZEMA DE CONTATO**

***Dermatite de contato  
nas pálpebras***

***Lesões eczematosas  
agudas e subagudas  
por esmalte.***



***1-Fotos de Acervo do autor***



## ECZEMA DE CONTATO



*1-Fotos de Acervo do autor*



## **DERMATITE DE CONTATO POR IRRITANTE PRIMÁRIO**

***DC Aguda por Irritante Primário  
+ Infecção Secundária***

*Dermatite de contato aguda nas mãos*



***1-Fotos de Acervo do autor***

***DC Crônica por Irritante Primário***

*Dermatite crônica por irritantes.*





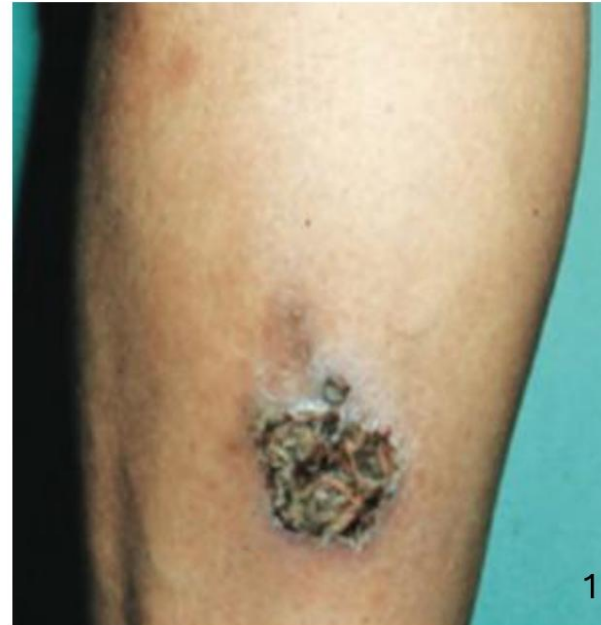
## ECZEMA NUMULAR

**ECZEMA NUMULAR DO ATÓPICO**  
**Áreas numulares eczematosas no**  
**paciente atópico**



**ECZEMA NUMULAR / ASTEATOSE**  
**Áreas numulares eczematosas**  
**agudas e subagudas nos mmii.**

3



1-Fotos de Acervo do autor



## ECZEMA ATÓPICO

*Dermatite atópica do adulto.*

*Lesões liquenificadas, descamativas, com acometimento das dobras antecubitais.*



1-Fotos de Acervo do autor



## **ECZEMA ATÓPICO**

### **Dermatite atópica do adulto.**

**Lesões liquenificadas e descamativas na região antecubital.**



### **Dermatite atópica do adulto.**

**Placas eczematosas disseminadas subagudas e crônicas, na fossa poplíteica e tornozelos**



**1-Fotos de Acervo do autor**



## ***ECZEMA ATÓPICO INFANTIL***





## **PITIRÍASE VERSICOLOR**

***Máculas e placas  
descamativas acastanhadas  
isoladas e confluentes.***



***1-Fotos de Acervo do autor***



## **MICOSES SUPERFICIAIS**

***Dermatofitose = Tinea corporis***

***Lesão com clareamento central, arredondada, circinada, concêntrica e com bordas descamativas.***



***1-Fotos de Acervo do autor***



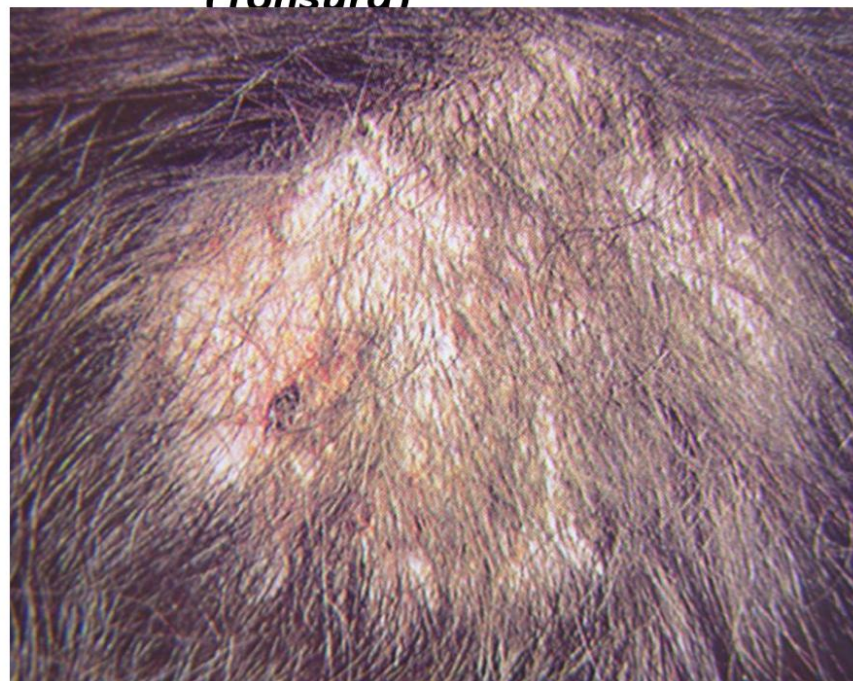
## MICOSES SUPERFICIAIS

1

*Kerium  
selsi*



*Tinea capitis  
(Tonsura)*



1-Fotos de Acervo do autor



## **MICOSES SUPERFICIAIS**

### ***Dermatofitoses das mãos***



***1-Fotos de Acervo do autor***



## MICOSES SUPERFICIAIS



*Dermatofitoses face*



*1-Fotos de Acervo do autor*



## **MICOSES SUPERFICIAIS**



***Dermatofitoses dos pés***



***1-Fotos de Acervo do autor***



## **MICOSES SUPERFICIAIS**

### ***Dermatofitose***



***1-Fotos de Acervo do autor***



## **MICOSES SUPERFICIAIS**



## **TINEA CORPORIS**



***1-Fotos de Acervo do autor***



## QUELÓIDE



*1-Fotos de Acervo do autor*

## FOLICULITE QUELÓIDIANA DA NUCA



*1-Fotos de Acervo do autor*



## **FOLICULITE QUELÓIDIANA DA NUCA**



**1-Fotos de Acervo do autor**



## **CARCINOMA BASOCELULAR**



*1-Fotos de Acervo do autor*



## **PSORÍASE INVERSA**



***1-Fotos de Acervo do autor***

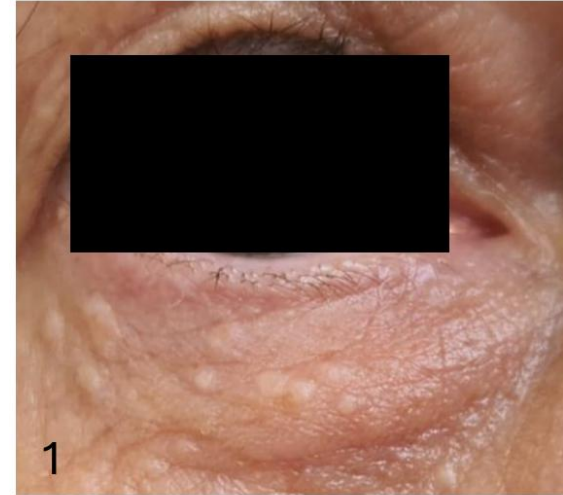




# SIRINGOMA



*1-Fotos de Acervo do autor*



# ACNE FULMINANS



*1-Fotos de Acervo do autor*



## ACNE FULMINANS



*1-Fotos de Acervo do autor*





## PSORÍASE FACE E COURO CABELUDO



*1-Fotos de Acervo do autor*



## ONICOMICOSE



**1-Fotos de Acervo do autor**



## ACNE ESCORIADA



1-Fotos de Acervo do autor

# Referências bibliográficas

- ASHTON, R.; LEPPARD, B. **Differential diagnosis in dermatology**. CRC Press, 2021.
- AZULAY, R. D. **Dermatologia**, 7ª edição 2017.
- BURNS, T. et al. (Ed.). **Rook's textbook of dermatology**. John Wiley & Sons, 2008.
- FESTA, C.; CUCÉ, L.C.; REIS, V. M. S. **Livro Manual de dermatologia 4º edição revisada e atualizada**. Editora Manole, 2015
- FITZPATRICK, T.B.; WOLFF, K. **Tratado de Dermatologia**. São Paulo: Revinter; 2005.
- MICHELETTI, R.G. et al. **Andrews' Diseases of The Skin: Clinical Dermatology**, 12 EDIÇÃO.
- PENNA, G. et al. Nosologic profile of dermatologic visits in Brazil. **An. Bras. Dermatol**, v. 81, p. 549-558, 2006.
- SAMPAIO, S. A. P.; RIVITTI, E. A. **Dermatologia**, 2001, Editora Artes Médicas
- VIOL, G.A.M. **Dermatologia Clínica - Princípios e Práticas na Medicina Cutânea**. Iguatu, CE : Quipá Editora, 2024.
- WOLFF, K. et al., **Livro Atlas de Dermatologia Clínica – Fitzpatrick - 7ª Edição**.