



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
*Secretaria da Saúde*

**Subsecretaria de Assuntos de Regulação Organização da Atenção a Saúde  
Gerência de Regulação e Ordenação do Sistema de Saúde  
Núcleo Especial de Atenção Especializada**

**PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO PARA ACESSO A  
CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS EM  
DERMATOLOGIA**

HOMOLOGADO PELA RESOLUÇÃO CIB/ES:????

**Vitória**



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
*Secretaria da Saúde*

**Julho 2017**

**SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE**

Ricardo de Oliveira

**SUBSECRETÁRIO DE ASUNTOS DE REGULAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DA  
ATENÇÃO À SAÚDE**

Engre Beilke Tenorio

**GERENTE DE REGULAÇÃO E ORDENAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE**

Joanna D'Arc Victoria Barros De Jaegher

**CHEFE DO NÚCLEO ESPECIAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA**

Lucileia Rosa Eller

**CHEFE DO NÚCLEO ESPECIAL DE REGULAÇÃO DE CONSULTAS E  
EXAMES ESPECIALIZADOS**

Patrícia Védova

**COLABORAÇÃO**

Núcleo Especial de Regulação de Consultas e Exames Especializados

Núcleo Especial de Vigilância Epidemiológica

**ORGANIZAÇÃO**

**EQUIPE TÉCNICA REDE DE DOENÇAS CRÔNICAS**

Luiz Augusto Fagundes Filho

Larissa Dell'Antonio Pereira

Neide Aparecida Soares Fontes

## **APRESENTAÇÃO**

Os protocolos de encaminhamento são ferramentas, de gestão e de cuidado, pois tanto orientam as decisões dos profissionais solicitantes quanto se constituem como referência que modula a avaliação das solicitações pelos médicos reguladores.

A atenção Básica (AB) cumpre papel estratégico nas redes de atenção, entre outras coisas, se caracteriza como porta de entrada preferencial do SUS e como local de gestão do cuidado dos usuários, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade do cuidado, portanto é fundamental que a AB tenha alta resolutividade, o que, por sua vez, depende da capacidade clínica e de cuidado de suas equipes, do grau de incorporação de tecnologias diagnósticas e terapêuticas e da articulação com outros pontos da rede de saúde.

Neste protocolo destacamos alguns aspectos presentes no processo de referenciamento de usuários para outros serviços especializados, que são abordados sob a forma de protocolos de encaminhamento que, para se potencializarem e efetivarem precisa ser articulado a processos que aumentem a capacidade clínica das equipes que fortaleçam práticas de microrregulação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e que propiciem a comunicação entre UBS, centrais de regulação e serviços especializados, pactuação de fluxos e protocolos, apoio matricial presencial e/ou à distância, considerando a incorporação, no processo de referenciamento, das ferramentas de telessaúde articulado às decisões clínicas e aos processos de regulação do acesso.

O objetivo do presente protocolo é firmar recomendações para os profissionais de saúde da Atenção Primária de Saúde (APS) de como funciona o fluxo ambulatorial do SUS ofertado pelo Estado, no que tange quando e como encaminhar para o médico especialista, na tentativa de aperfeiçoar a assistência. E também, orientar a ação dos médicos Reguladores tanto municipais como os do Estado, visando criar uma cultura de que o acesso a Atenção Especializada seja determinado por necessidades reais identificadas na Atenção Primária, após esta ter esgotado toda sua capacidade de condução

do caso, mas com a consciência de que a Atenção Primária em Saúde é e sempre será a responsável pelo acompanhamento de seus usuários.

O médico especialista deverá ser visto como um interconsultor, em casos de difícil condução ou que necessite um parecer especializado, mas este usuário deverá sempre retornar à APS para seguimento e acompanhamento de seu cuidado, não devendo permanecer vinculado à Atenção Secundária.

O acesso a estas consultas e exames especializados deverá ser embasado em documentos de referência e contra referência, constando de história clínica, detalhamento de exame físico, hipótese diagnóstica, exames complementares já realizados e seus laudos ou resultados e o CID-10 (classificação internacional de doenças) coerente com a necessidade, pois este é um dado indispensável para a orientação da Regulação na priorização de casos. Além de orientar o médico especialista e evitar a repetição de exames, como acontece hoje, quando o usuário chega ao especialista sem nenhum direcionamento e muitas vezes não sabendo contar sua história, portando somente um encaminhamento com o nome da especialidade, em papel comum de receituário com caligrafia ruim, de difícil compreensão e muitas vezes até sem data.

Esperamos que esta seja mais uma das estratégias que caminham no sentido de aumentar a resolutividade, a capacidade de coordenação do cuidado e a legitimidade social da Atenção Básica.

O desenvolvimento de protocolos para os principais motivos de encaminhamento de cada especialidade ou para os principais procedimentos solicitados facilita a ação da regulação.

Boa leitura!

## DERMATOLOGIA

### 1 Ë Micoses

**HDA** - Encaminhar os pacientes tratados clinicamente sem melhora das queixas ou em casos de suspeita de micose profunda (cromomicose, lobomicose, etc), descrevendo a história sucinta constando data do início, evolução e tratamento instituído.

**Exame Físico** - Descrever o aspecto das lesões. Informar outros achados importantes.

**Prioridade para a Regulação** - Pacientes com queixas, lesões sugestivas e com resistência ao tratamento.

**Contra-referência** - retorno à UBS para acompanhamento com o relatório do especialista.

### 2 Ë Prurido / Eczema

**HDA** - Encaminhar os pacientes com queixas de prurido de difícil resolução, já afastadas possíveis causas orgânicas, de acordo com exame clínico. Ex: icterícia, causa medicamentosa, escabiose etc. Encaminhar paciente com história sucinta constando início dos sinais e sintomas, localização, fatores desencadeantes, tratamentos instituídos e exames complementares (se houver).

**Exame Físico** - Descrever o aspecto das lesões. Informar outros achados importantes.

**Prioridade para a Regulação** - Pacientes com quadros extensos e/ou graves.

**Contra-referência** - permanecer no nível secundário ou retorno à UBS para acompanhamento com o relatório do especialista.

### 3 Ë Dermatite de Contato

**HDA** - Encaminhar somente casos sem causas definidas. Referir data do início dos sintomas, localização, fatores desencadeantes, frequência, intensidade das crises, medidas de prevenção adotadas e tratamentos instituídos.

**Exame físico** - Descrever aspecto e localização da lesão.

**Prioridade para a Regulação** - Pacientes com queixas e com lesões extensas e/ou graves.

**Contra-referência** - Retornar à UBS para acompanhamento com relatório do especialista.

#### **4 Ë Neoplasias Cutâneas / Diagnóstico Diferencial de Lesões Infiltradas**

**HDA** - Encaminhar os pacientes com lesões sugestivas. Ex: lesões com história de aumento progressivo, alteração das características iniciais (cor, aumento de espessura, bordas irregulares), presença de prurido e / ou sangramento.

**Exame Físico** - Descrever o aspecto, localização das lesões e presença de linfonodomegalia.

**Prioridade para a Regulação** - Pacientes com suspeita de melanoma e enfartamento ganglionar.

**Obs.:** Suspeita de melanomas (07 dias).

#### **5 Ë Herpes Zoster**

**HDA** - Encaminhar somente casos graves com comprometimento do estado geral ou pacientes imunodeprimidos. Informar tratamentos instituídos.

**Exame Físico Ë** Descrever o aspecto das lesões.

#### **6 Ë Discromias, Vitiligo**

**Prioridade para a Regulação** - Pacientes com suspeita clínica.

#### **7 Ë Hanseníase**

**HDA** - Encaminhar os pacientes que apresentem dificuldade de diagnóstico, lesões extensas, resistência ao tratamento inicial ou complicações (comprometimento neurológico e reações hansênicas). Informar tratamento instituído e reações.

**Obs.:** Lembrar que o paciente portador de Hanseníase é um paciente com necessidades de acompanhamento multidisciplinar, devendo ser encaminhado a outras especialidades diante da necessidade, como cirurgião plástico, oftalmologista, neurologista, psicólogo, entre outros.

**Exame Físico** - Descrever o aspecto das lesões (tamanho, características e localização) e exame dermatoneurológico (palpação, teste de sensibilidade).

**Prioridade para a Regulação** - Pacientes com reação hansênica.

**Obs.:** Em caso de reação hansênica, priorizar para atendimento em 24h.

## **8 Ë Dermatoses Eritemato-Escamosas (Psoríase, Líquen-Plano, Pitiríase Rosa, Ictioses)**

**HDA** - Encaminhar paciente com quadro clínico sugestivo e relatar tratamentos instituídos.

**Prioridade para a Regulação** - Pacientes com quadros extensos.

## **9 Ë Farmacodermias**

**HDA** - Encaminhar os pacientes com queixas de lesões de pele, associadas ao uso de medicações. Relatar frequência e intensidade das crises, descrevendo todos os medicamentos usados e o tempo de uso.

**Exame Físico** - Descrever o aspecto das lesões.

**Prioridade para a Regulação** - Pacientes com queixas lesões na mucosa e sintomas sistêmicos.

## **10 Ë Buloses (Pênfigo, Penfigóide, Dermatite Herpetiforme)**

**Prioridade para a Regulação** - Pacientes com quadro extenso e/ou com comprometimento de mucosas.

**Obs.:** Em casos extensos e/ou com comprometimento de mucosas priorizar atendimento para 24h.

## **11 Ë Lesões Ulceradas (Leshimaniose)**

**HDA** - Encaminhar os pacientes com suspeita de lesões típicas de leishmaniose (com bordas elevadas, endurecidas que não cicatrizam há mais de 30 dias, mesmo instituído tratamento com antibioticoterapia).

**Exame Físico** - Descrever o aspecto das lesões e evolução.

**Prioridade para a Regulação** - Pacientes com queixas.

## **12 É DST (condiloma, DIP, úlcera genital)**

**HDA** - Encaminhar pacientes com lesões sugestivas.

**Exame físico** - Descrever aspecto da lesão.

**Prioridade para regulação** - Pacientes com lesões graves e/ou extensas e/ou gestantes.

**Obs.:** Casos de DIP, encaminhar somente.

**Obs.:** Em casos de DIP, priorizar o *atendimento* para 24h.

## **13 É Acne**

Encaminhar com história sucinta, relatando os medicamentos empregados, se for o caso, e enumerar as doenças de base.

Pacientes com Acne grau II, sem resposta a tratamento medicamentoso e orientações de higiene.

Pacientes com Acne grau III.

Pacientes com suspeita de rosácea.

**Priorizar:** pacientes com Acne grau IV e V e rosácea.

## **14 É Alopecia**

História clínica e dados relevantes do exame físico.

Formas simples de alopecia areata resistentes a tratamento (Especificar o tratamento).

Alopecia areata universal.



Excluir diagnóstico de micose, dermatite seborréica, causas sistêmicas, uso de substâncias químicas que causam alopecia, causas psicogênicas (tricotilomania).

**Exames a apresentar** - Hemograma, Glicemia, TGO, TGP, Ferritina, TSH.

### **15 É Cisto Cutâneo**

História clínica e dados relevantes do exame físico.

Presença de múltiplas lesões, dificuldade de definir o tipo de lesão, excluir diagnóstico de cisto sinovial.

### **16 É Dermatite Seborréica**

História clínica e dados relevantes do exame físico, ausência de melhora com tratamento prévio (descrever tratamento realizado).

Pacientes imunocomprometidos.

Prioridade: generalização do quadro (eritoderma).

### **Outros motivos frequentes de encaminhamento**

**Problemas estéticos** - melasma, cicatrizes de acne a depender do grau de repercussão psicossocial do problema.

**FONTE: Í PROPOSTA DE PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO PARA ACESSO A CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOSÍ**

**(SESA É ES)**

## Fluxograma de encaminhamento da APS para a Unidade Cuidar - DERMATOLOGIA

