

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS
FUNDAÇÃO ALFREDO DA MATTA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS APLICADAS À DERMATOLOGIA

**TRIAGEM DE DOENÇAS DERMATOLÓGICAS EM UM CENTRO DE
REFERÊNCIA DO AMAZONAS**

SARAH REGINA ALOISE

MANAUS

2022

SARAH REGINA ALOISE

**TRIAGEM DE DOENÇAS DERMATOLÓGICAS EM UM CENTRO DE
REFERÊNCIA DO AMAZONAS**

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à
Dermatologia da Universidade do Estado do
Amazonas, em convênio com a Fundação
Alfredo da Matta, para obtenção do grau de
Mestre

Orientador (a): **Prof^a Dr^a Jacqueline de Almeida Gonçalves
Sachett**

MANAUS

2022

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Pedro e Sônia, meus maiores
incentivadores de crescimento pessoal e
profissional. E ao meu querido avô Arlindo
(in memorian), que reafirmou meu propósito
na Enfermagem.

AGRADECIMENTOS

À Universidade do Estado do Amazonas e Fundação Alfredo da Matta FUAM pelo Programa de Mestrado Profissional em Ciências Aplicadas à Dermatologia.

Aos mestres, que compartilharam vasto conhecimento e contribuíram para minha trajetória acadêmica. Em especial, sou muito grata à minha orientadora, Prof^a Dr^a Jacqueline de Almeida Gonçalves Sachett, pela atenção, compreensão e confiança depositada em mim.

À Fundação de Amparo e Pesquisa FAPEAM pela concessão de bolsa de estudos.

Minha eterna gratidão à FUAM, local de desenvolvimento da pesquisa onde encontrei receptividade e colaboração de seus funcionários.

Agradeço a Deus pela oportunidade e a minha família e amigos pelo apoio incondicional.

Muito obrigada!

RESUMO

Introdução: Em se tratando de um contexto global, as doenças dermatológicas assumem papel relevante, sendo as queixas relacionadas a afecções de pele muito comuns nos serviços de saúde. Particularmente no Brasil, a dermatologia constitui uma área médica de grande importância na rede do Sistema Único de Saúde. **Objetivo:** caracterizar o perfil dos atendimentos da triagem dermatológica em uma instituição de referência do Amazonas. Pretende-se, ainda, estimar a demanda de atendimento dermatológico especializado do município de Manaus; conhecer as doenças dermatológicas mais frequentemente referenciadas; investigar registros de atendimentos em dermatologia que poderiam ter resolução na Atenção Primária à Saúde e propor instrumentos em dermatologia a profissionais de saúde da Atenção Primária a partir do perfil dos atendimentos da triagem dermatológica. **Método:** estudo descritivo, transversal e retrospectivo, com abordagem quantitativa. A Fundação Alfredo da Matta é centro de referência em tratamento para hanseníase, doenças dermatológicas tropicais e infecções sexualmente transmissíveis e foi escolhida como local da presente pesquisa. Foram analisados registros de atendimento de 5 anos corridos da triagem dermatológica da Fundação Alfredo da Matta a partir de banco de dados da instituição. A amostra foi definida com base na média de 18.000 atendimentos/ano da unidade, considerado IC de 99%. Foram estabelecidos como critério de inclusão na pesquisa os registros de atendimento da triagem nos anos de 2015 a 2020. Registros com dados incompletos não foram incluídos no estudo. A coleta de dados foi efetuada pela pesquisadora responsável em setembro do ano de 2021 por meio de acesso ao banco de dados da FUAM referentes aos atendimentos da triagem nos anos de 2015 a 2020. Não contendo identificação de sujeito, houve dispensa de registro e avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Foi preenchido formulário elaborado pela própria pesquisadora a fim de coletar informações sobre data e demanda de atendimento, número de atendimentos por demanda a cada mês e total de cada ano. Os dados coletados foram digitados em tabela no programa Excel e analisados conforme literatura científica preconizada para categorização da demanda de atendimento. Foi realizada análise descritiva, sendo gerados dados numéricos, percentuais e gráficos. **Resultados:** as demandas de maior destaque foram as dermatoses generalizadas (2015- 25,57%; 2016- 28,20%; 2017- 19,83% e 2019- 37,14%) e carteira de saúde/atestado dermatológico (2015- 26,70%; 2016- 23,41%; 2017- 24,15% e 2019- 35,03%), seguidas de encaminhamentos para Ambulatório (2015- 33,25%; 2016- 18,85%); Unidade Básica de Saúde (2015- 10,65%; 2016- 11,81% e 2017- 19,75%); Cirurgia (2017- 2,25% e 2019- 5,89%) e Contato de MH (2019- 8,12%). **Conclusão:** foram identificados registros de atendimentos em dermatologia que poderiam ter resolução na Atenção Primária à Saúde, especialmente as demandas de atestado dermatológico. A quantidade significativa destas e de encaminhamentos à UBS retratam a necessidade de capacitação de profissionais da saúde. Para tanto, foi construído um instrumento em dermatologia como ferramenta de apoio. Como sugestão de melhoria no processo de trabalho, também foi desenvolvido um modelo de ficha específico ao setor de triagem.

Palavras-chave: Dermatopatias; Triagem; Atenção Primária à Saúde; Atenção Secundária à Saúde

ABSTRACT

Introduction: In a global context, dermatological diseases plays a relevant role, and complaints related to skin disorders are very common in health services. Particularly in Brazil, dermatology is a medical area of great importance in the Unified Health System network. **Objective:** to characterize the profile of dermatological screening care in a reference institution in Amazonas. It is also intended to estimate the demand for specialized dermatological care in the city of Manaus; to know the most frequently dermatological diseases referenced; Investigate records of dermatology consultations that could be resolved in Primary Health Care and propose instruments in dermatology to primary care health professionals based on the profile of dermatological screening appointments. **Method:** descriptive, cross-sectional and retrospective study, with a quantitative approach. Fundação Alfredo da Matta is a reference center in the treatment of leprosy, tropical dermatological diseases and sexually transmitted infections and was chosen as the location of the present research. Records of 5 consecutive years of dermatological screening at Fundação Alfredo da Matta were analysed from the institution's database. The sample was defined based on the average of 18,000 visits/year at the unit, considered a 99% CI. Were established as inclusion criteria in the research the screening attendance records of years 2015 to 2020. Records with incomplete data were not included in the study. Data collection was performed by the responsible researcher in September 2021, through access to the FUAM database regarding the screening care from 2015 to 2020. Not containing subject identification, registration and evaluation by the Research Ethics Committee was waived. A form prepared by the researcher was filled out in order to collect information of the date and care demand, the number of attendance by demand each month and the total number of each year. The collect data were entered into a table in the Excel program and analyzed according to the scientific literature recommended for categorizing the demand for care. Descriptive analysis was performed, generating numerical data, percentages and graphics. **Results:** the most prominent demands were generalized dermatoses (2015- 25,57%; 2016- 28,20%; 2017- 19,83% e 2019- 37,14%) and health card/dermatological certificate (2015- 26,70%; 2016- 23,41%; 2017- 24,15% e 2019- 35,03%), followed by outpatient clinic (2015- 33,25%; 2016- 18,85%), referrals to the Basic Health Unit (2015- 10,65%; 2016- 11,81% e 2017- 19,75%); Surgery (2017- 2,25% e 2019- 5,89%) and MH Contact (2019- 8,12%). **Conclusion:** records of dermatology consultations that could be resolved in Primary Health Care were identified, especially the demands for a dermatological certificate. The significant amount of these and referrals to the UBS shows the need of training health professionals. Therefore, an instrument in dermatology was built as a support tool. As a suggestion to improve the work process, a screening form model was also developed to triage.

Key-words: Skin Diseases; Triage; Primary Health Care; Secondary Care

RESUMO LEIGO

As doenças de pele são frequentes no mundo, sendo bastante comum queixas ligadas à pele. No Brasil, dermatologia é uma especialidade médica importante para o Sistema Único de Saúde. O objetivo principal desta pesquisa foi detalhar os tipos de atendimentos realizados por um serviço especializado em dermatologia do Amazonas. Também foram intenções neste estudo conhecer os atendimentos a doenças de pele em Manaus; conhecer as doenças de pele mais comuns de serem encaminhados para o serviço especializado; verificar quais casos poderiam ser atendidos na Unidade Básica de Saúde e sugerir materiais de apoio em dermatologia para profissionais de saúde que atendem na Unidade Básica de Saúde de acordo com os atendimentos do setor de triagem. Neste estudo o pesquisador não interagiu com pessoas, avaliou materiais coletados em um tempo definido realizado com base na observação. A Fundação Alfredo da Matta é especializada em tratamento para hanseníase, doenças de pele tropicais e infecções transmitidas via sexual e foi o local escolhido para o estudo. Foram avaliados atendimentos de 5 anos seguidos da triagem em dermatologia da Fundação Alfredo da Matta com base nos dados fornecidos pela unidade. A quantidade de atendimentos a serem analisados foi baseado na quantidade média de atendimentos ao ano. Foram incluídos na pesquisa atendimentos da triagem dos anos de 2015 a 2020. Registros com informações incompletas não entraram no estudo. A coleta de informações foi realizada pela pesquisadora responsável em setembro de 2021 por meio de acesso às informações já existentes na instituição relacionados a atendimentos da triagem nos anos de 2015 a 2020. Não foi necessária autorização e avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa para realizar esta pesquisa. A pesquisadora criou e preencheu um formulário para incluir as informações coletadas, como data e tipo de atendimento e quantidade por mês e total de cada ano. Os dados coletados foram digitados em uma tabela no programa Excel e avaliados com base em estudos publicados para classificar os tipos de atendimento. Foi realizada avaliação detalhada, obtendo-se resultados em número, percentagem e gráficos. As demandas que mais se destacaram foram as doenças de pele em geral (2015- 25,57%; 2016- 28,20%; 2017- 19,83% e 2019- 37,14%) e saúde/atestado dermatológico (2015- 26,70%; 2016- 23,41%; 2017- 24,15% e 2019- 35,03%), além de encaminhamentos para Ambulatório (2015- 33,25%; 2016- 18,85%); Unidade Básica de Saúde (2015- 10,65%; 2016- 11,81% e 2017- 19,75%); Cirurgia (2017- 2,25% e 2019- 5,89%) e Contato de MH (2019- 8,12%). Foram identificados registros de atendimentos em dermatologia que poderiam ser atendidos na Unidade Básica de Saúde, principalmente as de atestado dermatológico. A grande quantidade destas e de encaminhamentos à UBS mostram que é preciso haver treinamento de profissionais de saúde. Para isso, foi construído um material de apoio em dermatologia. Para melhorias no fluxo de trabalho, também foi criado um modelo de ficha específico para o setor de triagem.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1– Estrutura da pele.....	9
Figura 2 – Mancha acrômica (vitiligo segmentar)	12
Figura 3- Mancha hipocrômica (hanseníase indeterminada)	12
Figura 4- Manchas hiperocrômicas (neurofibromatose).....	13
Figura 5- Petéquia	14
Figura 6- Víbice e equimose	14
Figura 7- Eritema (exantema viral).....	15
Figura 8 - Angioma.....	16
Figura 9- Telangiectasia	17
Figura 10- Pápulas eritematosas (Sífilis secundária)	18
Figura 11- Tubérculo (hanseníase virchowiana)	18
Figura 12- Nódulo ou cisto (epidérmicos)	19
Figura 13- Verruga vulgar	19
Figura 14- Vegetação condilomatosa (condiloma acuminado)	19
Figura 15- Ceratose (actínica)	20
Figura 16- Liquenificação (dermatite atópica)	21
Figura 17 -Vesículas agrupadas em base eritematosa (herpes simples).....	22
Figura 18- Bolha tensa (penfigoide bolhoso).....	22
Figura 19- Pústulas (tinea capitis).....	23
Figura 20- Erosão (necrólise epidérmica tóxica).....	24
Figura 21- Ulceração.....	24
Figura 22- Fissura (dermatofitose).....	25
Figura 23- Placa eritematodescamativa (psoríase)	25
Figura 24- Escara	26
Figura 25 - Impetigo	27
Figura 26- Erisipela	28
Figura 27- Herpes simples	28
Figura 28- Herpes zoster.....	29
Figura 29- Escabiose	30
Figura 30- Sarampo	30
Figura 31- Rubéola.....	31
Figura 32- Varicela	31
Figura 33- Eritema infeccioso	32
Figura 34- Escarlatina.....	32
Figura 35- Fundação Hospitalar de Dermatologia Tropical e Venereologia Alfredo da Matta	34
Figura 36- Fluxograma de Atendimento da FUHAM	35

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Atendimento da triagem 2015	40
Gráfico 2- Atendimento triagem 2016.....	42
Gráfico 3- Atendimento triagem 2017	44
Gráfico 4- Atendimento triagem 2019.....	46
Gráfico 5- Demanda de atendimento/ano	48

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Demanda/mês 2015	39
Tabela 2- Demanda/mês 2016	41
Tabela 3- Demanda/mês 2017	43
Tabela 4- Demanda/mês 2019	45
Tabela 5- Demanda de atendimentos/ ano.....	47

LISTA DE ABREVIATURAS

APS- Atenção Primária à Saúde

FAPEAM- Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas

FUAM- Fundação Alfredo da Matta

FUHAM- Fundação Hospitalar de Dermatologia e Venereologia Alfredo da Matta

GBD- *Global Burden of Disease*, Carga Global de Doenças

HSV- Vírus do Herpes Simples

IST- Infecção Sexualmente Transmissível

LTA- Leishmaniose Tegumentar Americana

MH- Mal de Hansen, Hanseníase

MS- Ministério da Saúde

PNAB- Política Nacional de Atenção Básica

SISREG - Sistema Nacional de Regulação

SBD- Sociedade Brasileira de Dermatologia

SUS- Sistema Único de Saúde

SUSAM - Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas

UBS- Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. JUSTIFICATIVA.....	5
3. REVISÃO DA LITERATURA.....	7
3.1 PELE E SUAS FUNÇÕES	7
3.2 ESTRUTURA	8
3.3 EXAME DERMATOLÓGICO	9
3.4 SEMIOLOGIA DERMATOLÓGICA	9
3.4.1 Lesões por modificações da cor/manchas ou mácula.....	11
3.4.2 Púrpura.....	13
3.4.3 Lesões por alterações vasculares.....	15
3.4.4 Lesões elementares sólidas	17
3.4.5 Lesões elementares de conteúdo líquido.....	21
3.4.6 Lesões por solução de continuidade	23
3.4.7 Lesões elementares caducas	25
3.4.8 Sequelas	26
3.5 DOENÇAS DE PELE- QUEIXAS COMUNS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	27
3.5.1 Impetigo	27
3.5.2 Erisipela	27
3.5.3 Herpes simples.....	28
3.5.4 Herpes zoster.....	29
3.5.5 Escabiose	29
3.5.6 Sarampo.....	30
3.5.7 Rubéola.....	30
3.5.8 Varicela.....	31
3.5.9 Eritema infeccioso.....	32
3.5.10 Escarlatina.....	32
4. OBJETIVOS.....	33
4.1 Geral.....	33
4.2 Específicos	33
5. METODOLOGIA.....	33
5.1 Tipo de estudo	33
5.3 População e Amostra.....	35
5.4 Critérios de inclusão.....	35
5.5 Critérios de exclusão.....	35
5.6 Coleta de dados.....	36

5.7	Instrumentos Utilizados e Procedimentos	36
5.8	Análise dos dados	38
5.9	Aspectos Éticos e Legais.....	38
6.	RESULTADOS	38
7.	PRODUTO DA DISSERTAÇÃO	49
8.	DISCUSSÃO	52
9.	CONCLUSÃO	55
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56

1. INTRODUÇÃO

Dermatologia é a especialidade médica focada no diagnóstico e tratamento de doenças de acometimento da pele, anexos cutâneos e mucosas(1). Em um contexto global, as doenças dermatológicas assumem papel relevante(2,3), sendo as queixas relacionadas a afecções de pele muito comuns nos serviços de saúde(1). No ano de 2010, particularmente, as condições da pele foram uma das principais causas de anos vividos com incapacidades ou deficiência, ocupando a posição entre segundo e décimo primeiro lugar em países diversos(3).

Dados do estudo *Global Burden of Disease* (GBD)- carga global de doenças- entre os anos de 1990 e 2017 apontam que doenças de pele e subcutâneas foram a nona causa de anos perdidos por incapacidade e ocuparam o quarto lugar de maior incidência dentre as causas de enfermidades. No topo das três dermatoses mais prevalentes desse período estavam: dermatoses fúngicas, “outras condições de pele” como doenças bolhosas, doenças do tecido conjuntivo e reações cutâneas medicamentosas e dermatite atópica. As mais incapacitantes encontradas no estudo foram dermatite atópica, psoríase e urticária (4).

Países da Ásia possuem uma alta carga de doenças de pele, especialmente as de condições inflamatórias, como acne, alopecia areata, dermatite atópica, dermatite de contato, dermatite seborreica e psoríase(5). Em população europeia da Alemanha, Itália, Países Baixos, Portugal e Suécia as doenças de pele mais comumente encontradas foram verruga, acne e dermatite de contato(6). Já na África é significativa a prevalência de acne, eczema, discromias, dermite seborreica, alopecias, infecções fúngicas, dermatites de contacto, verrugas, infeções fúngicas, queloides, pitiríase rósea e urticária(7).

Em estudo Americano, aproximadamente metade da população estudada (42,7%) recebeu ao menos um diagnóstico relacionado a acometimento de pele ao longo de cinco anos, entre eles ceratose actínica, acne e cisto sebáceo (8).

No Brasil, conforme censo dermatológico realizado pela Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD) em 2006, as cinco doenças mais prevalentes no país foram acne, micoses superficiais, transtornos da pigmentação, ceratose actínica e dermatite de contato(9). Em São Paulo, por exemplo, estudo analisou as doenças de pele mais prevalentes em um centro especializado ao longo de 20 meses. Das 7.350

consultas inclusas, as de maior prevalência foram micoses superficiais, com 1.058 (14,4%) diagnósticos, sendo dermatofitoses e onicomicose as mais frequentemente reportadas; 347 (4,7%) de acne e 311 (4,2%) de dermatites de contato(10).

Particularmente no Amazonas, no ano de 2018, instituição de referência em dermatologia notificou 16.820 casos de dermatoses simples, 7.135 dermatoses prioritárias, 154 casos de hanseníase e 79 de Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) (11).

A dermatologia no Brasil, portanto, constitui uma área médica de grande importância na rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Este, caracterizado pela descentralização e divisão em níveis de cuidados primário, secundário e terciário, orienta que pacientes sejam referenciados de acordo com severidade e complexidade do diagnóstico(12).

Atendendo a esta necessidade, o princípio de integralidade de assistência, disposto na Lei Nº 8.080/90, Art.7º, inciso II, descreve que os usuários possuem acesso a um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (13).

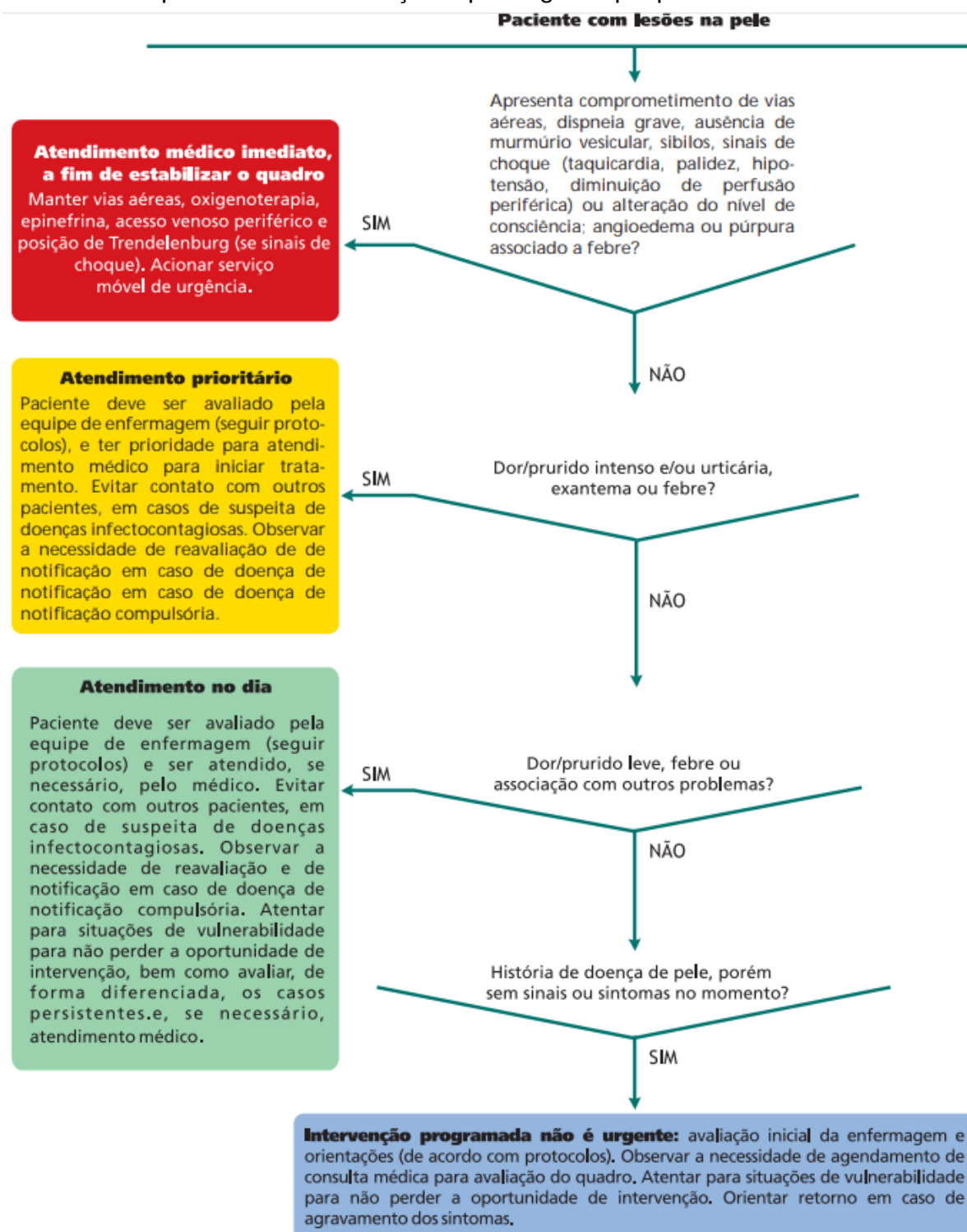
Neste contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) possui papel essencial na condução de casos de baixa complexidade das afecções de pele. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a APS é responsável por ações de saúde relacionadas à promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. É considerada como principal meio de entrada no sistema e suas ações são representadas pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), devendo coordenar o cuidado e articular-se com demais redes de saúde quando necessário(14).

Dessa forma, enfatiza-se o quão importante é a integração dos níveis de atenção à saúde, tanto para a reorganização das unidades de referência quanto para se estabelecer de forma precoce o diagnóstico de doenças de alta complexidade e especificidade relacionadas à dermatologia(15).

Assim, o profissional capacitado deve realizar a primeira escuta do usuário e avaliar se há necessidade de cuidados imediatos(14). A partir, então, da definição de

prioridades e estabelecimento da classificação de risco, encaminhará para a assistência especializada, conforme orientações do Ministério da Saúde (MS) (Fluxograma 1)(16).

Fluxograma 1 - Atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes com doença de pele aguda que procuram a AB



A importância de tal manejo e referenciamento é evidenciada por diferenças significativas no perfil nosológico de doenças dermatológicas atendidas a nível primário e secundário(15).

Desse modo, observa-se a importância da triagem para o serviço de referenciamento, visto o encaminhamento adequado de pacientes também reduzir gastos e promover maior segurança e otimização de cuidados em saúde(17).

A fim de auxiliar na gestão do cuidado primário, o MS, por meio do caderno 28, volume II, disponibiliza opções de abordagem em situações comuns de dermatologia. Aponta doenças de pele como impetigo, erisipela, herpes simples, herpes zoster, escabiose e doenças exantemáticas como sarampo, rubéola, varicela, eritema infeccioso, exantema súbito e escarlatina como as mais recorrentes no acolhimento à demanda espontânea(16).

Situações de maior complexidade, como neoplasias malignas cutâneas da pele, alterações da pele devido à exposição não ionizante e psoríase exigem conhecimento especializado e devem ser encaminhadas à atenção secundária(15), a qual engloba serviços ambulatoriais, de medicina especializada, diagnóstica e terapêutica e atendimentos urgentes e emergentes(18).

Com o objetivo de organização de demanda e orientação para referenciamento, a Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SUSAM) criou o Protocolo de acesso a consultas, exames e procedimentos ambulatoriais. O documento é direcionado tanto a profissionais da atenção primária como também aos do serviço especializado e estabelece critérios para acesso aos serviços especializados. Dentro de cada área médica e conforme caso clínico, detalha os motivos para encaminhamento, contendo capítulo específico para atendimento em dermatologia(19).

Outra ferramenta de suporte na atenção à saúde são pesquisas sobre a distribuição de doenças que acometem a pele, sendo fundamentais para a gestão adequada do planejamento em saúde(2,20).

Uma análise sobre a assistência em dermatologia por telessaúde no Amazonas encontrou significativa frequência das seguintes dermatoses no estado: Verruga vulgar; melanose solar; piodermites, ceratose seborréica; dermatite atópica;

dermatite seborréica; dermatite de contato; hemangioma; onicomicoses; acrocórdon; psoríase; melasma; herpes zoster; dermatofitoses; acne; carcinoma basocelular; escabiose; vitiligo; alopecia areata; lúpus eritematoso; varicela e herpes simples(21). Porém, não foram relatados no trabalho valores referentes à frequência dessas dermatoses. A busca por pesquisas relacionadas a doenças dermatológicas tropicais prevalentes no Amazonas mostrou a escassez de estudos atualizados sobre o tema.

Dessa forma, é necessário o desenvolvimento de mais estudos sobre epidemiologia de enfermidades dermatológicas a fim de contribuir para o planejamento de intervenções e destinação de recursos à saúde(15,20).

2. JUSTIFICATIVA

A habilidade de médicos em diagnóstico e tratamento no nível primário é fundamental para redução de morbidades, custos e encaminhamentos não necessários(22,23). Porém, muitas vezes a grade curricular na graduação oferece breve aprendizado em dermatologia(24). Um estudo avaliou o nível de conhecimento de médicos da atenção primária em doenças dermatológicas e constatou a necessidade de treinamento na área: de sessenta e um participantes, cinquenta e cinco relataram dificuldades no cuidado a pacientes dermatológicos, parte destas relacionadas a diagnóstico diferencial e tratamento (25).

Dificuldades no diagnóstico dermatológico também foram apontadas por uma pesquisa com médicos clínicos gerais que atendem na atenção primária(26). E, ainda no contexto da APS, outro estudo declara que médicos possuem maior habilidade em descartar determinada condição de pele do que estabelecer de forma precisa um diagnóstico(17).

O cenário atual também retrata falta de encaminhamentos, quando necessários, ou sua realização, por vezes inadequada, podendo resultar em exames e procedimentos dispensáveis(27).

Somado a isso, há escassez de ferramentas que auxiliem profissionais generalistas na abordagem dermatológica(24). Esse fato resulta, muitas vezes, em dificuldades na condução de casos na APS e declara ser desafiante o cuidado dermatológico nos sistemas de saúde(15).

Mediante a necessidade de assistência especializada em dermatologia, é imprescindível o encaminhamento adequado a cuidados específicos. Espera-se, pois, que o serviço de triagem no atendimento primário conduza de forma adequada casos de lesões dermatológicas, sendo capaz de identificar quadros simples ou de maior severidade(23).

A elaboração de diretrizes para encaminhamento com formulários padronizados e envolvimento dos profissionais de saúde no ensino sobre referenciamento poderiam aprimorar o processo (27).

Ademais, a diversidade de perfil epidemiológico das doenças de pele é notável no Brasil, decorrente de diferentes realidades sociodemográficas e climáticas(28). O desenvolvimento de estudos sobre a prevalência de dermatoses pode igualmente auxiliar no direcionamento da capacitação da atenção básica à saúde, com base nas doenças mais prevalentes de cada região do país(10).

É possível que tais dificuldades apontadas pelas pesquisas também se apliquem no contexto amazônico. No estado do Amazonas, estudo retrospectivo verificou o perfil de doenças dermatológicas atendidas em um centro de referência entre os anos de 2000 e 2007. Dentre os 56.720 diagnósticos realizados, as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) representaram o maior número de casos, com 25,12%, seguidas de dermatoses alérgicas (14,03%), dermatoses não especificadas (13,01%), hanseníase (6,34%) e acne, seborreia e afins (5,05%). Dermatoses autoimunes, pitíriase rósea, doenças metabólicas, buloses, micoses subcutâneas e profundas, doenças hereditárias, tuberculose cutânea e outras micobacterioses atípicas cutâneas tiveram frequência de atendimento abaixo de 1%(29).

Sabe-se, contudo, que alguns desses quadros poderiam ser resolvidos na atenção primária, restringindo-se o encaminhamento em casos de dificuldade de diagnóstico, lesões extensas, resistência ao tratamento inicial ou complicações(19).

O presente estudo surgiu a partir da significativa procura de usuários pelo serviço de triagem de uma unidade de referência dermatológica no Amazonas. Cumprindo sua função de estabelecer prioridade de atendimento de casos de média e alta complexidade(30), o setor da instituição observou considerável número de casos referenciados que poderiam ser resolvidos na APS. Assim, a organização de

treinamento e atualização a profissionais atuantes no cuidado primário poderia aprimorar o gerenciamento de doenças de pele no estado(18).

3. REVISÃO DA LITERATURA

A fim de melhor compreender os diversos aspectos relacionados ao atendimento em dermatologia, a revisão da literatura, baseada em Azulay(31), abrange os seguintes tópicos: pele e suas funções, semiologia dermatológica exame dermatológico e doenças de pele- queixas comuns na atenção primária.

3.1 PELE E SUAS FUNÇÕES

A pele humana é um órgão que reveste e delimita o organismo, protegendo-o e interagindo com o meio exterior. Corresponde a 15% do peso corporal, possui resistência, flexibilidade e capacidade de renovação e de reparação, com certo grau de impermeabilidade e pH entre 4,6 e 5,8. Exerce diversas funções, conforme Sodré CT(31):

- **Proteção**

Exerce defesa contra agentes agressores físicos, químicos e biológicos. Possui resistência a agentes mecânicos; neutraliza radiações ultravioleta; mantém pH ácido (5,4 a 5,6) da camada córnea e possui atividade antimicrobiana e imunológica.

- **Percepção**

Reconhece sensações como calor, frio, dor e tato por elementos nervosos como forma de defesa do organismo para sobrevivência.

- **Homeostasia- hemorregulação e termorregulação**

Com extensos plexos vasculares e corações periféricos (glomus), a pele realiza controle hemodinâmico- contribui para manutenção e regulação do débito circulatório. Já a termorregulação é mantida pelas vias do sistema nervoso autônomo, levando à constrição ou dilatação dos vasos. Nesse mecanismo as glândulas sudoríparas ecrinas também exercem ação significativa, através da sudorese e consequente perda de calor.

- **Secreção**

A pele produz citoqueratina, a melanina, sebo e suor;

- Excreção

Eliminação do suor (água, eletrólitos e bicarbonato) e outros como ureia, glicose, metais pesados e medicamentos;

- Metabolização: sintetização de hormônios, como testosterona, dihidrotestosterona e síntese e metabolização de vitamina D.

3.2 ESTRUTURA

A pele é composta, basicamente, por três camadas: epiderme, derme e hipoderme(31): (Figura 1)

Epiderme

Camada mais externa de pele. De forma resumida pode-se dizer que é constituída pelos sistemas ceratinocítico, formado por queratinócitos- responsáveis pelo corpo da epiderme e anexos (pelos, unhas e glândulas); sistema melânico, formado pelos melanócitos; células de Langerhans, com função imunológica; células de Merkel, integradas ao sistema nervoso; e células dendríticas indeterminadas, com função mal definida.

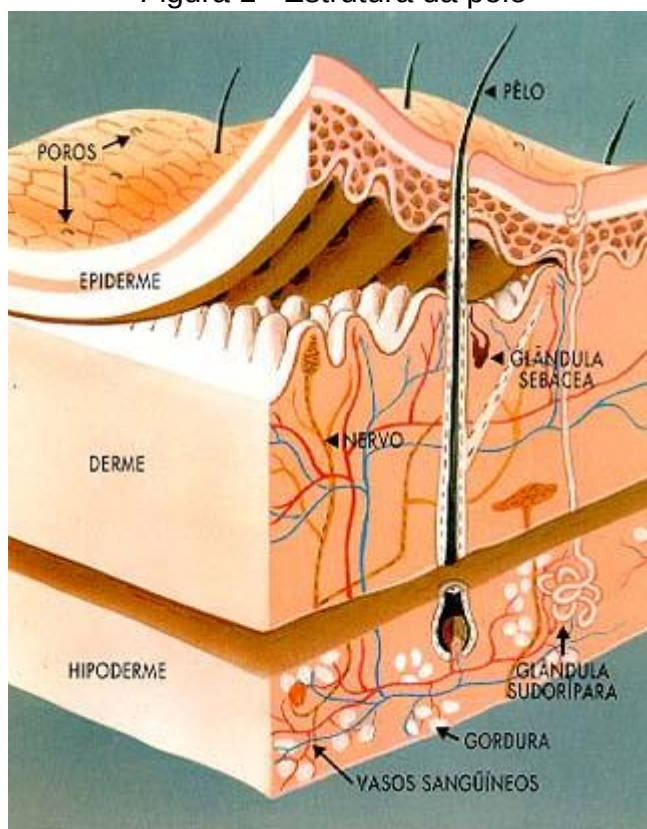
Derme

Camada intermediária de tecido conjuntivo integrado onde são encontrados vasos, nervos e anexos da epiderme. Constituída por fibroblastos, histiócitos, células dendríticas e mastócitos, sendo fundamental sua interação com a epiderme para manutenção de ambos tecidos. Pode ser dividida em: superficial/papilar, profunda/reticular e adventicial, todas compostas por feixes de colágeno. Atua de forma reguladora sobre a morfogênese e diferenciação epidérmica, sendo determinante na espessura, forma, diferenciação e padrão dos anexos.

Hipoderme

Camada mais profunda da pele composta por adipócitos, demarcado por septos de colágeno com vasos sanguíneos, vasos linfáticos e nervos. É importante isolante térmico, depositário de calor, protege de traumas e modela o corpo, permitindo mobilidade da pele.

Figura 1– Estrutura da pele



Fonte: <https://www.sobiologia.com.br/conteudos/FisiologiaAnimal/revestimento.php>

3.3 EXAME DERMATOLÓGICO

As doenças de acometimento dermatológico podem se restringir à própria pele ou à expressão de sinais e sintomas na pele como manifestação inicial ou tardia de doenças sistêmicas. Daí a importância da realização do exame físico da pele criterioso e sob boas condições para auxílio no diagnóstico e conduta terapêutica adequada. A iluminação do ambiente deve ser preferencialmente sob a luz natural e na impossibilidade desta, sob luz fluorescente. Deve-se ainda, atentar-se a sinais com alteração de cor (acromia, hipocromia, hiperpigmentação, eritema), espessura (atrofia, hiperqueratose), presença ou ausência de sintomas como prurido, dor e ardor.(32)

3.4 SEMIOLOGIA DERMATOLÓGICA

A visualização e reconhecimento de alterações a nível de pele e mucosas externas é realizado pela inspeção, elemento-chave na semiologia dermatológica. Dependendo do caso, torna-se necessária a palpação, método em que se pode

constatar consistência, temperatura, mobilidade, extensão e profundidade do elemento eruptivo e se há ou não sensação dolorosa(31).

Conforme Classificação de Azulay, as lesões podem ser classificadas em: lesões por modificações da cor/manchas ou mácula; púrpura; lesões por alterações vasculares; eflorescências elementares de conteúdo líquido; eflorescências elementares caducas; eflorescências elementares por solução de continuidade, eflorescências elementares de conteúdo sólido e sequelas. Cada classificação contém subdivisões, como é possível observar no Quadro 1.

Quadro 1. Classificação de Azulay das lesões elementares	
Lesões por modificações da cor/manchas ou mácula Relacionadas à melanina: • Hipercrômica • Hipocrômica • Acrômica Relacionadas com pigmentos orgânicos aumentados: (bilirrubina, alcaptona, carotenos) Relacionadas com pigmentos exógenos: (tatuagem, prata, clofazimina, asfalto, corantes, amiodarona etc.)	Eflorescências elementares de conteúdo líquido <i>Acúmulo circunscrito:</i> Vesícula Bolha Pústula <i>Acúmulo não circunscrito:</i> Urtica Edema (não mediado por histamina)
Púrpura Petéquia Víbice Equimose	Eflorescências elementares caducas Escama Crosta Escara

Lesões por alterações vasculares Transitórias (funcionais, sempre planas, máculas) Eritema e enantema Cianose e cianema Permanentes (hiperplásticas; muitas vezes com relevo) Angioma Telangiectasia		Eflorescências elementares por solução de continuidade Erosão Exulceração Úlcera/ulceração Fissura (rágade) Fístula
Eflorescências elementares de conteúdo sólido		Sequelas Atrofia Cicatriz
Pápula Tubérculo Nódulo Nodosidade (tumoração) Vegetação (verrucosa ou condilomatosa)	Ceratose Esclerose Liquenificação Infiltração	
Fonte: Azulay RD; Azulay DR; Azulay-Abulafia L, 2017.		

A partir da leitura do Quadro 1, constata-se uma grande variedade de lesões. É essencial, portanto, que sejam corretamente identificadas. A seguir são descritas as principais características de cada tipo de lesão, conforme Azulay DR(31):

3.4.1 Lesões por modificações da cor/manchas ou mácula

Caracteriza-se por mancha ou mácula qualquer alteração da cor da pele sem relevo. Sabe-se que a quantidade de melanina determina a cor da pele, porém outros fatores também devem ser considerados, como número de vasos em determinada região, fluxo sanguíneo, hemoglobina, espessura da pele e quantidade de pânículo adiposo.

Manchas pigmentares

Ligadas, primariamente, à concentração de melanina, sendo divididas em:

- Mancha acrômica- ausência de melanina; (Figura 2)
- Mancha hipocrômica- diminuição de melanina; (Figura 3)
- Mancha hiperocrômica: excesso de melanina. (Figura 4)

Figura 2 – Mancha acrômica (vitiligo segmentar)



Fonte: Azulay, 2017

Figura 3- Mancha hipocrômica (hanseníase indeterminada)



Fonte: Azulay, 2017

Figura 4- Manchas hiperocrômicas (neurofibromatose)



Fonte: Azulay, 2017

Outros pigmentos, endógenos ou exógenos, igualmente alteram a cor da pele, como a bilirrubina na icterícia, alcaptona na ocronose (cor escura), caroteno na xantocromia (tonalidade amarelada), amiodarona, asfalto e tatuagens.

3.4.2 Púrpura

Modificação na coloração da pele para tons de vermelho ao amarelado e castanho, dependendo do tempo de evolução. Ocorre em decorrência de extravasamento sanguíneo dérmico e menos frequentemente hipodérmico, recebendo a seguinte classificação:

- Petéquia- puntiforme, geralmente múltipla; (Figura 5)
- Víbice- linear, sempre de natureza traumática; (Figura 6)
- Equimose- lesão purpúrica em lençol, de tamanho maior; (Figura 6)
- Hematoma- é comum ter a mesma expressão clínica de equimose. É um termo usado em casos de grandes coleções, quando há ocorrência de abaulamento local. Em geral, de origem traumática

Figura 5- Petéquia



Fonte: Azulay, 2017

Figura 6- Víbice e equimose



Fonte: Azulay, 2017

3.4.3 Lesões por alterações vasculares

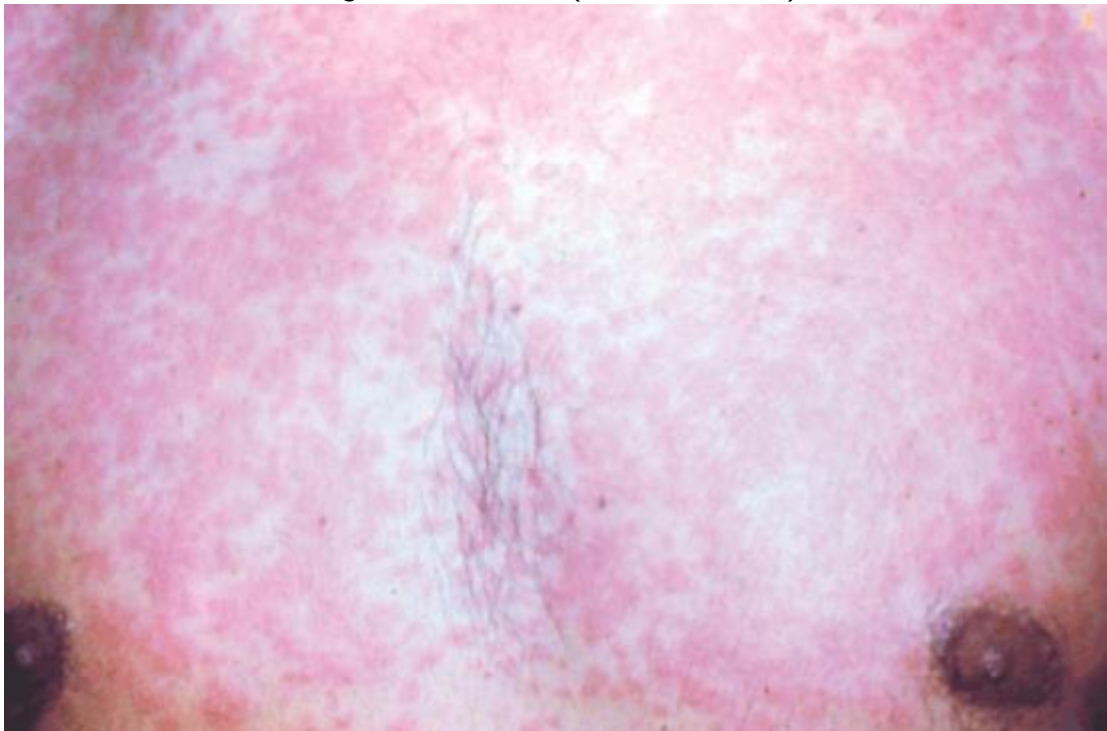
Associadas a alterações dos vasos sanguíneos, podem ser divididas em dois grupos: transitório e permanente.

Lesões vasculares transitórias:

De caráter funcional, sendo seu aparecimento e duração variáveis conforme a causa a natureza do processo; não possuem relevo e são agrupadas em eritema e cianose.

- Eritema (na pele) e enantema (nas mucosas): caracterizados pela vermelhidão, mais ou menos intensa decorrente de maior afluxo sanguíneo arterial em virtude de dilatação de arteríolas (Figura 7). Em áreas extensas o eritema é chamado de exantema, podendo ser morbiliforme (sarampo, rubéola) ou escarlatiniforme (escarlatina).
- Cianose (na pele) e cianema (nas mucosas): identificados pela coloração azulada da pele, manifestada em casos de aumento da concentração de hemoglobina reduzida no sangue, sendo bem observada em extremidades digitais, leito ungueal, orelhas e conjuntivas.

Figura 7- Eritema (exantema viral)



Fonte: Azulay, 2017

Lesões vasculares permanentes:

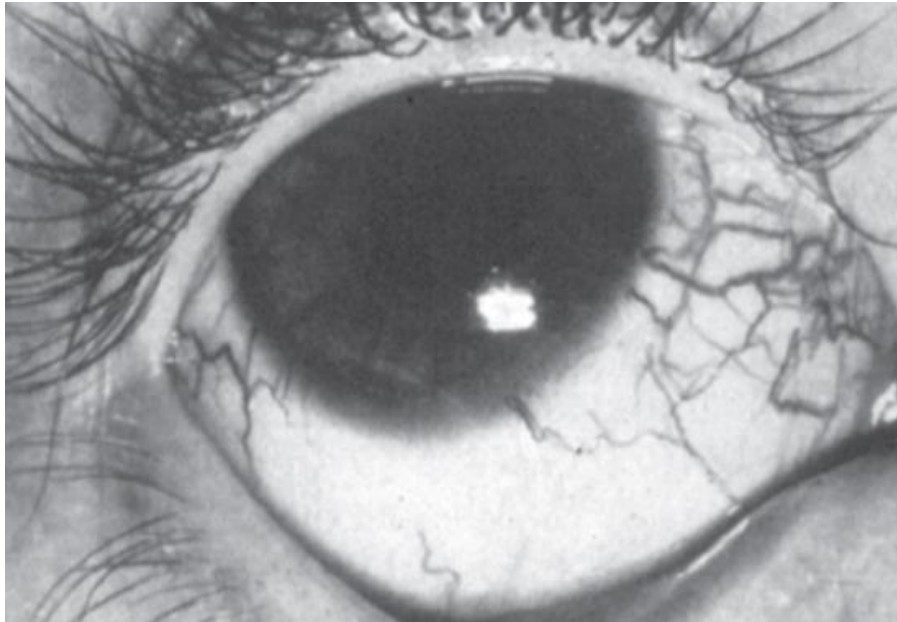
- Relacionadas com a proliferação vascular- aumento do número de vasos, podendo ser planas ou elevadas. Exemplo: angioma (Figura 8) e hemangioma;
- relacionadas com a dilatação vascular- telangiectasia (dilatação permanente do calibre de pequenos vasos); (Figura 9)
- relacionadas com a constrição vascular funcional- nevo anêmico, caracterizado por mancha hipocrômica que não se torna eritematosa após fricção.

Figura 8 - Angioma



Fonte: Azulay, 2017

Figura 9- Telangiectasia



Fonte: Azulay, 2017

3.4.4 Lesões elementares sólidas

Alterações circunscritas em decorrência de acúmulo de células em determinado local ou por espessamento cutâneo.

Acúmulo de células

- **Pápula:** Eflorescência de consistência aumentada, superficial que provoca certa elevação e, ao involuir, não deixa cicatriz; (Figura 10).
- **Tubérculo:** Eflorescência de consistência endurecida e elevada que pode deixar cicatrizes ao involuir. (Figura 11).
- **Nódulo:** Eflorescência de consistência endurecida, de dimensões variáveis, podendo ser visível à inspeção ou estritamente pela palpação. Nódulos de superfície lisa, consistência não endurecida e, em geral, circundados por cápsula de linhagem epitelial são chamados de cistos (Figuras 12).
- **Nodosidade ou tumoração:** lesões maiores que 3 cm, porém não necessariamente associados à natureza neoplásica, tumoral.
- **Vegetação:** Eflorescência com crescimento para o exterior devido hipertrofia de algumas papilas dérmicas (papilomatose). Podem ser de dois tipos: verrucosa - seca, com grande aumento da camada córnea (Figura 13) ou

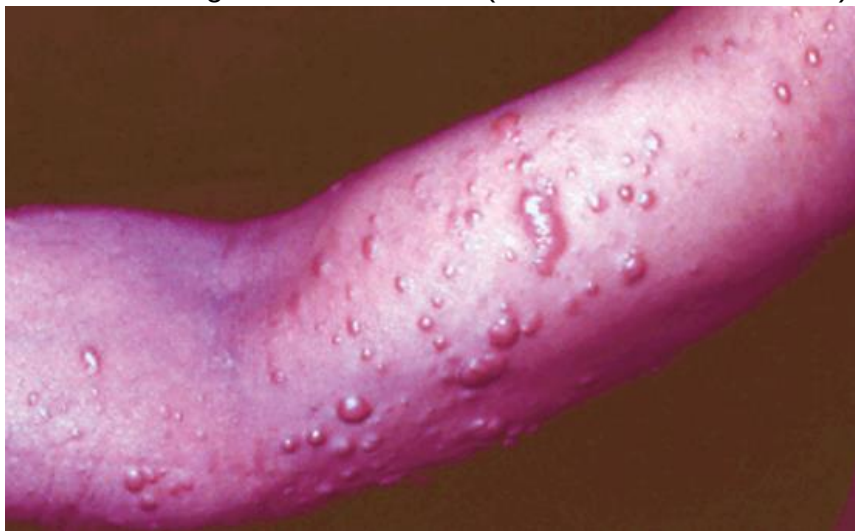
condilomatosa - úmida, com a camada córnea normal ou diminuída (Figura 14).

Figura 10- Pápulas eritematosas (Sífilis secundária)



Fonte: Azulay, 2017

Figura 11- Tubérculo (hanseníase virchowiana)



Fonte: Azulay, 2017

Figura 12- Nódulo ou cisto (epidérmicos)



Fonte: Azulay, 2017

Figura 13- Verruga vulgar



Fonte: Azulay, 2017

Figura 14- Vegetação condilomatosa (condiloma acuminado)

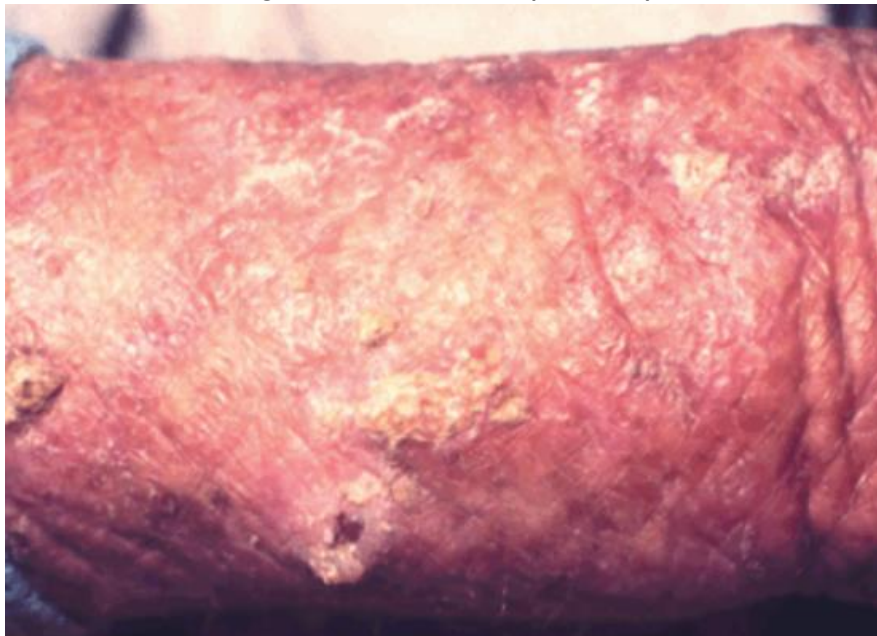


Fonte: Azulay, 2017

Por espessamento cutâneo

- Ceratose (ou queratose): espessamento superficial da epiderme decorrente da proliferação exclusiva da camada córnea com superfície geralmente áspera e esbranquiçada (Figura 15).
- Esclerose: endurecimento da pele decorrente da proliferação de tecido colágeno, dificultando o pregueamento.
- Liquenificação: geralmente circunscrita, produzida por espessamento da pele, que evidencia sulcos e saliências (Figuras 16). Consequente do ato prolongado e frequente de coçar.
- Infiltração: espessamento da pele circunscrito ou difuso, podendo ser de natureza tumoral (neoplásica) ou inflamatória infecciosa (hanseníase e leishmaniose).

Figura 15- Ceratose (actínica)



Fonte: Azulay, 2017

Figura 16- Liquenificação (dermatite atópica)



Fonte: Azulay, 2017

3.4.5 Lesões elementares de conteúdo líquido

Tais lesões podem ser decorrentes de acúmulo circunscrito ou não circunscrito.

Lesões formadas pelo acúmulo circunscrito de líquido

- Vesícula

Elemento circunscrito de pequenas dimensões, com conteúdo seroso citrino fazendo uma pequena saliência cônica ao nível da pele (Figura 17).

- Bolha (flictena)

Elemento líquido (seroso) de dimensões bem maiores e costuma ser maior que a vesícula, fazendo saliência em abóbada. A bolha pode ser intraepidérmica (acantólise), como nos pênfigos, quando é efêmera; ou subepidérmica, como nos penfigoides (bolhas tensas e maiores – Figura 18).

- Pústula

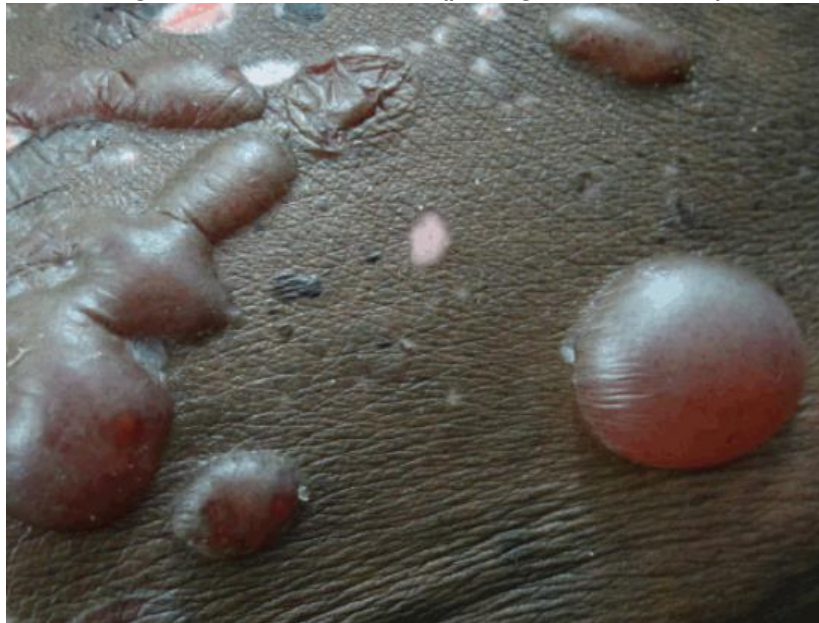
Elemento de conteúdo líquido purulento de dimensões variáveis (Figura 19). Podem ser foliculares (foliculite) ou interfoliculares (impetigo). Em geral, o pus é causado por bactérias, mas também pode ser decorrente do acúmulo de neutrófilos. Abscesso é a coleção de pus na profundidade dos tecidos.

Figura 17 -Vesículas agrupadas em base eritematosa (herpes simples)



Fonte: Azulay, 2017

Figura 18- Bolha tensa (penfigoide bolhoso)



Fonte: Azulay, 2017

Figura 19- Pústulas (tinea capitis)



Fonte: Azulay, 2017

Lesões formadas por acúmulo não circunscrito de líquido

- Urtica

Conhecida como urticária, é de tamanho variável, fazendo saliência na pele, com coloração que varia do eritematoso ao anêmico. É decorrente da liberação de histamina e das demais aminas vasoativas que promovem vasodilatação e aumento da permeabilidade do endotélio vascular. O prurido tipicamente está presente.

- Edema (quando não mediado por aminas vasoativas)

Ocorre por ausência, obstrução, compressão ou destruição dos vasos linfáticos. Pode acompanhar inúmeros processos infecciosos. Ao envolver não deixa cicatriz, a não ser no caso de abscesso.

3.4.6 Lesões por solução de continuidade

- Erosão: solução de continuidade do tegumento que compromete apenas a epiderme (Figura 20). A ruptura da continuidade por mecanismo traumático (corte com objetos, arranhão etc.) é chamada de escoriação;
- Exulceração: erosão mais profunda, acometendo a derme papilar;

- Úlcera ou ulceração: um processo com maior profundidade, podendo atingir a derme, hipoderme, o músculo e osso (Figura 21);
- Fissura ou rágade: solução de continuidade linear e estreita (Figura 22);
- Fístula cutânea: solução de continuidade de trajeto linear, em geral sinuoso (Figura 5.34).

Figura 20- Erosão (necrólise epidérmica tóxica)



Fonte: Azulay, 2017

Figura 21- Ulceração



Fonte: Azulay, 2017

Figura 22- Fissura (dermatofitose)



Fonte: Azulay, 2017

3.4.7 Lesões elementares caducas

Tendem à eliminação espontânea. São de três tipos: escama, crosta e escara.

- Escama: lamínulas epidérmicas, de dimensões variáveis, desprendendo-se fácil e continuamente. (Figura 23).
- Crosta: decorrente do ressecamento de exsudato, seja seroso, purulento ou hemático, facilmente destacável, dependendo do seu tempo de evolução.
- Escara: lesão por necrose do tecido, de cor negra em seu estágio final (Figuras 24).

Figura 23- Placa eritematodescamativa (psoríase)



Fonte: Azulay, 2017

Figura 24- Escara



Fonte: Azulay, 2017

3.4.8 Sequelas

Eflorescências indelévels que podem ser de dois tipos: atrofia e cicatriz.

- Atrofia

Espessura da pele reduzida decorrente da diminuição do número ou tamanho das células, ao nível de qualquer camada da pele.

- Cicatriz

Sequela que decorre da proliferação de tecido fibroso. Processo caracterizado pelo não retorno das características originais da pele.

Além da identificação do tipo de lesão apresentada pelo paciente, é necessária a investigação de alguns aspectos clínicos na semiologia dermatológica: tipo de erupção, tempo de evolução e data de surgimento; distribuição, organização, morfologia, maneira de progressão e fenômenos envolvidos na fisiopatogenia da lesão, além da estrutura e funcionamento dos anexos cutâneos.

O objetivo da descrição detalhada desses tipos de lesões nesta pesquisa é chamar atenção para a especificidade e importância de um diagnóstico clínico correto.

3.5 DOENÇAS DE PELE- QUEIXAS COMUNS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Algumas doenças de pele causadas por vírus, bactérias, fungos ou parasitária constituem queixa comum na APS. A seguir são detalhadas as características e quadro clínico de cada uma(16):

3.5.1 Impetigo

Infecção bacteriana superficial cujos principais agentes etiológicos são *Staphylococcus aureus* e *Streptococcus* beta-hemolítico do grupo A. Escoriações, picadas de inseto e traumas facilitam a inoculação. O diagnóstico é clínico, com base na anamnese e exame físico.

Pode ser classificado como não bolhoso ou bolhoso. O impetigo não bolhoso é caracterizado por pápulas eritematosas que evoluem para vesículas e pústulas, que ao se romperem, deixam crostas melicéricas (Figura 25). Já o impetigo bolhoso, associado mais comumente ao *Staphylococcus aureus*, apresenta-se por bolhas flácidas, mais duradouras, que quando rompidas, deixam restos na área próxima. É mais frequentemente observada em crianças.

Figura 25 - Impetigo



Fonte: <https://www.sbd.org.br/?s=impetigo>

3.5.2 Erisipela

Celulite superficial com ocorrência mais frequente em pessoas acima dos 60 anos. Seu principal agente etiológico é o *Streptococcus* beta-hemolítico do grupo A. Os membros inferiores são os principais afetados, havendo penetração da bactéria por solução de continuidade, como micoses interdigitais. O diagnóstico é clínico, sendo observada rápida instalação de lesão, evoluindo para eritema e edema de limites bem demarcados e sensação de calor e dor. A pele adquire aspecto de casca de laranja (Figura 26), podendo ocorrer surtos repetidos na mesma região.

Figura 26- Erisipela



Fonte: <https://www.sbd.org.br/?s=erisipela>

3.5.3 Herpes simples

Os vírus do herpes simples (HSV) tipo 1 afetam as regiões da face e tronco, enquanto o HSV tipo 2 estão relacionadas com infecções genitais. A transmissão se dá por contato com lesões ativas. Geralmente a primoinfecção é subclínica, tornando a pessoa portadora do vírus. Fatores como imunidade baixa, alterações hormonais e radiação ultravioleta desencadeiam sua reativação. O quadro clínico é caracterizado por máculas eritematosas, dor, queimação ou prurido. Sob a base eritematosa, formam-se vesículas agrupadas, que, posteriormente evoluirão em crostas (Figura 27). A recorrência se manifesta sempre na mesma região e a linfadenite local é bastante frequente.

Figura 27- Herpes simples

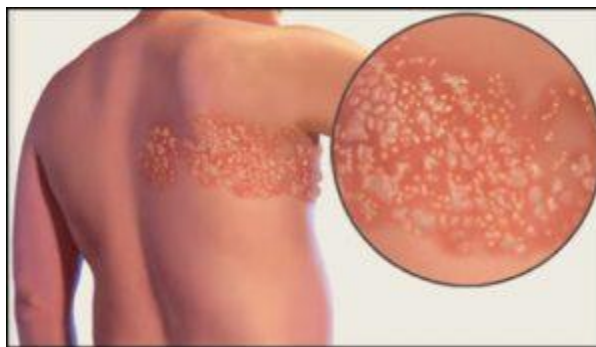


Fonte: <https://www.sbd.org.br/?s=herpes>

3.5.4 Herpes zoster

Ocorre em decorrência da reativação tardia do vírus da varicela zoster. Após sensação de dor, parestesia e queimação em média de três dias, há o aparecimento e distribuição unilateral de vesículas agrupadas (Figura 28), as quais sofrem rompimento, ulceram e são cobertas por crostas. Evoluem para cura em torno de três semanas. Acometem indivíduos com comprometimento imunológico, sendo o tronco o local mais comumente afetado.

Figura 28- Herpes zoster



Fonte: <https://www.sbd-sp.org.br/geral/estresse-esta-por-tras-do-aumento-de-casos-de-herpes-zoster-na-populacao-mais-jovem/herpes-zoster-cac/>

3.5.5 Escabiose

Provocada pela infestação do ácaro *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*. A transmissão se dá por contato pessoal e através de vestimentas usadas por pessoa infectada. As lesões se distribuem principalmente em nas áreas flexoras de punho, interdígitos, cotovelos, axila, cintura, nádegas, região peniana e escrotal nos homens, e mamilos nas mulheres. Em crianças, há predomínio de lesões na face, couro cabeludo, pescoço, região palmar e plantar. O diagnóstico é clínico, sendo lesões típicas pápulas com crostas hemáticas- devido escoriações- nódulos, vesículas e sulcos, com saliência linear de aproximadamente 1cm, a qual apresenta em uma das extremidades uma vesicopápula, local em que se encontra a fêmea do ácaro. (Figura 29)

Figura 29- Escabiose



Fonte: <https://www.sbd.org.br/?s=escabiose>

3.5.6 Sarampo

Provocado pelo vírus da família *Paramyxoviridae*, com período de incubação entre uma e duas semanas, com apresentação de febre alta, coriza, tosse e conjuntivite durante três a cinco dias. Manchas esbranquiçadas na mucosa oral geralmente precedem o exantema maculopapular, que surge do terceiro ao sétimo dia, desaparecendo após sete dias. (Figura 30). O sarampo é transmissível do período prodrômico até cinco dias após o aparecimento do exantema pela via respiratória, por meio de secreções nasofaríngeas de indivíduo infectado. No Brasil, encontra-se em fase de erradicação.

Figura 30- Sarampo



Fonte: <https://sbd.rj.org.br/sarampo-a-doenca-que-provoca-manchas-avermelhadas-na-pele/>

3.5.7 Rubéola

Causada pelo vírus da família *togaviridae*, é transmitida pelo contato com secreções da nasofaringe de pessoas infectadas, ou por meio da placenta de mães

infectadas- rubéola congênita. Tem período de incubação de 2-3 semanas, sendo cefaleia, febre baixa e mal-estar sintomas que podem surgir antes do exantema. Evolui com linfadenopatia nas regiões retroauricular, occipital e cervical posterior e exantema maculopapular róseo, difuso, de localização craniocaudal. (Figura 31).

Figura 31- Rubéola



Fonte: MS, Caderno 28 viii, 2013

3.5.8 Varicela

Causada pelo vírus varicela-zoster, é transmitida pelo contato respiratório de pessoa infectada ou secreção das vesículas, ocorrendo contágio dois dias antes do aparecimento do exantema até cinco dias após, na fase de crosta das lesões (Figura 32). O período de incubação é de 14 a 21 dias. O exantema pode ser precedido de febre baixa e mal-estar e inicia na face, couro cabeludo ou tronco, evoluindo com máculas, pápulas, vesículas e crostas pruriginosas. A varicela costuma ter curso benigno e autolimitado, mas pode ser concomitante a infecções bacterianas secundárias.

Figura 32- Varicela



Fonte: <http://www.hplas.com.br/especialidades-2/dermatologia/dermatologia-clinica/varicela-catapora/>

3.5.9 Eritema infeccioso

Provocado pelo parvovírus B19 com transmissibilidade por via respiratória ou por placenta de mães infectadas. Possui período de incubação aproximado de 14 a 21 dias com sintomas de febre, cefaleia, mialgia. O exantema tem início nas bochechas da face, com palidez perioral e (Figura 33) posteriormente, tronco e membros são acometidos por eritema maculopapular. Exposição ao sol, exercício físico e tensões emocionais podem contribuir para reaparecimento ou intensificação do quadro.

Figura 33- Eritema infeccioso



Fonte: MS, Caderno 28 viii, 2013

3.5.10 Escarlatina

Acarretada por toxinas do *Streptococcus* beta-hemolítico do grupo A, possui período de incubação de dois a cinco dias. A transmissão pode ocorrer desde os sintomas iniciais, como mal-estar, febre alta, adenomegalia cervical e submandibular e posteriormente exantema difuso, papular e áspero. Pode haver linhas marcadas nas dobras flexoras e papilas edemaciadas e eritematosas na língua. (Figura 34)

Figura 34- Escarlatina



Fonte: MS, Caderno 28 viii, 2013

4. OBJETIVOS

4.1 Geral

Caracterizar o perfil dos atendimentos da triagem dermatológica em uma instituição de referência do Amazonas.

4.2 Específicos

Estimar a demanda de atendimento dermatológico especializado do município de Manaus;

Conhecer as doenças dermatológicas mais frequentemente referenciadas;

Investigar registros de atendimentos em dermatologia que poderiam ter resolução na Atenção Primária à Saúde.

Propor instrumentos em dermatologia a profissionais de saúde da Atenção Primária a partir do perfil dos atendimentos da triagem dermatológica.

5. METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e retrospectivo, com abordagem quantitativa.

5.2 Local do estudo

A Fundação Alfredo da Matta (FUAM) é centro de referência em tratamento para hanseníase, doenças dermatológicas tropicais e infecções sexualmente transmissíveis e foi escolhida como local da presente pesquisa.

Inaugurado em 1955, o antigo dispensário carrega em seu nome uma “homenagem ao médico sanitarista Dr. Alfredo da Matta, um dos pioneiros a trabalhar no controle e tratamento da lepra no Amazonas”. Antigamente conhecido por “Casa Amarela”, o Dispensário passou a ser referência no controle e combate à hanseníase no estado, passando a ser credenciado em 1987 como Centro de Referência Macrorregional em Hanseníase. Em 1988 passa à categoria de Instituto, tornando-se Centro de Referência Nacional em 1992 e no ano de 1998 passa a ser Fundação de Dermatologia Tropical e Venereologia Alfredo da Matta. Atualmente se destaca pela assistência a doenças dermatológicas, como hanseníase e leishmaniose, atendimento ambulatorial a Infecções Sexualmente Transmissíveis,

cirurgia dermatológica, fototerapia e atendimento a pacientes com câncer de pele. A instituição é transformada em fundação hospitalar por meio da publicação da Lei nº 5.672/2021 em 12 de novembro de 2021, sendo nomeada atualmente como Fundação Hospitalar de Dermatologia e Venereologia Alfredo da Matta (FUHAM). Passa, então, a ser reconhecida como unidade hospitalar, apta a realizar procedimentos como cirurgias dermatológicas de média e alta complexidade, no atendimento do Hospital Dia(33). Em Manaus, é a única unidade que realiza cirurgia dermatológica pelo SUS. (Figura 35)

Figura 35- Fundação Hospitalar de Dermatologia Tropical e Venereologia Alfredo da Matta

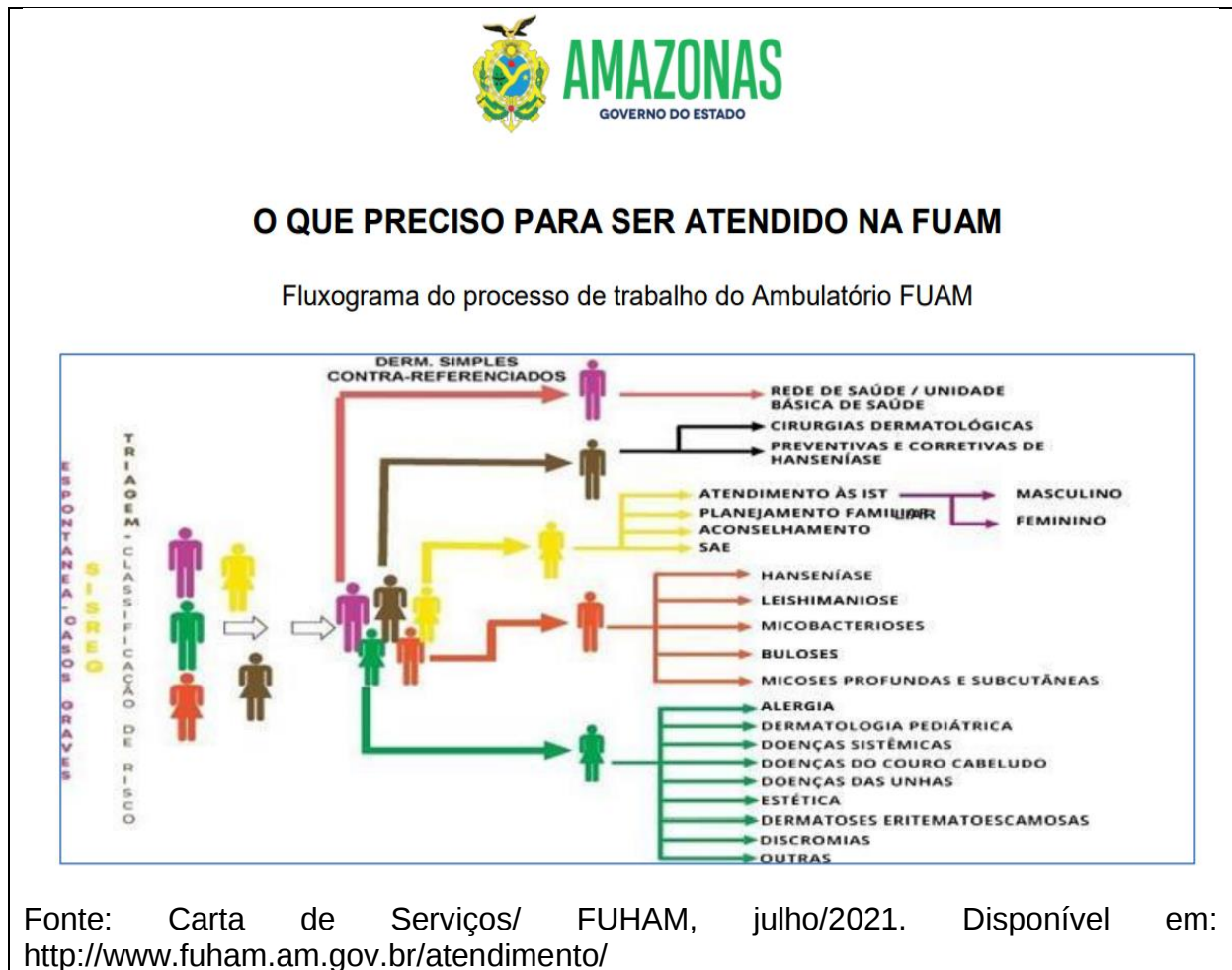


(Fonte: <https://amazonasatual.com.br/hospital-de-manaus-suspende-licencas-de-servidores-para-garantir-atendimento-ao-publico/>)

No site institucional é possível acessar a Carta de Serviços ao Cidadão(39), no qual é detalhado o Fluxograma de atendimento da FUHAM (Figura 36). O documento reforça o foco da instituição em casos de média e alta complexidade em

dermatologia, sendo, portanto, contra referenciados os casos de dermatoses simples.

Figura 36- Fluxograma de Atendimento da FUHAM



5.3 População e Amostra

Foram analisados registros de atendimento de 5 anos corridos da triagem dermatológica da FUAM a partir de banco de dados da instituição. A amostra foi definida com base na média de 18.000 atendimentos/ano da unidade, e considerado IC de 99%.

5.4 Critérios de inclusão

Registros de atendimento da triagem nos anos de 2015 a 2020.

5.5 Critérios de exclusão

Registros com dados incompletos que impossibilitem a coleta de dados.

5.6 Coleta de dados

A coleta de dados foi efetuada pela pesquisadora responsável no mês de setembro do ano de 2021 por meio de acesso ao banco de dados da FUHAM. Foram coletadas informações sobre data e demanda de atendimento; número de atendimentos por demanda a cada mês e total de cada ano. As variáveis de demanda de atendimento foram nomeadas da seguinte forma:

- IST F- Infecção Sexualmente Transmissível Feminina;
- IST M- Infecção Sexualmente Transmissível Masculina;
- AMB- Encaminhamento para Ambulatório;
- UBS- Encaminhado à Unidade Básica de Saúde;
- Cirurgia- Encaminhado ao setor de Cirurgia;
- LTA- Leishmaniose Tegumentar Americana;
- MH- Caso suspeito/confirmado de hanseníase;
- Contato MH- Caso de contato com portadores de hanseníase;
- Dermatoses- caso de dermatose em geral;
- Carteira Saúde- demanda para atestado médico/ dermatológico.

5.7 Instrumentos Utilizados e Procedimentos

Foi realizada consulta ao banco de dados da instituição referentes aos atendimentos nos anos de 2015 a 2020 e elaborada tabela no programa Excel pela própria pesquisadora, para fins de coleta. Os dados foram digitados na tabela e organizados por ano. Baseado no protocolo de encaminhamento da SUSAM e MS (19,32), houve a construção de um instrumento com critérios de resolução na atenção secundária em saúde (Quadro 2). Neste, são detalhadas as demandas de atendimento e critérios para referenciamento. Foram analisadas as variáveis supracitadas, assim como sua adequação ao quadro.

Quadro 2- CONSULTA EM DERMATOLOGIA	
MOTIVO	CRITÉRIOS PARA ENCAMINHAMENTO À ATENÇÃO SECUNDÁRIA
MICOSES	Pacientes tratados clinicamente sem melhora das queixas ou em casos de suspeita de micose profunda (ex: cromomicose, lobomicose)
PRURIDO / ECZEMA	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
DERMATITE DE CONTATO	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.
NEOPLASIAS CUTÂNEAS	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.
HERPES ZOSTER/NEURALGIA PÓS-HERPÉTICA (para acompanhamento)	Encaminhar somente casos graves com comprometimento do estado geral ou pacientes imunodeprimidos. Informar tratamentos instituídos.
DISCROMIAS, VITILIGO	Encaminhar pacientes com suspeita clínica
MH (HANSENÍASE)	Casos de dificuldade de diagnóstico, lesões extensas, resistência ao tratamento inicial ou complicações (comprometimento neurológico e reações hansênicas)
URTICÁRIA CRÔNICA	Encaminhar os pacientes com queixas de prurido e / ou placas pelo corpo, com episódios de repetição e naqueles com quadros prolongados, sem melhora com tratamentos realizados por mais de 90 dias.
DERMATOSES ERITÊMATO-ESCAMOSAS, ICTIOSES	Encaminhar paciente com quadro clínico sugestivo e relatar tratamentos instituídos. Ex: Psoríase, Líquen-Plano, Pitiríase Rosa e Dermatite Seborréica
FARMACODERMIAS	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.
BULOSES	Encaminhar pacientes com suspeita de buloses como Pênfigo, Penfigoide, Dermatite herpertiforme, Epidermólise Bolhosa adquirida
Lesões ulceradas (LEISHMANIOSE)	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).
MICOSES PROFUNDAS	Encaminhar paciente com quadro clínico sugestivo e relatar tratamentos instituídos. Ex: Lobomicoses, Cromomicoses, Jorge-Lobo, Esporomicoses, ParaCoccidioidomicose e Tuberculose Cutânea
INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST)	Encaminhar pacientes com uretrites e lesões graves e extensas refratárias ao tratamento. Ex: Condiloma, Úlcera genital, Sífilis e corrimento genital e uretral.
Fonte: Adaptado de Protocolo de Acesso às Consultas e Procedimentos Ambulatoriais de Média e Alta Complexidade(19).	

5.8 Análise dos dados

Os dados tabulados foram submetidos à análise descritiva, sendo gerados dados descritivos numéricos, percentuais e gráficos. A categorização da demanda de atendimento foi realizada em conformidade com preconização do Ministério da Saúde e documento “Protocolo de Acesso a Consultas e Exames/ Procedimentos Ambulatoriais de Média e Alta complexidade”(19).

5.9 Aspectos Éticos e Legais

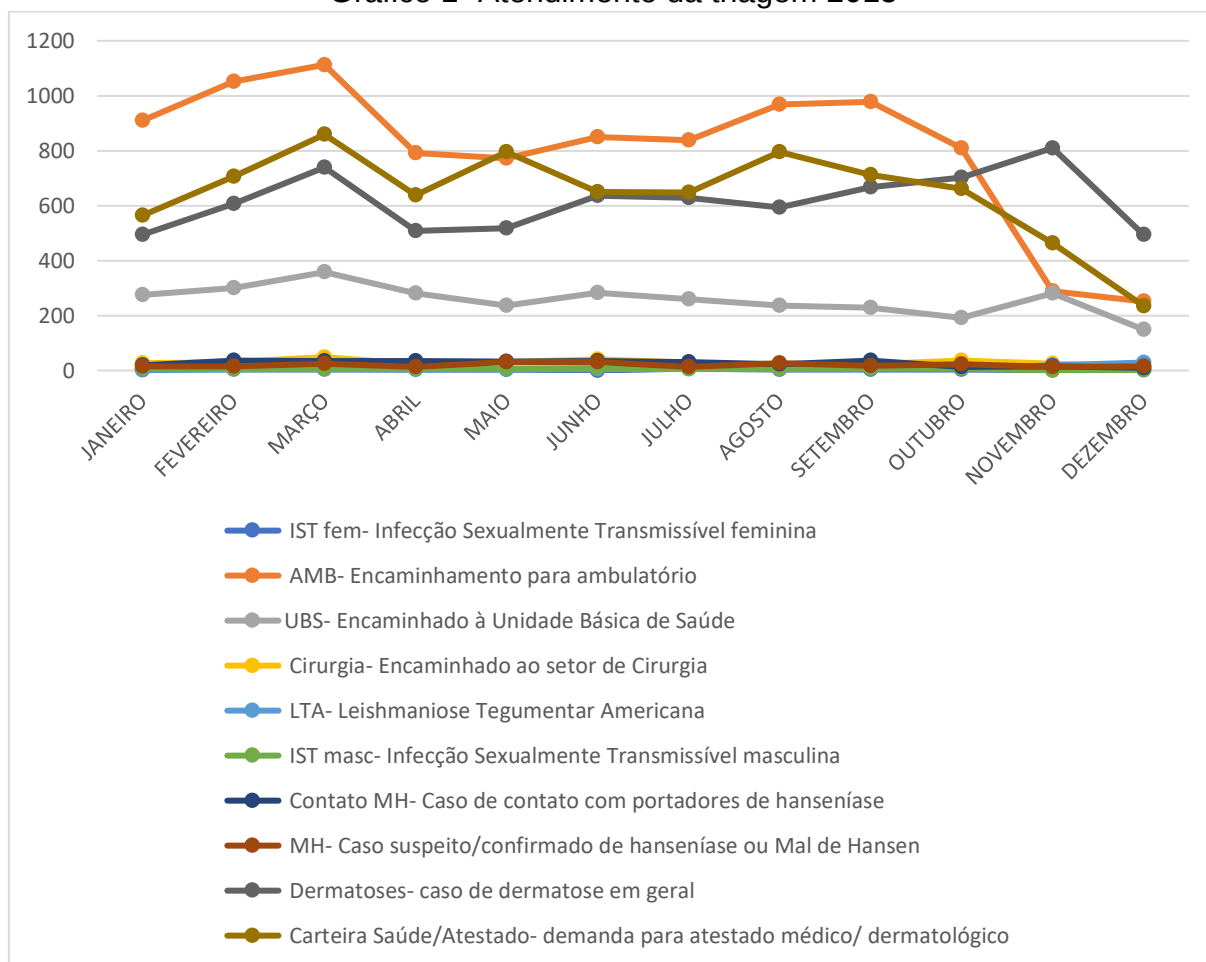
A pesquisa foi desenvolvida mediante autorização e assinatura de termo de anuência da FUAM. Conforme metodologia estabelecida, a coleta de dados não possui identificação de sujeito, por se tratar de dados de um relatório técnico. Portanto, há dispensa de registro e avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme Resolução nº 510 de 20163, Art. 1º, parágrafo único, inciso V: “pesquisa com bancos de dados, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual”(34). As despesas da pesquisa foram custeadas pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM).

6. RESULTADOS

Entre os anos de 2015 e 2020 foram coletadas informações relativas ao atendimento da equipe de triagem da FUHAM. Foram disponibilizadas para análise tabelas contendo as demandas recebidas na unidade e sua respectiva quantidade ao mês.

No Ano de 2015, a equipe de triagem realizou 28.935 atendimentos, sendo 9.622 casos encaminhados para o ambulatório; 7.728 demandas de carteira de saúde/atestado; 7.401 atendimentos a dermatoses em geral; 3.083 casos encaminhados para UBS; 345 encaminhados para setor de cirurgia; 319 casos de avaliação de contato de MH; 237 MH; 97 LTA; 67 IST em pessoas do sexo masculino e 36 IST em pessoas do sexo feminino. A distribuição detalhada da demanda por mês em 2015 e evolução podem ser visualizadas na Tabela 1 e Gráfico 1 respectivamente.

Gráfico 1- Atendimento da triagem 2015



Em 2016, o total de atendimentos da triagem dermatológica foi de 25.854, sendo dermatoses em geral a maior demanda recebida, com 7.292 atendimentos; 6.054 procuras para carteira de saúde/atestado; 4.875 encaminhamentos para ambulatório da FUHAM; 3.394 atendimentos médicos na triagem; 3.055 encaminhamentos para UBS; 425 casos de cirurgia; 247 casos de contato de MH; 230 casos de MH; 133 IST masculino; 85 IST feminino e 64 casos de LTA. A Tabela 2 aponta a demanda por mês em 2016 e no Gráfico 2 a evolução dos atendimentos.

Do mesmo modo que no ano de 2015, as demandas mais altas foram as voltadas para AMB, UBS, Dermatose e Carteira de Saúde.

Tabela 2- Demanda/mês 2016

MÊS	IST F	IST M	AMB	UBS	Cirurgia	LTA	MH	Contato MH	Dermatoses	Carteira Saúde
JAN	7	11	125	277	29	1	21	9	492	506
FEV	5	8	735	485	27	5	18	15	736	761
MAR	6	15	1217	228	38	7	22	18	783	716
ABR	3	11	908	169	57	9	22	20	643	636
MAI	4	9	901	239	40	0	20	24	777	582
JUN	6	12	867	253	25	3	4	17	1007	589
JUL	8	8	115	256	35	3	16	57	583	463
AGO	15	11	0	290	54	6	27	23	518	455
SET	9	11	7	279	36	4	28	22	490	419
OUT	3	10	0	231	21	1	12	13	417	343
NOV	9	15	0	180	30	15	19	19	503	374
DEZ	10	12	0	168	33	10	21	10	343	210
Total demanda	85 (0,32%)	133 (0,51%)	4875 (18,85%)	3055 (11,81%)	425 (1,64%)	64 (0,24%)	230 (0,88%)	247 (0,95%)	7292 (28,20%)	6054 (23,41%)
Total geral	25.854 atendimentos									

Legenda:

IST F= Infecção Sexualmente Transmissível Feminina

IST M= Infecção Sexualmente Transmissível Masculina

AMB= Encaminhamento para Ambulatório

UBS= Encaminhado à Unidade Básica de Saúde

Cirurgia= Encaminhado ao setor de Cirurgia

LTA= Leishmaniose Tegumentar Americana

MH= Caso suspeito/confirmado de hanseníase

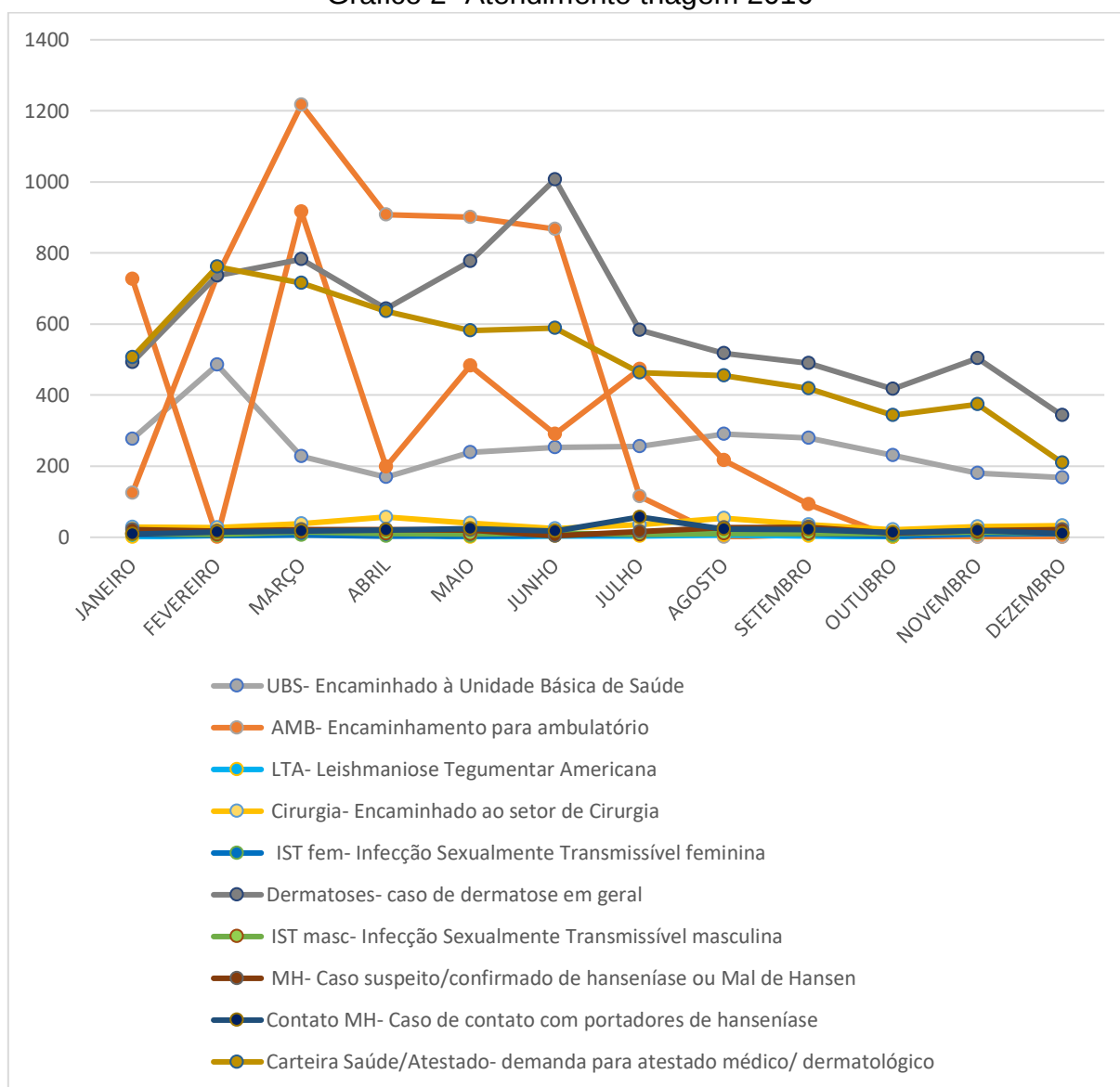
Contato MH= Caso de contato com portadores de hanseníase

Dermatoses= caso de dermatose em geral

Carteira Saúde= demanda para atestado médico/ dermatológico

Em destaque: os quatro valores mais altos no ano

Gráfico 2- Atendimento triagem 2016



Em 2017, foram realizados 20.977 atendimentos na triagem dermatológica. 6.102 atendimentos médicos; 5.068 demandas para carteira de saúde/atestado; 4.160 dermatoses; 4.144 encaminhamentos para UBS; 473 demandas para cirurgia; 316 contatos de MH; 282 MH; 205 IST masculino; 81 IST feminino; 119 LTA e 27 encaminhamentos para o ambulatório. Detalhes sobre demanda por mês em 2017 estão na Tabela 3 e sua respectiva evolução no Gráfico 3.

Permaneceram relevantes as demandas relativas a UBS, Dermatoses e Carteira de Saúde, sendo relevante o aumento de encaminhamentos para setor cirúrgico.

Tabela 3- Demanda/mês 2017

MÊS	IST F	IST M	AMB	UBS	Cirurgia	LTA	MH	Contato MH	Dermatoses	Carteira Saúde
JAN	6	16	0	327	45	24	22	49	345	580
FEV	9	19	0	275	23	9	12	25	473	777
MAR	4	12	4	318	30	13	18	20	471	605
ABR	5	13	0	235	31	7	21	18	495	422
MAI	6	19	0	518	58	10	41	20	365	403
JUN	9	20	0	383	45	6	20	24	355	294
JUL	6	20	0	539	35	8	36	13	192	264
AGO	5	11	0	394	34	7	28	21	269	535
SET	4	19	8	348	34	4	15	105	292	354
OUT	14	24	0	358	73	14	28	4	360	349
NOV	8	30	7	320	43	13	26	16	362	361
DEZ	5	2	8	129	22	4	15	1	181	124
Total demanda	81 (0,38%)	205 (0,97%)	27 (0,12%)	4144 (19,75%)	473 (2,25%)	119 (0,56%)	282 (1,34%)	316 (1,50%)	4160 (19,83%)	5068 (24,15%)
Total geral	20.977 atendimentos									

Legenda:

IST F= Infecção Sexualmente Transmissível Feminina

IST M= Infecção Sexualmente Transmissível Masculina

AMB= Encaminhamento para Ambulatório

UBS= Encaminhado à Unidade Básica de Saúde

Cirurgia= Encaminhado ao setor de Cirurgia

LTA= Leishmaniose Tegumentar Americana

MH= Caso suspeito/confirmado de hanseníase

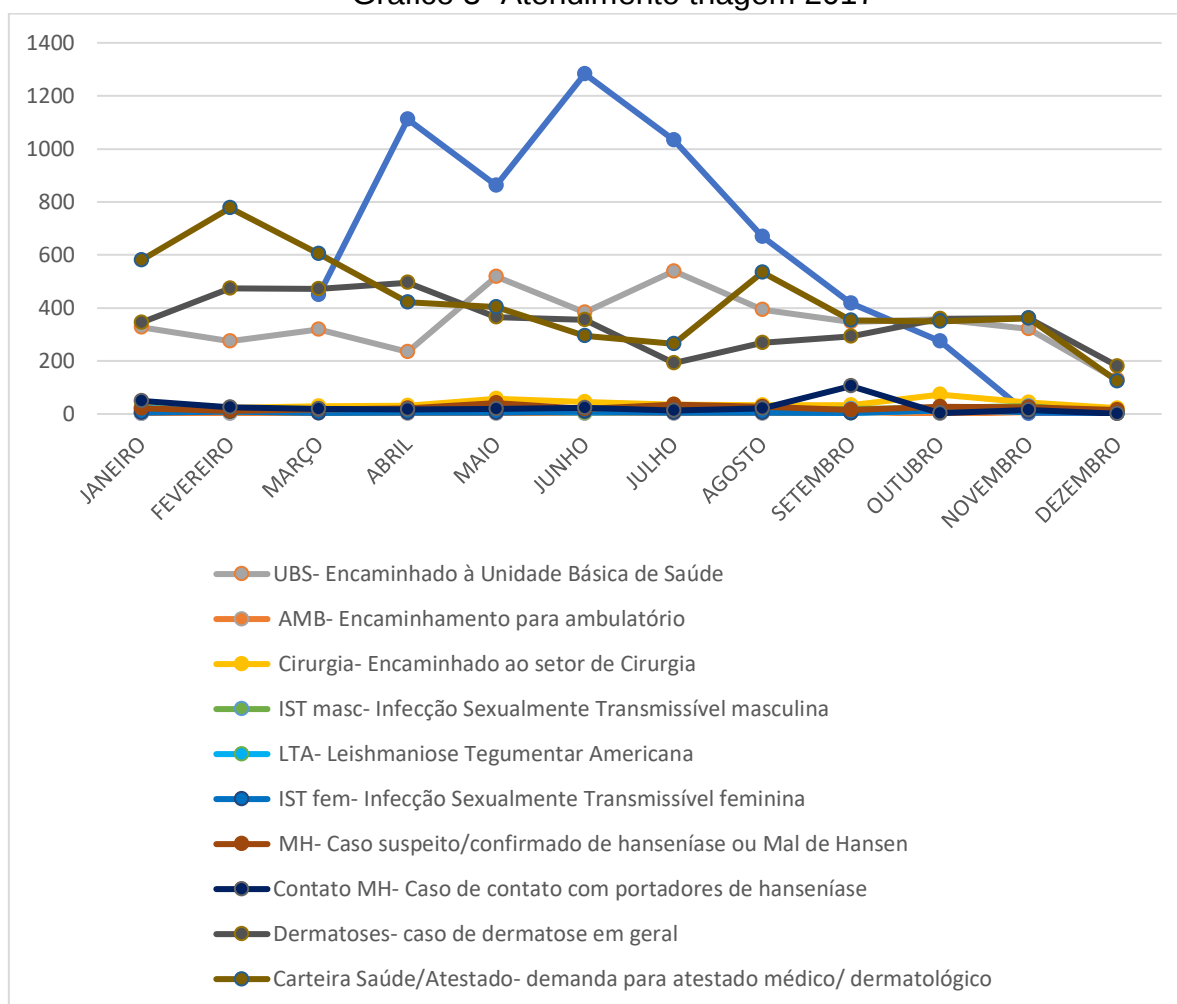
Contato MH= Caso de contato com portadores de hanseníase

Dermatoses= caso de dermatose em geral

Carteira Saúde= demanda para atestado médico/ dermatológico

Em destaque: os quatro valores mais altos no ano

Gráfico 3- Atendimento triagem 2017



No ano de 2018 foram registrados pela instituição apenas atendimentos do mês de janeiro. Mediante falha de registro no banco de dados, os dados deste ano foram excluídos devido informações incompletas.

Em 2019, a equipe de triagem realizou 10.610 atendimentos, sendo 3.941 de dermatoses em geral; 3.717 atendimentos para carteira de saúde/atestado; 862 contatos de MH; 148 casos de MH; 625 encaminhamentos para avaliação cirúrgica; 492 encaminhamentos para o ambulatório; 163 encaminhamentos para UBS; 178 IST masculino; 49 IST feminino e 78 LTA. A Tabela 4 detalha a demanda por mês em 2019, enquanto o Gráfico 4 permite a visualização da evolução.

Neste ano, em relação ao ano de 2017, a demanda diferencial foi a de atendimento de casos de contato com portadores de hanseníase.

Dentre todas as demandas avaliadas, as de maior destaque, portanto, foram as dermatoses generalizadas, carteira de Saúde/atestado dermatológico, encaminhamentos para UBS e AMB. As duas primeiras sobressaíram-se em todos os anos analisados, enquanto as duas últimas nos dois primeiros anos.

Tabela 4- Demanda/mês 2019

MÊS	IST F	IST M	AMB	UBS	Cirurgia	LTA	MH	Contato MH	Dermatoses	Carteira saúde
JAN	11	26	64	8	87	22	18	36	555	645
FEV	2	9	12	20	87	7	13	34	481	558
MAR	3	12	1	0	62	8	10	120	509	346
ABR	10	30	5	9	46	1	9	448	227	155
MAI	4	10	36	1	65	6	9	53	333	376
JUN	2	12	84	0	53	8	13	27	372	243
JUL	2	6	75	124	19	5	16	45	289	578
AGO	4	8	54	0	22	3	13	23	205	195
SET	0	3	19	0	39	1	6	9	146	114
OUT	7	36	45	0	70	7	22	37	345	163
NOV	3	17	78	1	48	5	8	13	308	205
DEZ	1	9	19	0	27	5	11	17	171	139
Total demanda	49 (0,46%)	178 (1,67%)	492 (4,35%)	163 (1,53%)	625 (5,89%)	78 (0,73%)	148 (1,39%)	862 (8,12%)	3941 (37,14%)	3717 (35,03%)
Total geral	10.610 atendimentos*									

Legenda:

IST F= Infecção Sexualmente Transmissível Feminina

IST M= Infecção Sexualmente Transmissível Masculina

AMB= Encaminhamento para Ambulatório

UBS= Encaminhado à Unidade Básica de Saúde

Cirurgia= Encaminhado ao setor de Cirurgia

LTA Leishmaniose Tegumentar Americana

MH= Caso suspeito/confirmado de hanseníase

Contato MH= Caso de contato com portadores de hanseníase

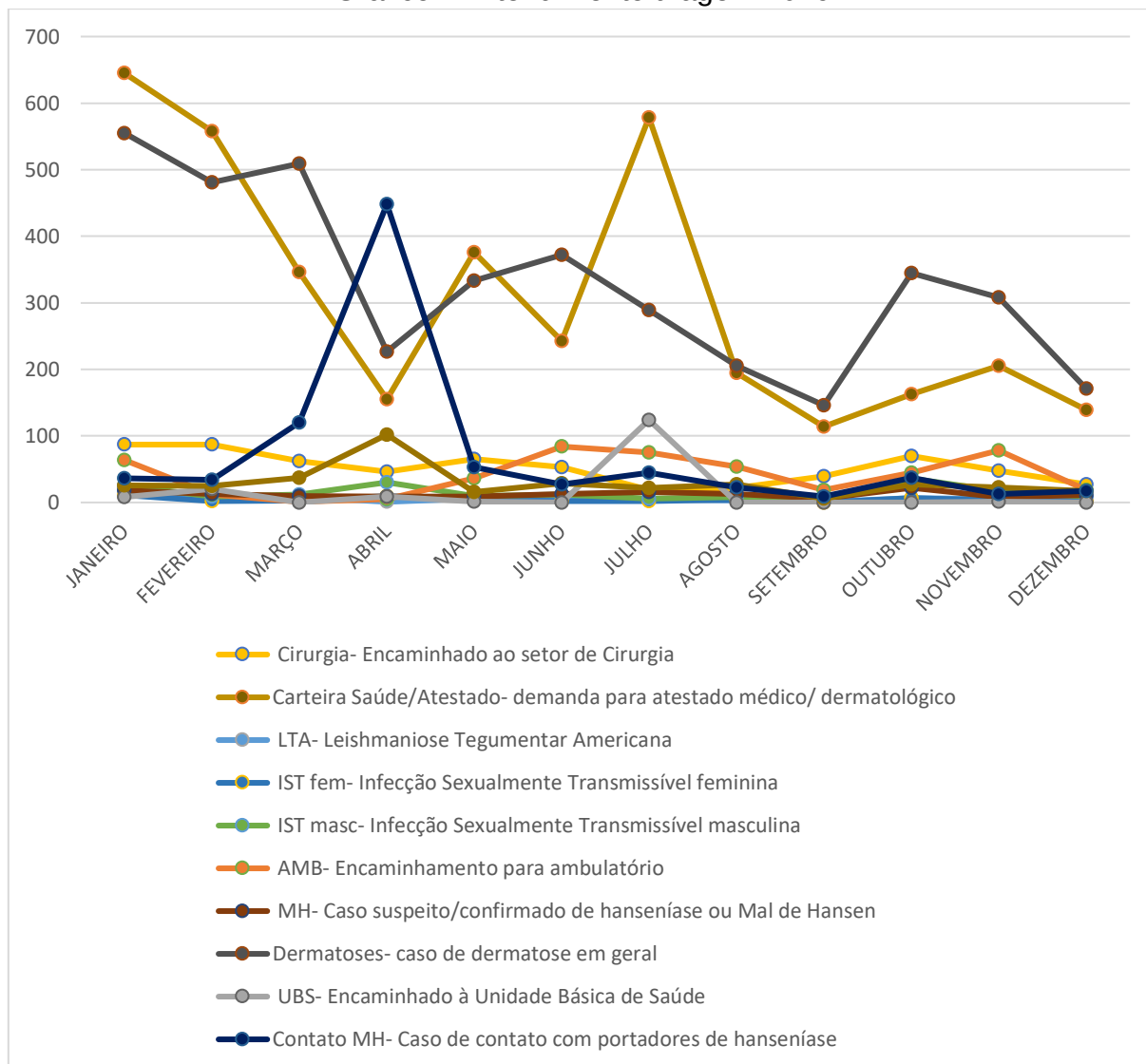
Dermatoses= caso de dermatose em geral

Carteira Saúde= demanda para atestado médico/ dermatológico

Em destaque: os quatro valores mais altos no ano

***Mudança da gestão- fluxo de atendimento da triagem restrito à encaminhamentos e via sisreg refletiram na redução de atendimentos**

Gráfico 4- Atendimento triagem 2019



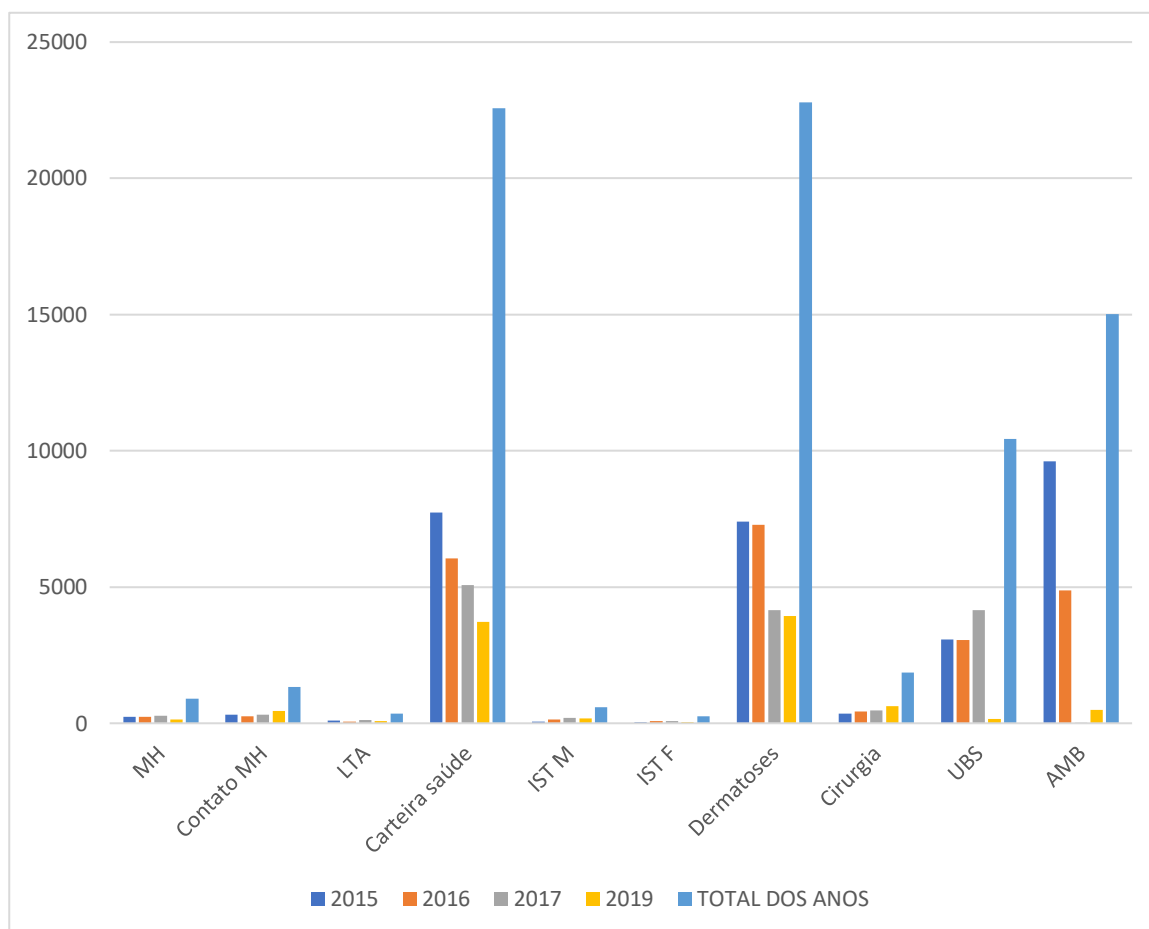
É possível observar uma queda dos atendimentos entre os anos de 2017 e 2019. Esse fato coincide com a mudança na gestão da FUHAM, período no qual o fluxo de atendimento da triagem restringiu-se a encaminhamentos e via sisreg, não havendo triagem para demandas espontâneas.

Em 2020, inserido no contexto da pandemia por Covid-19, não houve registro adequado dos atendimentos, além do processo de triagem ter sofrido restrições.

A demanda de cada ano foi agrupada em uma única tabela (Tabela 5) a fim de visualizar o ano em que a demanda foi mais representativa e o total de atendimentos para cada especificidade. Na Tabela 5 é possível visualizar em números e no Gráfico 5, em colunas, a evolução.

Tabela 5- Total demandas/ ano e Total geral					
DEMANDA	2015	2016	2017	2019	TOTAL DOS ANOS
MH	237 (26,42%)	230 (25,64%)	282 (31,43%)	148 (16,49%)	897
Contato MH	319 (23,98%)	247 (18,57%)	316 (23,75%)	862 (64,81%)	1330
LTA	97 (27,09%)	64 (17,87%)	119 (33,24%)	78 (21,78%)	358
Carteira saúde/ Atestado	7728 (34,24%)	6054 (26,82%)	5068 (22,45%)	3717 (16,47%)	22567
IST M	67 (11,49%)	133 (22,81%)	205 (35,16%)	178 (30,53%)	583
IST F	36 (14,34%)	85 (33,86%)	81 (32,27%)	49 (19,52%)	251
Dermatoses	7401 (32,46%)	7292 (31,99%)	4160 (18,25%)	3941 (17,28%)	22794
Cirurgia	345 (18,46%)	425 (22,75%)	473 (25,32%)	625 (33,45%)	1868
UBS	3083 (29,51%)	3055 (29,24%)	4144 (39,67%)	163 (1,56%)	10445
AMB	9622 (64,07%)	4875 (32,46%)	27 (0,17%)	492 (3,27%)	15016
Legenda: IST F= Infecção Sexualmente Transmissível Feminina IST M= Infecção Sexualmente Transmissível Masculina AMB= Encaminhamento para Ambulatório UBS= Encaminhado à Unidade Básica de Saúde Cirurgia= Encaminhado ao setor de Cirurgia LTA Leishmaniose Tegumentar Americana MH= Caso suspeito/confirmado de hanseníase Contato MH= Caso de contato com portadores de hanseníase Dermatoses= caso de dermatose em geral Carteira Saúde= demanda para atestado médico/ dermatológico Em destaque: maior valor da demanda dos quatro anos					

Gráfico 5- Demanda de atendimento/ano



O atendimento a MH em 2017 foi o de maior demanda, enquanto Contato de MH destaca-se pelo aumento significativo em 2019, representando mais de 64% em relação aos demais anos. O ano de 2017 foi igualmente representativo para as demandas de LTA, IST M e UBS.

Dentre todos os anos analisados, o de 2015 obteve maior demanda de Dermatoses, diminuindo a cada ano, embora ainda sejam valores altos em comparação com outros tipos de assistência. Neste estudo, não foi possível listar as dermatoses triadas pela instituição por não haver especificação desses dados. Porém, conforme relato de profissionais que atuam na FUHAM e constatação da própria pesquisadora, doenças como escabiose e pitíriase versicolor/"pano branco" são comumente atendidas na triagem da FUHAM, embora possam ser

resolvidas na APS. Outras doenças como impetigo, erisipela, herpes simples, herpes zoster e varicela se encaixam nessa mesma situação. Todavia, faz-se uma ressalva para casos de difícil resolução, detalhados no Quadro 2 deste estudo, os quais se encaixam nos critérios de encaminhamento à atenção especializada.

7. PRODUTO DA DISSERTAÇÃO

A pele, conhecida como o maior órgão do corpo humano, atua de forma a proteger nosso organismo do meio exterior. Possui capacidade de desencadear sensações e expressar inúmeros sinais e sintomas, fundamentais para identificação de diversas patologias. Ademais, as doenças de pele são altamente prevalentes e a procura pela especialidade é significativa(32), sendo assim, a saúde dermatológica de suma importância para Saúde Pública.

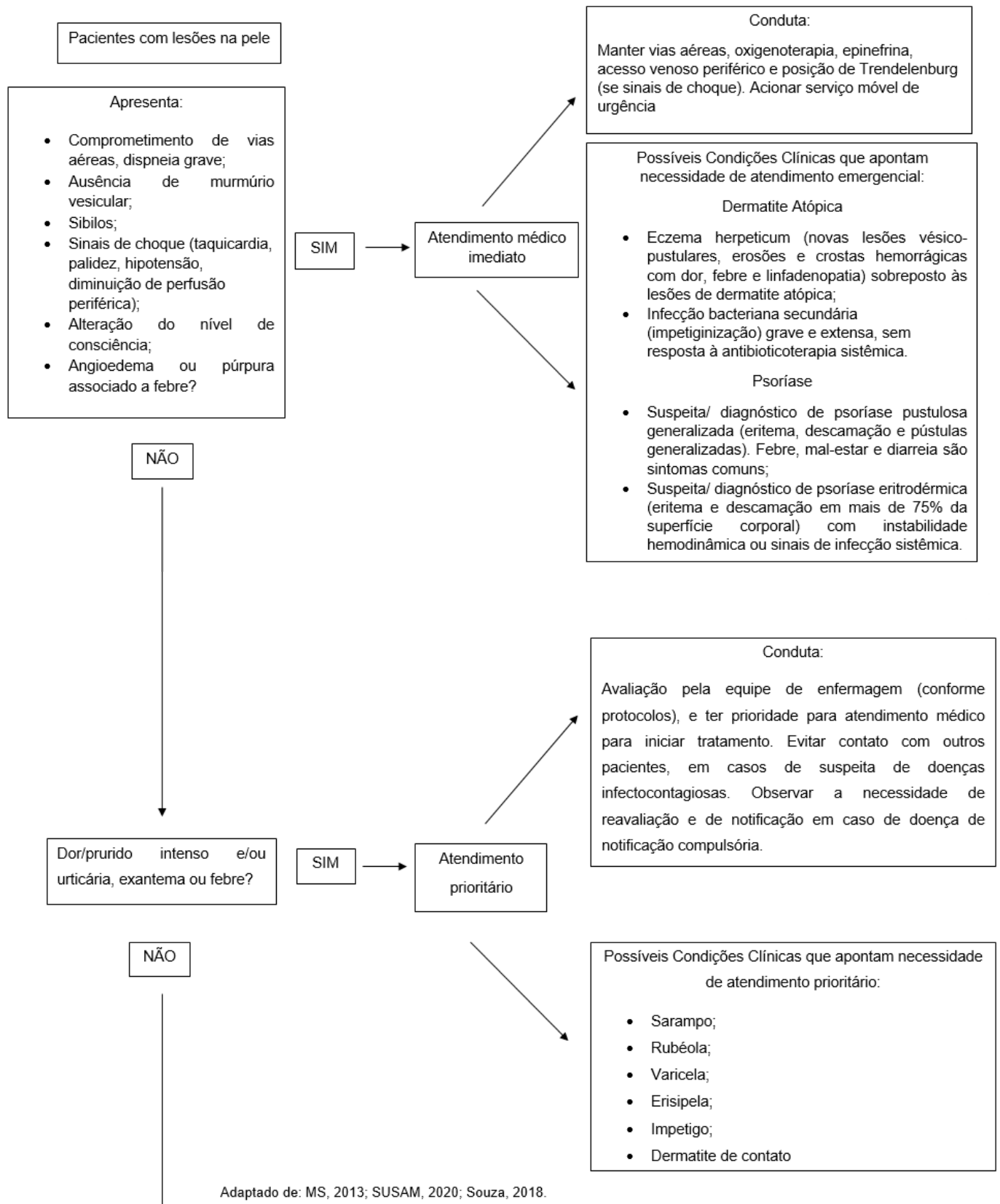
Os resultados da pesquisa identificaram entraves referentes à gerência de doenças de pele. A significativa quantidade de encaminhamentos ao setor primário em saúde e demanda para atestado dermatológico no serviço -voltado para média e alta complexidade- sugerem uma capacitação educativa direcionada a profissionais atuantes na APS, que pode auxiliar na redução de demanda de atendimento especializado(24).

A capacitação também permite atualização sobre dermatoses, na qual devem ser enfatizadas situações passíveis de resolução na APS, como o atendimento à demanda de atestado dermatológico. Deve ser baseada na preconização do MS -quanto ao atendimento/classificação de risco a pessoas com doenças de pele(16)- e critérios de encaminhamento estabelecidos em protocolos(19,35). É importante que sua construção e implementação seja realizada em conjunto com especialistas da área de dermatologia, sendo necessário destacar os casos a serem referenciados para FUHAM. Como sugestão, os temas que incorporarão a atividade poderão ser elencados a partir do Fluxograma 1, Quadro 2 e demais relevâncias pontuadas pela literatura e especialistas.

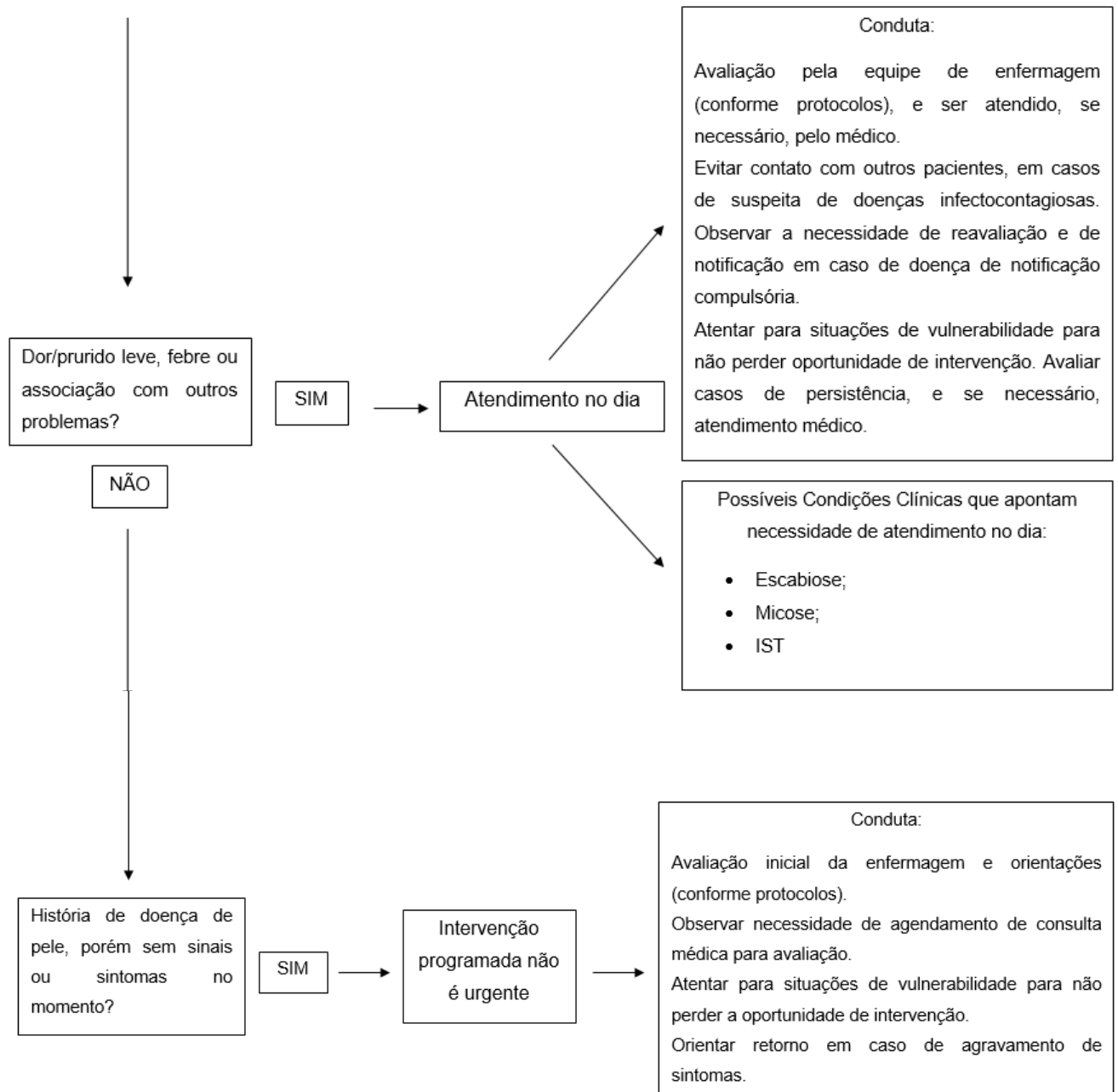
Na presente pesquisa foi construído um modelo de Fluxograma de atendimento a pacientes com dermatoses agudas de acordo com classificação de risco e vulnerabilidade (Fluxograma 2). Foram apontadas possíveis dermatoses e condições clínicas de acordo com contexto e prioridades para

atendimento. O produto foi desenvolvido com base no Fluxograma 1 e permite atualização de conhecimento de forma didática por meio de exemplos.

Fluxograma 2- Atendimento na AB a pacientes com doença de pele aguda com classificação de risco/vulnerabilidade



Continuação Fluxograma 2 - Atendimento na AB a pacientes com doença de pele aguda com classificação de risco/vulnerabilidade



Adaptado de: MS, 2013; SUSAM, 2020; Souza, 2018.

Fatores observados na ficha de atendimento diária da triagem dermatológica como registros incompletos e dados simples e generalizados também motivaram a criação de um modelo de ficha de produção diária (Quadro 3). A ficha permite especificar dados pessoais e próprios do atendimento dos usuários, sendo possível identificar de que forma o usuário chegou até a FUHAM (tipo de demanda); motivo da avaliação (exame dermatológico/ suspeita clínica) e condução/ encaminhamento de cada caso.

Quadro 3- Triagem- Ficha de produção diária

FUNDAÇÃO HOSPITALAR ALFREDO DA MATTA SERVIÇO DE TRIAGEM- Produção Diária																				Data: ____ / ____ / ____							
PRODUÇÃO DE ENFERMAGEM																	Atendimento										
	NOME ou CPF	Nº CARTÃO SUS- CNS	Cidade/ Estado	Bairro	Data de Nascimento	Idade	Sexo	Raça/ Cor	Etnia	Escolaridade	Estado Civil	Tipo de demanda		Tipo de consulta		Exame Dermatológico/ Suspeita									Encaminhado para:		
												Espontânea	Agendamento	1ª vez	Retorno	Coletividade (nutrição)	MH	Contato de MH	IST M	IST F	LTA	Atestado dermatológico	Outras dermatoses	Ambulatório	Avaliação Cirúrgica	UBS	
01																		()									
02																		()									
03																		()									
04																		()									
05																		()									
06																		()									
07																		()									
08																		()									
09																		()									
10																		()									
11																		()									
12																		()									
13																		()									
14																		()									
15																		()									

Legenda:
CNS= Cartão Nacional do SUS
Sexo: **F=** feminino / **M=** masculino
Raça/Cor ou como paciente se declara: **B=** Branca / **N=** Negra / **P=** Parda / **A=** Amarela / **I=** Indígena / **SI=** Sem Informação
Escolaridade: **A=** Analfabeto / **EI=** Educação Infantil / **EF=** Ensino Fundamental / **EM=** Ensino Médio / **SC=** Superior Completo / **SI=** Superior Incompleto/ **PG=** Pós-Graduação
MH= Caso suspeito/confirmado de hanseníase
Contato MH= Caso de contato com portadores de hanseníase
IST F= Infecção Sexualmente Transmissível Feminina
IST M= Infecção Sexualmente Transmissível Masculina
UBS= Unidade Básica de Saúde
LTA= Leishmaniose Tegumentar Americana

Adaptado de: arquivo de produção diária da triagem da FUHAM

8. DISCUSSÃO

O serviço de triagem possui como atribuição a avaliação inicial do usuário e encaminhar ao setor adequado. Nesse processo, determina-se a prioridade da assistência conforme classificação de risco para as enfermidades dermatológicas, identificando a queixa do paciente e conduzindo-o de acordo com o fluxograma de atendimento da unidade(30).

Em se tratando de demandas recebidas pela APS, dermatite atópica, outras afecções de pele e do tecido subcutâneo e escabiose são diagnósticos dermatológicos prevalentes(15). Na presente pesquisa não foi possível discriminar os motivos de encaminhamento por não haver informações detalhadas no banco de dados disponibilizado. Todavia, observou-se valores representativos acerca da quantidade de encaminhamentos de casos à UBS, principalmente nos anos de 2015, 2016 e 2017.

Assim, o fluxo de encaminhamento está ocorrendo de forma contrária: da referência para a porta de entrada. Estes resultados vão de encontro à proposta da PNAB- o serviço especializado está sendo reconhecido como contato preferencial dos usuários, embora esta diretriz seja pertencente à APS(14). E nesse contexto, dermatoses simples são recebidas e podem estar ocupando vagas de casos mais complexos, retirando oportunidade de atendimentos prioritários. O entrelaçamento de ações com o atual protocolo do sisreg poderia modificar esse quadro, reduzindo demandas e direcionando ações para o adequado referenciamento e gestão de doenças de pele.

No que concerne ao encaminhamento de pacientes ao ambulatório da FUHAM (denominada AMB), apresentou uma demanda significativa nos anos de 2015 e 2016. Embora os motivos não tenham sido especificados pela instituição, casos de IST, hanseníase, melasma, prurido, hidradenite supurativa, dermatofitoses, acne, câncer de pele não melanoma e queratose actínica constituem causas de aumento da procura por especialistas(22,28).

Nos últimos dois anos, 2017 e 2019, cresceram também os encaminhamentos ao setor Cirurgia. Caracteriza-se por uma assistência voltada para casos de câncer de pele, cirurgias complexas e quadros de menor complexidade, abrangendo, assim, procedimentos como exérese, biópsia e sutura(30). A FUHAM é, portanto, uma importante instituição pública do Amazonas que realiza cirurgia dermatológica pelo SUS.

Ao analisar separadamente cada ano (Tabelas 1, 2, 3 e 4), as demandas IST F, IST M, LTA e MH mantiveram valores percentuais abaixo de 2% em relação ao total anual de atendimentos. Em se tratando de IST, vale destacar que existem duas triagens na FUHAM- a dermatológica e a específica para IST's. Neste trabalho

tratou-se apenas da primeira, na qual eventualmente são identificadas IST's e portanto, os baixos valores encontrados na pesquisa não refletem o número geral de atendimentos relacionados a IST's no serviço.

O maior número de casos de LTA atendidos na FUHAM ocorreu em 2017, sendo um retrato desse mesmo ano, em que houve maior número de casos confirmados por Microrregião IBGE dentre os anos de 2015 a 2020, conforme DataSUS(36).

O atendimento a Contato de MH teve aumento significativo no ano de 2019, estando no ranking dos quatro valores mais elevados. É um dado relevante, considerando a cadeia de transmissão da hanseníase. É chamada "contato de MH" toda e qualquer pessoa que tenha tido contato com o doente de hanseníase, sendo classificado em contato domiciliar ou social, dependendo do grau de convivência(37). A vigilância desses contatos é realizada na FUHAM, conforme recomendação do Ministério da Saúde.

Em todos os anos analisados, os atendimentos referentes a Dermatoses tiveram valores significativos. Porém, não foram detalhadas pela unidade de saúde as dermatoses, em geral, atendidas. Reforça-se, assim, a importância de estudos que relatem as principais dermatoses atendidas a fim de se obter um panorama regional ou nacional. Vale ainda ressaltar que as demandas encaminhadas ao ambulatório da FUHAM são referentes a doenças dermatológicas e portanto, se encaixam no contexto da demanda de "Dermatoses" atendidas na FUHAM. Portanto, é possível haver duplicidade de registro pelo serviço de triagem da unidade.

A demanda "Carteira de saúde/ atestado" é referente à avaliação e atestado dermatológico. Conforme relato de profissionais que atendem no setor de triagem dermatológica da FUAM, a procura de usuários para essa demanda é alta e frequente, fato constatado pelos dados contidos nas tabelas e gráficos de todos os anos avaliados.

Todavia, a APS é o serviço responsável pela "assistência resolutiva à demanda espontânea"(14) e deve, portanto, acolher necessidades de saúde relacionadas ao atestado dermatológico trazidas pelos usuários, favorecendo o funcionamento das demais Redes da Atenção à Saúde.

Nos anos de 2015 e 2018 foi observado número reduzido de atendimentos no banco de dados. Contudo, através de apuração de dados nos referentes meses, não foram constatadas alterações do número de atendimento, havendo possivelmente falha de registro no sistema.

No que tange o acesso a informações, a FUHAM, por meio de endereço eletrônico, disponibiliza para população em geral informes sobre o acesso à unidade. No item “Perguntas frequentes” enfatiza-se a necessidade de atendimento prévio em UBS a fim de ser atendido na FUHAM. Sendo confirmada a necessidade, o usuário deve obter encaminhamento e realizar marcação de consulta através do SISREG (Sistema Nacional de Regulação)(38).

Salienta-se, entretanto, conforme achados deste estudo, expressivo atendimento da triagem a demandas de baixa complexidade. Conforme corpo de colaboradores da FUHAM, tais condutas foram adotadas considerando casos de vulnerabilidade a fim de evitar perdas de intervenção.

A pesquisa apresentou algumas limitações relacionadas aos dados disponíveis na instituição. Poucos e restritos, não permitiram realizar uma análise elaborada. Ademais, o contexto da pandemia de covid-19 trouxe mudanças na logística de atendimento da triagem da FUHAM e repercutiu de forma considerável na redução de dados a serem inclusos e analisados neste trabalho.

9. CONCLUSÃO

As demandas mais comumente atendidas pelo setor da triagem dermatológica nos quatro anos analisados foram “Atestado dermatológico” e “Dermatoses” em geral, enquanto os encaminhamentos mais recorrentes foram para Ambulatório da FUHAM e UBS, embora tenha havido aumento significativo das demandas de Cirurgia e Contato de MH no ano de 2019.

Em cada ano foi estimada a demanda de atendimento dermatológico na unidade especializada do município de Manaus. Em 2015 foram realizados 28935 atendimentos ao público; no ano de 2016, ao todo, 22460; em 2017 com total de 14875 e em 2019 com 10253 atendidos.

Não foi possível especificar as doenças dermatológicas mais frequentemente referenciadas devido à escassez de informações no banco de dados. Todavia, foram

identificados registros de atendimentos em dermatologia que poderiam ter resolução na Atenção Primária à Saúde, especialmente as demandas de atestado dermatológico. Ademais, com a elevada quantidade de encaminhamentos à UBS, constata-se que o serviço especializado esteja recebendo muitos casos de resolução pertencentes à atenção básica. Retrata, assim, o caminho inverso do serviço de encaminhamento- a FUHAM (serviço especializado) está encaminhando para UBS (porta de entrada).

Dessa forma, os resultados deste estudo afirmam a necessidade de uma capacitação em dermatologia a profissionais de saúde da Atenção Primária a fim de aprimorar o atendimento na área dermatológica.

Para tanto, foi elaborado um instrumento em dermatologia a ser utilizado como ferramenta de apoio em capacitações de profissionais de saúde atuantes na Atenção Básica (Fluxograma 2).

O desenvolvimento da pesquisa também oportunizou sugestões de melhoria no processo de triagem da instituição, resultando na criação de modelo de Ficha de Triagem (Quadro 3) a ser utilizada pelos colaboradores da FUHAM.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bernardes CA, Magalhães RF, Franca AFEC, Morcillo AM, Velho PENF. Dermatological Diagnoses and Procedures in a Primary Care Unit. *Rev Bras Educ Médica* [Internet]. 2015;39(1):88–94. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/8mThdHMfQw9xtrkMHbDfdpC/?format=pdf&lang=pt>
2. Miot HA, Penna GO, Ramos AMC, Penna MLF, Schmidt SM, Luz FB, et al. Profile of dermatological consultations in Brazil (2018). *An Bras Dermatol* [Internet]. 2018;93(6):916–28. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L625215487%0Ahttp://dx.doi.org/10.1590/abd1806-4841.20188802>
3. Hay RJ, Johns NE, Williams HC, Bolliger IW, Dellavalle RP, Margolis DJ, et al. The global burden of skin disease in 2010: An analysis of the prevalence and

- impact of skin conditions. *J Invest Dermatol* [Internet]. 2014;134(6):1527–34. Available from: [https://skin.cochrane.org/sites/skin.cochrane.org/files/public/uploads/Hay 2014 - The global burden of skin disease in 2010.pdf](https://skin.cochrane.org/sites/skin.cochrane.org/files/public/uploads/Hay%202014%20The%20global%20burden%20of%20skin%20disease%20in%202010.pdf)
4. Giesey RL, Mehrmal S, Uppal P, Delost G. The Global Burden of Skin and Subcutaneous Disease: A Longitudinal Analysis from the Global Burden of Disease Study From 1990-2017. *Ski J Cutan Med* [Internet]. 2021;5(2):125–36. Available from: https://www.researchgate.net/publication/349850877_Global_Burden_of_Skin_and_Subcutaneous_Disease_A_Longitudinal_Analysis_from_the_Global_Burden_of_Disease_Study_From_1990-2017
 5. Urban K, Chu S, Giesey RL, Mehrmal S, Uppal P, Delost ME, et al. Burden of skin disease and associated socioeconomic status in Asia: A cross-sectional analysis from the Global Burden of Disease Study 1990-2017. *JAAD Int* [Internet]. 2021;2:40–50. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jdin.2020.10.006>
 6. Svensson A, Ofenloch RF, Bruze M, Naldi L, Cazzaniga S, Elsner P, et al. Prevalence of skin disease in a population based sample of adults out of five European countries. *Br J Dermatol* [Internet]. 2018;178(5):1111–8. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/bjd.16248>
 7. Pinto AM, Pina AO, Costa JB. Dermatoses em Africanos / Dermatoses in Africans. *Acta Med Port* [Internet]. 2018;31(9):501. Available from: <https://doi.org/10.20344/amp.10287>
 8. Sauver JLS, Warner DO, Yawn BP, Jacobson J, Gree MEM, Pankratz JJ, et al. Why do patients visit their doctors? Assessing the most prevalent conditions in a defined US population. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2014;88(1):56–67. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23274019/>
 9. Sociedade Brasileira de Dermatologia. Censo Dermatológico da SBD [Internet]. 2007. p. 1–12. Available from: <http://www.fuham.am.gov.br/wp-content/uploads/2014/05/FUAM-INFORME-2020.pdf>
 10. Avancini J, Zucchi P. Prevalence of dermatoses in patients referred for

- evaluation in an outpatient clinic of specialties. *An Bras Dermatol* [Internet]. 2018;93(4):513–6. Available from: <https://www.scielo.br/j/abd/a/N64VQpzLKQnbWjDYc6k8RYb/abstract/?lang=en>
11. Fundação Alfredo da Matta. Boletim Epidemiológico. Situação Epidemiológica da Hanseníase no Estado do Amazonas - 2018. *Bol Epidemiológico* [Internet]. 2018;26:1–8. Available from: <http://www.fuham.am.gov.br/downloads/#boletim>
 12. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, MacInko J. The Brazilian health system: History, advances, and challenges. *Lancet* [Internet]. 2011;377(9779):1778–97. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)
 13. Brasil. Lei nº 8.080. Diário Of da União, Brasília [Internet]. 1990; Available from: https://conselho.saude.gov.br/web_confmundial/docs/l8080.pdf
 14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. PNAB Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília-DF; 2012. Available from: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
 15. Ferreira IG, Godoi DF, Perugini ER. Nosological profile of dermatological diseases in primary health care and dermatology secondary care in Florianópolis (2016–2017). *An Bras Dermatol* [Internet]. 2020;95(4):428–38. Available from: <https://www.scielo.br/j/abd/a/CtGBqZxMwtWLDNV3CYvkYdc/abstract/?lang=en>
 16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas comuns na Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n 28, volume II. 2013; Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns_cab28v2.pdf
 17. Castillo-Arenas E, Garrido V, Serrano-Ortega S. Skin conditions in primary care: An analysis of referral demand. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 2014;105(3):271–5. Available from:

- https://www.researchgate.net/publication/260194182_Skin_Conditions_in_Primary_Care_An_Analysis_of_Referral_Demand
18. Erdmann AL, Andrade SR, Mello ALSF, Drago LC. A atenção secundária em saúde: Melhores práticas na rede de serviços. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2013;21(SPL):131–9. Available from: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/cbBdJkRpWnv74KRLYDsjqcB/abstract/?lang=pt>
 19. Governo do Estado do Amazonas. Secretaria Estadual de Saúde. Complexo Regulador. Protocolo de acesso às consultas e procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade. In 2020. Available from: http://regulacao.saude.am.gov.br:8080/files/Protocolo_de_Acesso_Consultas_e_EXAMES_2020.pdf
 20. Bertanha F, Nelumba EJP, Freiberg AK, Samorano LP, Festa Neto C. Profile of patients admitted to a triage dermatology clinic at a tertiary hospital in São Paulo, Brazil. *An Bras Dermatol* [Internet]. 2016;91(3):318–25. Available from: <https://www.scielo.br/j/abd/a/LFDfd8gTYvTJ4xDwCMcqbttr/?lang=en>
 21. Cavalcante MSM. Atenção em dermatologia por meio do Telessaúde para educação permanente dos médicos da atenção primária do Amazonas. *Univ Fed São Paulo* [Internet]. 2013;69. Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/37725879.pdf>
 22. Reigada CLL, Martins LT, Lavinas IPM. Atenção Primária à Saúde, Diagnóstico precoce das doenças dermatológicas e seu impacto social. *Saber Digit* [Internet]. 2018;11(2):71–84. Available from: <http://revistas.faa.edu.br/index.php/SaberDigital/article/view/624/490>
 23. Cardoso PO, Giffoni RT, Alberti LR. Perfil epidemiológico das doenças dermatológicas em Centro de Saúde de Atenção Primária. *Rev Médica Minas Gerais* [Internet]. 2013;23(2):169–72. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-702879>
 24. Gomes TM, Moura ATMS, Aguiar AC. Dermatologia na atenção primária: um desafio para a formação e prática médica. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2012;36(1):125–8. Available from: https://www.researchgate.net/publication/307672656_Dermatologia_na_atenca

o_primaria_um_desafio_para_a_formacao_e_pratica_medica

25. Thakkar SJ, Chavda PD MK. Do primary care physicians require training in core clinical dermatology? A cross sectional needs assessment study from Western India. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* [Internet]. 2019;85(4):380–7. Available from: <https://ijdv.com/?view-pdf=1&embedded=true&article=40455faf495501418c758841e98dfc7cIHRKtA%3D%3D>
26. Rübsam ML, Esch M, Baum E, Bösner S. Diagnosing skin disease in primary care: A qualitative study of GPs' approaches. *Fam Pract* [Internet]. 2015;32(5):591–5. Available from: <https://academic.oup.com/fampra/article/32/5/591/690569?login=false>
27. Akbari A, Mayhew A, Al-Alawi M, Grimshaw J, Winkens R, Glidewell E, et al. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care (Review). *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2005;(3):4–6. Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005471/references>
28. Miguel LMZ, Rocha B, Jorge MFS, Miot HA. Incidence of skin diseases diagnosed in a public institution: comparison between 2003 and 2014. *An Bras Dermatol* [Internet]. 2017;92(3):423–5. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/e081/5dd3a526c6b74b2b1090883ac9c3e432086c.pdf>
29. Raposo AA, Schettini APM, Sardinha JCG, Pedrosa VL. Perfil nosológico de centro de referência em dermatologia no Estado do Amazonas - Brasil. *An Bras Dermatol* [Internet]. 2011;86(3):463–8. Available from: <https://www.scielo.br/j/abd/a/jfWPHvNLCWM6xbnpwSp95Hy/?lang=pt>
30. Governo do Estado do Amazonas, Secretaria Estadual de Saúde, Fundação Alfredo da Matta. Informe FUAM 2020. Manaus [Internet]. 2020; Available from: <http://www.fuham.am.gov.br/wp-content/uploads/2014/05/FUAM-INFORME-2020.pdf>
31. Azulay RD, Azulay DR, Azulay-Abulafia L. *Dermatologia*. 7th ed. Koogan G,

- editor. Vol. 4. Rio de Janeiro; 2017.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Dermatologia na Atenção Básica de Saúde. Cadernos de Atenção Básica Nº 9 [Internet]. 1st ed. Brasília- DF; 2002. 142 p. Available from: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guiafinal9.pdf>
 33. Tavares T. Histórico da FUHAM [Internet]. 2022. Available from: <http://www.fuam.am.gov.br/institucional/historico/>
 34. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução No 510 de 7 de abril de 2016. Diário Of da União, Brasília [Internet]. 2016;98(1):44. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html
 35. Souza TS, Gomes KW, Prati C, Agostinho MR, Katz N, Roman R, et al. Protocolos de encaminhamento para dermatologia [Internet]. 2018. Available from: https://www.ufrgs.br/telessaunders/documentos/protocolos_resumos/Dermatologia.pdf
 36. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Leishmaniose Tegumentar Americana - Casos Confirmados Notificados No Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Amazonas [Internet]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/ltaam.def>
 37. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública [Internet]. 2016. 58p. Available from: <https://pt.scribd.com/document/323388710/Diretrizes-para-vigilancia-atencao-e-eliminacao-da-hanseniase-como-problema-de-saude-publica-2016>
 38. FUHAM. Acesso à Informação- FUHAM. Perguntas frequentes [Internet]. Available from: <http://www.fuham.am.gov.br/institucional/transparencia-fuam/perguntas-frequentes/>
 39. Fundação de Dermatologia Tropical e Venereologia “Alfredo da Matta”- FUAM. Carta de serviços ao cidadão [Internet]. 2021. Available from:

<http://www.fuham.am.gov.br/atendimento/>