



SÍNDROMES DERMATOLÓGICAS

GUIA DO ESTUDANTE

Medicina UNIFENAS-BH

ANO IV

SÍNDROMES CLÍNICAS

Bloco

SÍNDROMES DERMATOLÓGICAS

1º Semestre - 2025

UNIVERSIDADE PROFESSOR EDSON ANTONIO VELANO - UNIFENAS

CURSO DE MEDICINA BELO HORIZONTE

Presidente da Fundação Mantenedora – FETA

Reitora

Vice-Reitora

Pró-Reitor Acadêmico

Pró-Reitora Administrativo-Financeira

Pró-Reitora de Planejamento e Desenvolvimento

Supervisora do Campus Belo Horizonte

Coordenador do Curso de Medicina

Coordenadora Adjunta Curso de Medicina

Subsecretária Acadêmica

Diretor Técnico do CEASC/CEM-Norte

Gerente Administrativa do Campus Belo Horizonte

Larissa Araújo Velano

Maria do Rosário Velano

Viviane Araújo Velano Cassis

Danniel Ferreira Coelho

Larissa Araújo Velano Dozza

Viviane Araújo Velano Cassis

Maria Cristina Costa Resck

José Maria Peixoto

Aline Cristina d'Ávila Souza

Keila Elvira de Souza Pereira

Galileu Bonifácio da Costa Filho

Silvana Maria de Carvalho Neiva



Unidade Itapoã

Rua Líbano, 66 - Bairro Itapoã
 CEP: 31710-030
 Tel. (31) 2536-5681



Unidade Jaraguá

Rua Boaventura, 50 - Bairro Universitário
 CEP: 31270-020
 Tel. (31) 2536-5801

Este material é regido pelas leis nacionais e internacionais de direitos de propriedade intelectual, de uso restrito do Curso de Medicina da UNIFENAS-BH. É proibida a reprodução parcial ou total, de qualquer forma ou por qualquer meio, por violação dos direitos autorais (Lei 9.610/98).

© 2025 UNIFENAS. TODOS OS DIREITOS RESERVADOS.



COORDENADORES DE BLOCOS TEMÁTICOS E ESTÁGIOS SUPERVISIONADOS

Período/Bloco Temático	Coordenadores de Bloco	Período/Bloco Temático	Coordenadores de Bloco
1º Período		2º Período	
Homeostasia	Flávia Pereira de Freitas Junqueira	Epidemia	Luiz Alexandre Viana Magno
Hemorragia e Choque	Bruno Cabral de Lima Oliveira	Inconsciência	Audrey Beatriz Santos Araújo
Oligúria	Carla dos Santos Simões	Abdome Agudo	Bárbara dos Santos Simões
Dispneia	Lidiane Aparecida Pereira de Sousa	Febre	Ana Cristina Persichini Rodrigues
3º Período		4º Período	
Células e Moléculas	Josiane da Silva Quetz	Puberdade	Akisa Priscila Oliveira de Sousa Penido
Nutrição e Metabolismo	José Barbosa Júnior	Vida Adulta	Fabiano Cassaño Arar
Gestação	Pedro Henrique Tannure Saraiva	Meia Idade	Paula Maciel Bizotto Garcia
Nascimento, Crescimento e Desenvolvimento	Cristiano José Bento	Idoso	Simone de Paula Pessoa Lima
5º Período		6º Período	
Síndromes Pediátricas I	Gláucia Cadar de Freitas Abreu	Síndromes Pediátricas II	Bruna Salgado Rabelo
Síndromes Digestórias	Camila Bernardes Mendes Oliveira	Síndromes Infecciosas	Isabela Dias Lauar
Síndromes Cardiológicas	Flávia Carvalho Alvarenga	Síndromes Nefro-Urológicas	Geovana Maia Almeida
Síndromes Respiratórias	Gláucia Cadar de Freitas Abreu	Síndromes Hemato-Oncológicas	Kevin Augusto Farias de Alvarenga
7º Período		8º Período	
Síndromes Ginecológicas	Paulo Henrique Boy Torres	Emergências Clínicas e Trauma	Maria Cecília Souto Lúcio de Oliveira
Síndromes Dermatológicas	Nathalia Borges Miranda	Síndromes Cirúrgicas	Eduardo Tomaz Froes
Síndromes Endocrinológicas	Livia Maria Pinheiro Moreira	Síndromes Obstétricas	Rafaela Friche de Carvalho Brum Scheffer
Síndromes Neuropsiquiátricas	Roberta Ribas Pena	Síndromes Reumato-Ortopédicas	Déborah Lobato Guimarães Rogério Augusto Alves Nunes
9º Período		10º Período	
Estágio em Clínica Médica	Bruno César Lage Cota Rita de Cássia Corrêa Miguel Marcelo Bicalho de Fuccio	Estágio em Saúde da Mulher	Juliana Silva Barra Vanessa Maria Fenelon da Costa Inessa Beraldo Bonomi
Estágio em Clínica Cirúrgica	Eduardo Tomaz Froes Maria Cecília Souto Lúcio de Oliveira Aloísio Cardoso Júnior	Estágio em Saúde da Criança	Cristiani Regina dos Santos Faria Guilherme Rache Gaspar Patrícia Quina Albert Lobo
11º Período		12º Período	
Estágio em Atenção Integral à Saúde I	Antonio Carlos de Castro Toledo Júnior	Estágio em Urgências e Emergências Clínicas em Saúde Mental	Fernanda Rodrigues de Almeida Alexandre Araújo Pereira
Estágio em Atenção Integral à Saúde II	Ruth Borges Dias Fabiano Cassaño Arar Gabriel Costa Osanan	Estágio em Urgências e Emergências Clínicas e Cirúrgicas	Luis Augusto Ferreira

SUMÁRIO

Introdução	7
Objetivos de Aprendizagem	8
Alocação de salas do Grupo Tutorial	10
Calendário geral da turma 1	10
Calendário geral da turma 2	11
Calendário geral da turma 3	12
Distribuição de pontos nas estratégias de ensino	13
Referências Bibliográficas	14
Grupos Tutoriais – GT	
Grupo Tutorial 1	17
Grupo Tutorial 2	18
Grupo Tutorial 3	19
Grupo Tutorial 4	20
Grupo Tutorial 5	21
Grupo Tutorial 6	22
Grupo Tutorial 7	23
Seminários	
Seminário 1	25
Seminário 2	26
Seminário 3	28
Seminário 4	29
Seminário 5	30
Treinamento de Habilidades	
Treinamento de Habilidades 1	33
Treinamento de Habilidades 2	34
Treinamento de Habilidades 3	35
Treinamento de Habilidades 4	36
Práticas de laboratório	

Práticas de laboratório 1	38
Práticas de laboratório 2	42
Práticas de laboratório 3	46
Práticas de laboratório 4	48
Projeto em Equipe – PE	51
Ambulatórios	55



INTRODUÇÃO

Caros alunos,

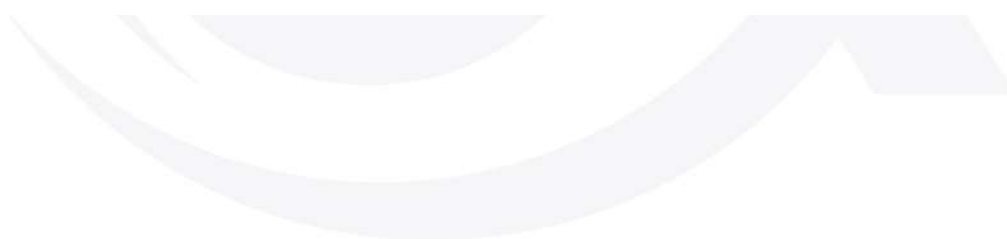
É com grande alegria e entusiasmo que dou as boas-vindas a cada um de vocês ao curso de Dermatologia. A dermatologia é uma especialidade ligada à Medicina Interna que estuda a pele e seus anexos, isto é, cabelos, pelos, unhas, glândulas sudoríparas e sebáceas, bem como o tecido celular subcutâneo (tecido adiposo). A dermatologia é uma especialidade fascinante e essencial, que não só lida com o conhecimento clínico da fisiologia da pele e de suas patologias, mas também desempenha um papel crucial na identificação e manejo de condições que afetam a qualidade de vida dos pacientes.

7

A Dermatologia é uma especialidade ligada à Medicina Interna, outrora eminentemente clínica, nas últimas décadas, transformou-se radicalmente e ampliou suas ações com avanços nas áreas de Cirurgia Dermatológica e Cosmiatria, atualmente reconhecidas oficialmente como áreas de atuação da dermatologia pelo Conselho Federal de Medicina - CFM e pela Associação Médica Brasileira - AMB.

Ao longo deste bloco vocês terão a oportunidade de explorar a complexidade e a diversidade das doenças dermatológicas mais prevalentes em nosso meio. Discutiremos diagnósticos e tratamentos de interesse do médico generalist

Sejam bem-vindos!
Profª Nathalia Borges Mirnda
Coordenadora do bloco



OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

ASPECTOS MÉDICOS – CONHECIMENTOS

- OG1 Identificar as síndromes eczematosas no paciente.
- OG2 Identificar as síndromes eritematoescamosas no paciente.
- OG3 Identificar o paciente com micoses superficiais.
- OG4 Identificar as síndromes vesicobolhosas no paciente.
- OG5 Identificar as dermatoviroses no paciente.
- OG6 Identificar o paciente com síndromes hiperocrômicas.
- OG7 identificar as síndromes hipocrômicas no paciente.
- OG8 Identificar as síndromes de infecção bacteriana da pele (piodermites) no paciente.
- OG9 Identificar as lesões pré-neoplásicas da pele no paciente.
- OG10 Reconhecer o câncer de pele no paciente.
- OG11 Conhecer os aspectos farmacológicos da corticoterapia na dermatologia.
- OG12 Compreender o prurido e reconhecer o paciente com escabiose

8

ASPECTOS MÉDICOS - HABILIDADES

- OG13 Desenvolver a habilidade de realizar a anamnese para as doenças dermatológicas.
- OG14 Identificar as características do exame físico dermatológico.
- OG15 Revisar as lesões elementares da pele, associando-as às doenças mais comuns na sua forma de apresentação.

ASPECTOS MÉDICOS - PRÁTICAS LABORATORIAIS

- OG16 Identificar as lesões elementares da pele.
- OG17 Reconhecer a patologia das principais doenças inflamatórias e bolhosas da pele.
- OG18 Identificar os aspectos gerais da patologia cirúrgica das principais dermatites infecciosas.

OG19 Descrever os aspectos gerais da patologia cirúrgica das principais neoplasias benignas, pré-malignas e malignas (não-melanocíticas) da pele.

OG20 Reconhecer a patologia das neoplasias melanocíticas da pele.

ASPECTOS CIENTÍFICOS – PROJETOS EM EQUIPE

OG 21 - Discutir os fatores que podem reduzir ou elevar o nível da evidência, de acordo com o sistema GRADE

OG 22 – Identificar os aspectos relacionados à elaboração das recomendações de acordo com sistema GRADE

OG 23 - Conhecer as fontes de informação em Saúde Baseada em Evidências (SBE)

OG 24 – Aprender a elaborar um relato de caso utilizando o modelo Case Report Guidelines

ALOCAÇÃO DAS SALAS DE GRUPOS TUTORIAIS

Salas	Tutor(a)	Turma
206	Prof. Lucas Emmels	1
208	Prof. Nathalia Borges	2
209	Prof. Caroline Prósperi	3
211	Prof. Isabella Campos	4

Calendário geral turma 1 - 10/03/2025 a 11/04/2025

10

GRUPOS TUTORIAIS (GT)

GT	Análise	Resolução	Título
1	11/03	13/03	"Manchas"
2	13/03	18/03	"Ferida que não cicatriza"
3	18/03	20/03	"Descamação na pele"
4	20/03	27/03	"Pintas"
5	27/03	01/04	"Irritação nos pés"
6	01/04	03/04	"Manchas vermelhas e dormência nos braços"
7	03/04	08/04	"Coceira infernal"

SEMINÁRIOS (SEM)

Seminário	Tema	Responsável	Dia	Horário	Local
1	Anatomia e Fisiologia da pele	Prof. Lucas	11/03 - ter	10h45	Sala 15
2	Corticoterapia na dermatologia	Prof. Lucas	11/03- ter	10h45	Sala 15
3	Micoses superficiais cutâneas	Prof. Lucas	20/03- qui	11h10	Sala 15
4	Dermatoviroses	Prof. Lucas	03/04- qui	11h10	Sala 15
5	Piodermites e miiase	Prof. Lucas	08/04-ter	10h30	Sala 15

CALENDÁRIO DE PROVAS

Prova	Data	Horário	Sala	Aplicador
GT- Parcial	25/03 terça-feira	08:00h	A definir	Prof. Lucas
GT- Final	10/04 quinta-feira	08:00h	A definir	Prof. Nathalia
TH	08/04 terça-feira	13:30h	A definir	Prof. Nathalia
PL	09/04 quarta-feira	08:00h 09:30h	Laboratório de patologia	Prof. Luiz

-Matéria da prova parcial: GTs de 1 a 3; Seminários 1 a 3. Prova Final: todos os temas trabalhados em GTs e seminários.

-Aula inaugural: 11/03 - 10h30 Nathalia – SALA 15



Calendário geral turma 2 - 14/04/2025 a 16/05/2025
GRUPOS TUTORIAIS (GT)

GT	Análise	Resolução	Título
1	15/04	22/04	"Manchas"
2	22/04	24/04	"Ferida que não cicatriza"
3	24/04	29/04	"Descamação na pele"
4	29/04	06/05	"Pintas"
5	06/05	08/05	"Irritação nos pés"
6	08/05	13/05	"Manchas vermelhas e dormência nos braços"

SEMINÁRIOS (SEM)

Seminário	Tema	Responsável	Dia	Horário	Local
1	Anatomia e Fisiologia da pele	Prof. Lucas	15/04 - ter	10h45	Sala 15
2	Piodermites e miiase	Prof. Lucas	15/04- ter	10h45	Sala 15
3	Micoses superficiais cutâneas	Prof. Lucas	22/04- ter	11h10	Sala 15
4	Corticoterapia na dermatologia	Prof. Lucas	08/05- qui	11h10	Sala 15
5	Prurido	Prof. Lucas	08/05- qui	11h10	Sala 15
6	Dermatoviroses	Prof. Lucas	13/05- ter	10h30	Sala 15

CALENDÁRIO DE PROVAS

Prova	Data	Horário	Sala	Aplicador
GT -Parcial	29/04 terça-feira	17h10	A definir	Prof. Isabella
GT- Final	15/05 quinta-feira	08h00	A definir	Prof. Caroline
TH	13/05 terça-feira	13:30h	A definir	Prof. Isabella
PL	14/05 quarta-feira	08:00h 09:30h	Laboratório de patologia	Prof. Luiz

-Matéria da prova parcial: GTs de 1 a 2; Seminários 1 a 3. Prova Final: todos os temas trabalhados em GTs e seminários.

-Aula inaugural: 15/04 – 10:30 Nathalia – SALA

Calendário geral turma 3 - 19/05/2025 a 18/06/2025
GRUPOS TUTORIAIS (GT)

GT	Análise	Resolução	Título
1	20/05	22/05	"Manchas"
2	22/05	27/05	"Ferida que não cicatriza"
3	27/05	29/05	"Descamação na pele"
4	29/05	05/06	"Pintas"
5	05/06	10/06	"Irritação nos pés"
6	10/06	12/06	"Manchas vermelhas e dormência nos braços"

SEMINÁRIOS (SEM)

Seminário	Tema	Responsável	Dia	Horário	Local
1	Anatomia e Fisiologia da pele	Prof. Lucas	20/05 - ter	10h45	Sala 15
2	Piodermites e miiase	Prof. Lucas	20/05- ter	10h45	Sala 15
3	Micoses superficiais cutâneas	Prof. Lucas	29/05- qui	11h10	Sala 15
4	Dermatoviroses	Prof. Lucas	03/06- ter	11h10	Sala 15
5	Prurido	Prof. Lucas	12/06- qui	10h30	Sala 15
6	Corticoterapia na dermatologia	Prof. Lucas	12/06- qui	10h30	Sala 15

CALENDÁRIO DE PROVAS

Prova	Data	Horário	Sala	Aplicador
GT- Parcial	03/06 terça-feira	08:00h	A definir	Prof. Lucas
GT- Final	17/06 terça-feira	08:00h	A definir	Prof. Nathalia
TH	17/06 terça-feira	13:30h	A definir	Prof. Nathalia
PL	09/04 quarta-feira	08:00h 09:30h	Laboratório de patologia	Prof. Luiz

-Matéria da prova parcial: GTs de 1 a 3; Seminários 1 a 3. Prova Final: todos os temas trabalhados em GTs e seminários.

-Aula inaugural: 20/05 – 10:30 Nathalia – SALA a definir

DISTRIBUIÇÃO DE PONTOS NAS DIFERENTES ESTRATÉGIAS DE ENSINO

Estratégia	Atividade	Valor
Grupos Tutoriais e Seminários	Prova parcial	25,00
	Prova Final	45,00
	Conceito	10,00
Treinamento de Habilidades	Avaliações formativas	25,00
	Prova	50,00
	Conceito	5,00
Práticas de Laboratório	Avaliações formativas	25,00
	Prova	50,00
	Conceito	5,00
Projeto em Equipe	Seminário	20,00
	Trabalho escrito	40,00
	Encontro de orientação: discussão dos relatos de caso	5,00
	Encontro de orientação: confecção do banner	5,00
	Encontro de orientação: discussão e resumo	5,00
	Conceito	5,00

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFIA BÁSICA

1. AZULAY, Rubem David. **Dermatologia**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. Livro digital. (1 recurso online). ISBN 9788527732475. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/books/9788527732475>. Acesso em: 16 dez. 2022.
2. BRASILEIRO FILHO, Geraldo. **Bogliolo Patologia**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021. Livro digital. (1 recurso online). ISBN 9788527738378. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/books/9788527738378>. Acesso em: 16 dez. 2022.
3. GOFFI, Fábio Schmidt. **Técnica cirúrgica: bases anatômicas, fisiopatológicas e técnicas da cirurgia**. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2007. 822 p., il. ISBN 8573794615.
4. JAMESON, J. Larry *et al.* **Manual de medicina de Harrison**. 20. ed. Porto Alegre: AMGH, 2020. Livro digital. (1 recurso online). ISBN 9786558040040. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/books/9786558040040>. Acesso em: 16 dez. 2022.
5. RIVITTI, Evandro A. **Dermatologia de Sampaio e Rivitti**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2018. Livro digital. (1 recurso online). ISBN 9788536702766. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/books/9788536702766>. Acesso em: 16 dez. 2022.
6. RIVITTI, Evandro A. **Manual de dermatologia clínica**. Porto Alegre: ArtMed, 2014. Livro digital. (1 recurso online). ISBN 9788536702360. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/books/9788536702360>. Acesso em: 16 dez. 2022..
7. BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes metodológicas: Sistema GRADE: manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_sistema_grade.pdf. Acesso em: 16 dez. 2022.
8. **CARE Checklist of information to include when writing a case report**. Disponível em: <https://static1.squarespace.com/static/5db7b349364ff063a6c58ab8/t/5db7bf175f869e5812fd4293/1572323098501/CARE-checklist-English-2013.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2022.
9. **ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA**. Rio de Janeiro: Editora Científica Nacional, 1961-. ISSN 0365-0596. *versão online*. Disponível em: <http://www.anaisdedermatologia.org.br>. Acesso em: 16 dez. 2022.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:

1. DELVES, Peter J. *et al.* ROITT, fundamentos de imunologia. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. Livro digital. (1 recurso online). ISBN 9788527733885. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/books/9788527733885>. Acesso em: 16 dez. 2022.
2. GOLDMAN, Lee (ed.) *et al.* **Goldman-Cecil Medicina**, 2 v. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2018. Livro digital. (1 recurso online). ISBN 9788595150706. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/books/9788595150706>. Acesso em: 16 dez. 2022.
2. KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul; ASTER, Jon. **Robbins & Cotran Patologia: bases patológicas das doenças**. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2016. Livro digital. (1 recurso online). ISBN

9788595150966. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/books/9788595150966>. Acesso em: 16 dez. 2022.

3. LEÃO, Ennio *et al.* **Pediatria ambulatorial**. Revisão de Iriam Gomes Starling. Ilustrações de Ana Lúcia Pimenta Starling Colaboração de Ana Maria Figueiredo Rocha et al. 5. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2013. 1034 p., il. ISBN 8545002638.

4. WOLFF, Klaus *et al.* **Dermatologia de Fitzpatrick**: atlas e texto. 8. ed. Porto Alegre: AMGH, 2019. Livro digital. (1 recurso online). ISBN 9788580556247. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/books/9788580556247>. Acesso em: 16 dez. 2022.

5. BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de - saúde pública: manual técnico-operacional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/04/diretrizes-eliminacao-hanseniose-4fev16-web.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2022.

6. **JOURNAL OF DERMATOLOGY & DERMATOLOGIC SURGERY**. Saudi Arabia: Wolters Kluwer, 1997-. ISSN 2352-2429. *versão online*. Disponível em: <https://www.jddsjournal.org>. Acesso em: 16 dez. 2022.

7. **THE JOURNAL OF IMMUNOLOGY**. Rockville: The American Association of Immunologists, 1916-. ISSN 1550-6606. *versão online*. Disponível em: <https://www.jimmunol.org>. Acesso em: 16 dez. 2022.

8. SOUZA, M. C. de. **Métodos de síntese e evidência**: revisão sistemática e metanálise. Brasília: INCA, MS. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/mirian_metodo_de_sintese_e_evidencia.pdf. Acesso em: 16 dez. 2022.



GRUPOS TUTORIAIS



“MANCHAS”

GT1

A Sra. Cleide, de 65 anos, veio ao ambulatório preocupada com manchas que têm aparecido nos últimos anos na face, nos braços e no “V” do decote. Nega qualquer sintoma nessas lesões.

HMA: a paciente refere que nos últimos meses, notou o crescimento de uma lesão mais elevada na fronte. Está com medo, porque viu um cartaz na rua sobre a Campanha Nacional de Prevenção do Câncer de Pele “onde diziam que manchas na pele podem ser doença séria”.

HP: Dislipidemia em uso de atorvastatina
exposição ao sol intensa ao longo da vida, sem fotoproteção, pois sempre gostou de ir à praia e é vendedora ambulante. Nega tabagismo.

HF: nega câncer de pele

AO EXAME: os alunos irão analisar as fotos e descrever as lesões elementares.

Essa é uma situação comum nos ambulatórios de dermatologia, um paciente com lesões múltiplas e multiformes. Como você conduziria o caso?





“MANCHAS VERMELHAS E DORMÊNCIA NO BRAÇO ”

GT 2

O Sr. Sebastião, 54 anos, natural de Araçuaí – MG, procurou o Centro de Saúde apresentando manchas vermelhas, dor e dormência no membro superior esquerdo. É mecânico e está bastante preocupado, pois não está conseguindo trabalhar.

HMA: há cerca de um ano percebeu o aparecimento de duas manchas vermelhas no antebraço esquerdo, assintomáticas. Nos últimos dois meses estava apresentando parestesias na mão esquerda. Não procurou atendimento, mas há duas semanas percebeu que as manchas se tornaram mais vermelhas e elevadas e iniciou com dor ao longo do antebraço e da mão esquerda.

AE: portador de hipertensão arterial sistêmica, em uso de losartana e hidroclorotiazida.

HF: nega a existência de familiares com doenças da pele.

HS: é casado e tem dois filhos; mora com a esposa, filhos e sogros.

Ao exame: os alunos irão analisar as fotos e descrever as lesões elementares.

Discuta o caso.





“DESCAMAÇÃO NA PELE”

GT3

O Sr. Jaci, 50 anos, procurou o ambulatório para tratar de um problema antigo, que nem lhe incomodava muito. Marcou a consulta com seis meses de antecedência, mas, como não tinha pressa, não se importou. O dia da consulta finalmente chegou e o Sr Jaci ficou feliz pois o problema de sua pele estava piorando a cada dia.

QP: caspa e alergia na pele.

HMA: o paciente relata episódios recorrentes de descamação no couro cabeludo, orelhas e glabella desde a adolescência. Relata que há cerca de 20 anos iniciou com lesões eritematosas e recidivantes nos cotovelos. Relata que utilizava alguma “pomada” (não sabe informar qual), com melhora do quadro. Há um mês, houve disseminação do quadro, com surgimento de lesões no tronco e membros. Relaciona a piora do quadro a momentos de estresse.

AE: Hipertenso, com diagnóstico recente, em uso de propranolol e hidroclorotiazida há 45 dias.

HF: Nega a existência de problema semelhante entre os familiares.

HSE: o Sr. Jaci é engenheiro civil, dono de uma construtora e, ultimamente, vem passando por problemas difíceis na empresa. Toma diariamente um “uisquinho” quando chega em casa, para relaxar.

Exame físico: os alunos deverão descrever o exame dermatológico.

19



Discuta o caso.



“FERIDAS QUE NÃO CICATRIZAM”

GT4

João da Silva, 68 anos, natural e procedente de Alvinópolis-MG, procurou o centro de saúde com queixa de uma ferida no nariz que não está cicatrizando.

HMA: Relata que há aproximadamente sete anos notou o surgimento de uma área áspera e descamativa em região de dorso nasal. A lesão parecia desaparecer todas as vezes que o paciente tentava remover as crostas desta região, porém as “casquinhas” sempre recidivavam poucos dias depois. Há aproximadamente dois anos Sr João notou o surgimento de uma “ferida aberta” na mesma região que evoluiu com crescimento progressivo além de episódios de sangramento local. Relata que apresentou uma queimadura de segundo grau na infância na região do dorso nasal.

HP: HAS

Transplante renal há cinco anos.

Em uso de : sirulimus e valsartana.

Trabalhador rural aposentado, com exposição crônica ao sol durante muitos anos.

Refere que já precisou “queimar” algumas lesões de pele em dorso das mãos e no couro cabeludo algumas vezes nos últimos anos.

HF: Nega câncer de pele

Ao exame: os alunos irão analisar as fotos e descrever as lesões elementares. Discuta o caso.

20





“IRRITAÇÃO NOS PÉS”

GT5

Sofia, 45 anos, comparece ao centro de saúde com relato de estar apresentando há seis meses lesões avermelhadas no dorso dos pés, bilateralmente e intensamente pruriginosas. Sofia está muito ansiosa, pois já usou “de tudo” sem melhora. No início, o quadro cedia ao uso de corticoides tópicos. Evoluiu com piora da vermelhidão e descamação. Relata que a pele está engrossando e o prurido tornando-se mais intenso.

A paciente relata que no momento o quadro está relativamente bom mas que já apresentou vesículas e secreção.

AE: quando criança era muito alérgica e apresentava asma e bronquite.

Nega comorbidades e uso de medicamentos.

HF: Não há casos semelhantes na família.

Ao exame : os alunos deverão descrever o exame dermatológico. **Discuta o caso.**

21





“PINTAS”

GT6

A senhora Marta, 42 anos, sempre teve muitas pintas, desde a adolescência. Há algumas semanas, Marta ouviu, no rádio, que as “Pintas que crescem ou mudam de cor devem ser avaliadas por um especialista”. Naquele mesmo dia, Marta pôs-se diante do espelho e observou-se atentamente. Ficou surpresa quando percebeu uma pinta na perna, não notada previamente e resolveu procurar um dermatologista.

HMA: Há 4 semanas observou uma lesão na perna direita. Nega prurido ou sangramento na mesma.

AE: hipertensão arterial sistêmica, em uso de atenolol.

Nega uso regular de filtro solar.

Relata exposição solar duas vezes por ano, quando vai ao litoral durante as férias de seus filhos. Nessas ocasiões, usa bronzeadores no corpo e filtro solar 15. Relata queimadura solar, com vermelhidão e bolhas nos ombros e colo, em duas ocasiões em que abusou do “mormaço”.

HP: Colectistomia há um ano, por litíase biliar.

HF: Pai falecido por “câncer disseminado” e também apresentava lesões múltiplas pigmentadas semelhantes às da paciente. Relata que não descobriram o tumor primário.

Ao exame: os alunos deverão descrever o exame dermatológico.

Marta está muito preocupada com a possibilidade de um câncer de pele e quer saber se deve retirar todas as “pintas”. **Discuta o caso.**





“PRURIDO INFERNAL”

GT6

A Sra. Elvira, 70 anos, já passou por vários médicos e não conseguiu solucionar seu problema que piorou muito nos últimos 15 dias. Resolveu então procurar o ambulatório de dermatologia.

HMA: a paciente relata coceira difusa iniciada há alguns meses. Usou anti-histamínicos, com melhora parcial. A queixa é persistente, piora à noite e após o banho. Informou ainda que durante o inverno houve piora, mas que há 15 dias ficou insuportável e a pele que antes não apresentava lesões, agora está com várias bolinhas que coçam de forma infernal. Não consegue sequer dormir.

AE: perda ponderal recente de cerca de 6 kg, que relaciona a epigastralgia.
Hipertensa, em uso contínuo de nifedipina. Diabetes melitus controlado com dieta.
Faz uso esporádico de paracetamol para dores no corpo, mas desde que iniciou a hidroginástica (cerca de seis meses) não precisou mais do medicamento.

HP: nefrectomia direita há 15 anos. Relata que perdeu um rim por cálculos e infecção.

HF: reside com a filha e o neto de 10 anos que se encontram com muita coceira iniciada há cerca de um mês.

Exame físico : os alunos irão analisar as fotos e descrever as lesões elementares.



Discuta o caso.



Seminários



ANATOMIA E FISIOLOGIA DA PELE

Seminário 1

Este seminário tem caráter de introdução ao módulo de dermatologia. Será feita uma revisão da anatomia e fisiologia da pele e seus principais componentes.

Objetivos

- Rever a morfologia e fisiologia da pele e anexos.

Referências bibliográficas

1-SAMPAIO, S.A.P.; RIVITTI, E.A. Dermatologia de Sampaio e Rivitti. 4 ed. São Paulo: Artes Médicas, 2018. Disponível em : <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/books>

2-David, A. R.; Dermatologia. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017.
Disponível em : <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/books>



MICOSES SUPERFICIAIS- PITIRÍASE VERSICOLOR E TINHAS

Seminário 2

As micoses superficiais compreendem grupos de doenças causadas por fungos, limitadas às camadas queratinizadas ou semiqueratinizadas da pele, ou localizadas na sua superfície, atingindo pele e mucosas. Neste seminário serão abordados três grupos: as dermatofitoses, a pitiríase versicolor e a candidíase.

Caso clínico 1:

Paciente, 32 anos, pintor de paredes, com descamação e eritema na região inguinal há um mês. Relata descamação nos pés e alterações nas unhas dos pés. Relata prurido. Em uso de pasta d'água, sem melhora. Ao exame: lesões eritemato-descamativas circinadas na rg. inguinal. Descamação nas plantas dos pés e na palma da mão direita. Hiperqueratose subungueal nos háluces.

26



<http://dermnetnz.org>

Caso clínico 2:

Paciente com manchas claras recidivantes no tronco, assintomáticas. Relata que elas surgem no verão, quando frequenta piscinas e se expõe ao sol. Relata vários tratamentos, com melhora e recidiva.



<http://dermnetnz.org>

Objetivos

- Diferenciar as dermatofitoses.
- Identificar os fungos dermatófitos.
- Diferenciar as manifestações clínicas das dermatofitoses de acordo com a região acometida.
- Definir o tratamento tópico e sistêmico das dermatofitoses.
- Reconhecer o paciente com pitiríase versicolor.

- Explicar a etiopatogênese, descrever as manifestações clínicas e definir o tratamento da pitíriase versicolor.
- Analisar o exame micológico.

Referências bibliográficas

1-SAMPAIO, S.A.P.; RIVITTI, E.A. Dermatologia de Sampaio e Rivitti. 4 ed. São Paulo: Artes Médicas, 2018. Disponível em : <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/books>

2-David, A. R.; Dermatologia. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017.
Disponível em : <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/books>





TERAPÊUTICA DERMATOLÓGICA – CORTICOTERAPIA

Seminário 3

Neste seminário, abordaremos a corticoterapia, conhecendo as formas farmacêuticas, vias de administração, farmacocinética, farmacodinâmica, efeitos colaterais e interações medicamentosas dos corticoides.

Sendo estes muito usados na prática dermatológica, torna-se necessário e essencial que saibamos suas características principais para que possamos fazer uso dos mesmos de forma correta, com conhecimento e prudência.

28

Objetivo:

- . Conhecer os aspectos farmacológicos da corticoterapia na dermatologia.

Referências bibliográficas

1-SAMPAIO, S.A.P.; RIVITTI, E.A. Dermatologia de Sampaio e Rivitti. 4 ed. São Paulo: Artes Médicas, 2018. Disponível em : <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/books>

2-Hardman, JG.; Limbird L.E. Goodman & Gilman. As Bases Farmacológicas da Terapêutica. McGraw Hill, 11ªed. 2006



DERMATOVIROSES

Seminário 4

Este seminário tratará das dermatoviroses mais relevantes na dermatologia. Serão abordadas as infecções pelo vírus herpes simples, vírus varicela-zoster, HPV (Human Papiloma vírus) e poxvírus.

Caso clínico:

Paciente, 68 anos, sexo feminino, procura um pronto atendimento com queixa de dor lombar intensa iniciada há 3 dias. Tem bom estado geral e nega sintomas urinários. HP de cálculo renal e cólicas. Ao exame, a paciente apresenta abdome livre, punho percussão lombar dolorosa. Diante desse exame, o plantonista do pronto atendimento prescreve buscopan® venoso e pede uma rotina de urina. Após 4 horas de observação, a paciente não apresenta melhora e o exame não tem alterações. Intrigado, o plantonista reavalia cuidadosamente a paciente. Ao exame: presença de vesículas agrupadas em região lombar esquerda, atingindo a linha média sem, entretanto, ultrapassá-la.

29



<http://dermnetnz.org>

Objetivos

- Identificar o paciente com herpes simples.
- Descrever as manifestações clínicas, citar os exames laboratoriais para o diagnóstico e descrever o tratamento do herpes simples.
- Reconhecer a infecção pelo vírus varicela-zoster no paciente.
- Descrever as manifestações clínicas, citar o diagnóstico laboratorial e descrever o tratamento da varicela e do herpes zoster.
- Identificar o paciente com a neuralgia pós-herpética.
- Reconhecer o paciente com a infecção pelo papiloma vírus (HPV).
- Identificar os tipos de verrugas.
- Descrever as manifestações clínicas e o tratamento das verrugas.
- Reconhecer as verrugas genitais (condiloma acuminado) no paciente.

Referências bibliográficas

1-SAMPAIO, S.A.P.; RIVITTI, E.A. Dermatologia de Sampaio e Rivitti. 4 ed. São Paulo: Artes Médicas, 2018. Disponível em : <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/books>

2-David, A. R.; Dermatologia. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017 Disponível em : <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/books>



PIODERMITES

Seminário 5

As infecções bacterianas da pele podem representar um processo patogênico cutâneo primário ou uma manifestação cutânea secundária à infecção inicial de outro órgão. Neste seminário abordaremos as infecções bacterianas mais comuns da pele.

Caso clínico 1:

Paciente, 67 anos, leucoderma, apresentando dor, eritema e edema na perna esquerda iniciados há 3 dias. Ao exame, observa-se hiperkeratose subungueal e maceração interdigital nos pés.



Caso clínico 2

Paciente feminina, 35 anos, apresentando duas lesões ulceradas no couro cabeludo. Ela relata que as lesões começaram como uma pequena protuberância que foi aumentando de tamanho ao longo de duas semanas. A paciente menciona ter estado em uma área rural recentemente. Ao exame físico, observa-se em ambas as lesões pequena abertura central com eliminação de secreção serosa.



Objetivos

- Identificar as síndromes de infecção bacteriana da pele no paciente.
- Definir a etiopatogênese da infecção bacteriana da pele.
- Reconhecer o paciente com erisipela.
- Determinar a etiopatogênese, descrever o quadro clínico e o tratamento da erisipela.

- Diferenciar os tipos de Impetigos.
- Descrever as manifestações clínicas, as complicações, os diagnósticos diferenciais e o tratamento dos Impetigos.
- Reconhecer o paciente com miiase furunculóide
- Determinar a etiopatogênese, descrever o quadro clínico e o tratamento da miiase furunculóide.
- Analisar o exame bacteriológico nas piodermites.

Referências bibliográficas

1-SAMPAIO, S.A.P.; RIVITTI, E.A. Dermatologia de Sampaio e Rivitti. 4 ed. São Paulo: Artes Médicas, 2018. Disponível em : <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/books>

2-David, A. R.; Dermatologia. 7. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017.
Disponível em : <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/books>



TREINAMENTO DE HABILIDADES



ANAMNESE DERMATOLÓGICA

TH 1

A anamnese do paciente dermatológico é orientada pelo exame físico, entretanto apresenta composição semelhante às demais. A anamnese irá construir o perfil evolutivo e o contexto do quadro que se observa. E, a partir do somatório das informações da anamnese e do exame físico, o médico assistente construirá suas hipóteses e determinará condutas, propedêuticas ou terapêuticas.

33

Objetivos

- Desenvolver a habilidade de realizar a anamnese dirigida para as doenças dermatológicas.
- Conhecer as particularidades da anamnese do paciente dermatológico.
- Praticar a realização da anamnese em pacientes com doenças dermatológicas.

Referências bibliográficas

1-SAMPAIO, S.A.P.; RIVITTI, E.A. Dermatologia de Sampaio e Rivitti. 4 ed. São Paulo: Artes Médicas, 2018. Disponível em : <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/books>

2-David, A. R.; Dermatologia. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017.
Disponível em : <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/books>



LESÕES ELEMENTARES

TH 2

As lesões elementares são as letras do alfabeto dermatológico. Assim como da união de letras formam-se palavras e, destas, as frases, da combinação de lesões elementares surgem os sinais morfológicos que caracterizam as síndromes e afecções.

Este treinamento constituirá de estudo em grupo com revisão das lesões elementares, abordando suas principais características. E a partir daí, identificarmos a(s) doença(s) cutânea(s) mais comum(s) que se apresenta(m) daquela forma (de acordo com a lesão elementar em questão). Enfatizaremos algumas doenças comuns na prática dermatológica, levando em consideração a lesão elementar, a forma de apresentação, sintomas etc.

34

Objetivos

- Conhecer as lesões elementares da pele, associando algumas às doenças comuns na forma de apresentação.
- Identificar as características do exame físico dermatológico.
- Reconhecer a importância do exame físico na dermatologia.

Referências bibliográficas

1-SAMPAIO, S.A.P.; RIVITTI, E.A. Dermatologia de Sampaio e Rivitti. 4 ed. São Paulo: Artes Médicas, 2018. Disponível em : <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/books>

2-David, A. R.; Dermatologia. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017.
Disponível em : <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/books>



LESÕES ELEMENTARES + TÉCNICAS SEMIÓTICAS

TH 3

Como o conteúdo da semiologia dermatológica é extenso e devido à sua grande importância na formação do médico generalista, bem como por se tratar a dermatologia de uma especialidade que se baseia no reconhecimento de padrões, constituir-se-á este treinamento em um estudo em grupo nos moldes do realizado no TH2 de forma a complementar sua abordagem.

35

Objetivos

- Reconhecer as lesões elementares da pele, associando algumas às doenças comuns na forma de apresentação.
- Compreender as principais técnicas semióticas utilizadas na avaliação dermatológica.

Referências bibliográficas

- 1-SAMPAIO, S.A.P.; RIVITTI, E.A. Dermatologia de Sampaio e Rivitti. 4 ed. São Paulo: Artes Médicas, 2018. Disponível em : <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/books>
- 2-David, A. R.; Dermatologia. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017. Disponível em : <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/books>



DERMATOLOGIA CIRÚRGICA + CASOS CLÍNICOS

TH 4

Este treinamento se constituirá como estudo em grupo nos moldes do realizado no TH2 e TH3, de forma a complementar sua abordagem.

Objetivos

- Reconhecer as lesões elementares da pele, associando algumas às doenças comuns na forma de apresentação

36

Referências bibliográficas

1-SAMPAIO, S.A.P.; RIVITTI, E.A. Dermatologia de Sampaio e Rivitti. 4 ed. São Paulo: Artes Médicas, 2018. Disponível em : <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/books>

2-David, A. R.; Dermatologia. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017.
Disponível em : <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/books>

PRÁTICAS DE LABORATÓRIO

PRÁTICA DE LABORATÓRIO 1 (PL1)

A pele é um dos maiores órgãos do corpo humano, correspondendo a 16% de seu peso. Recobre o corpo, protegendo-o da perda excessiva de água, do atrito e dos raios ultravioleta do sol. Recebe estímulos do ambiente e colabora com os mecanismos para regular sua temperatura.

Objetivos

- Reconhecer os principais aspectos da função, histologia e fisiologia da pele.
- Reconhecer as principais características das lesões elementares da pele (nomenclatura clínica).
- Reconhecer a nomenclatura anatomopatológica das alterações microscópicas observadas na dermatopatologia.
- Reconhecer as principais características gerais e morfológicas (macro e microscópicas) da psoríase, dos eczemas, dos pênfigos, do líquen plano, do lúpus eritematoso e do eritema multiforme.

38

Referências bibliográficas

1-BRASILEIRO FILHO, G. Bogliolo Patologia Geral. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/books>

2-KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul; ASTER, Jon. Robbins & Cotran Patologia: bases patológicas das doenças. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2016. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/books>

1. ASPECTOS HISTOLÓGICOS DA PELE

Epiderme

É formada por camadas de células sobrepostas, sendo que as células superficiais são achatadas e compõem uma camada rica em ceratina (epitélio estratificado pavimentoso ceratinizado). Sua espessura varia de acordo com a região do corpo.

Camada basal: também chamada de camada germinativa, é formada por células prismáticas ou cuboides, que se dividem por mitose e são as responsáveis por renovar as células da epiderme.

Camada espinhosa: é formada por células cuboidais e apresentam projeções citoplasmáticas que ancoram as células umas às outras, proporcionando resistência ao atrito.

Camada granulosa: as células são poligonais, mais achatadas, têm grânulos grosseiros em seu citoplasma (querato-hialina) que são precursores da ceratina do estrato córneo.

Camada superficial (córnea): A camada mais superficial é fina, formada por células em forma de placa, os ceratinócitos, que correspondem à camada córnea, formada por células mortas e achatadas que se dispõem como placas empilhadas.

Derme

É o tecido conjuntivo sobre o qual se apoia a epiderme, de espessura variável, atingindo o máximo de 3 mm nas plantas dos pés. O limite da derme com a epiderme é formado por saliências, as papilas dérmicas, que correspondem a reentrâncias na epiderme.

2. PRINCIPAIS LESÕES ELEMENTARES DA PELE (NOMENCLATURA CLÍNICA)

Mácula	alteração da coloração normal da pele.
Pápula	lesão sólida elevada com até 1,0 cm de diâmetro.

Nódulo	lesão sólida elevada com mais de 1,0 cm de diâmetro.
Placa	lesão sólida plana ou levemente elevada com mais de 1,0 cm de diâmetro.
Cisto	cavidade contendo fluido ou material sólido e revestida por epitélio.
Vesícula	elevação circunscrita repleta de líquido, com até 1,0 cm de diâmetro
Bolha	elevação circunscrita repleta de líquido, com mais de 1,0 cm de diâmetro.
Pústula:	coleção localizada de pus com até 1,0 cm (com mais de 1,0 cm = abscesso).
Telangiectasia	dilatação de capilares, vênulas ou arteríolas, que se tornam visíveis na superfície cutânea.
Crosta:	placa irregular superficial que se forma pelo ressecamento de exsudato composto por células e serosidade.
Liquenificação	pele áspera e espessa, com acentuação dos sulcos cutâneos, dando aspecto quadriculado (associa-se a fricção).

3. DEFINIÇÕES DE TERMOS MICROSCÓPICOS APLICADOS À DERMATOPATOLOGIA

Hiperceratose	aumento da espessura da camada córnea. É ortoceratótica quando totalmente cornificada.
Acantose	aumento da espessura da camada espinhosa
Hipergranulose:	é o aumento do número de células da camada granulosa.
Atrofia	é a redução das células espinhosas com adelgaçamento da epiderme e retificação dos cones epiteliais.
Paraceratose:	ocorre quando núcleos picnóticos são retidos na camada córnea hiperceratótica. Geralmente há diminuição ou ausência da camada granulosa.
Espongiose	edema intercelular na epiderme – edema entre as células espinhosas, podendo resultar na formação de vesículas intra-epidérmicas.
Disceratose	ceratinização anormal que ocorre prematuramente dentro de um grupo de células.
Exocitose	infiltração da epiderme por células inflamatórias ou células sanguíneas.
Erosão	descontinuidade da pele, com perda incompleta da epiderme.
Acantólise	é a perda de coesão entre as células espinhosas, com formação de clivagens, vesículas ou bolhas intra-epidérmicas
Alteração vacuolar da camada basal	consiste em espaços mínimos acima e abaixo da membrana basal, na junção dermo-epidérmica. A confluência destes espaços pode levar à formação de clivagens na junção dermo-epidérmica.
Infiltrado celular	pode ser monomórfico, linfocitário ou liquenoide (em faixa). Quando o infiltrado é bem circunscrito, recebe a denominação de nodular.
Papilomatose:	é a projeção das papilas dérmicas em direção à superfície cutânea
Transformação (degeneração do colágeno):	alterações estruturais e tintoriais do colágeno. Pode ocorrer hialinização ou transformação basofílica.
Hialinização do colágeno	confluência das fibras e aumento da eosinofilia do colágeno.
Fibrose	aumento dos fibroblastos e colágeno

4. DERMATOSES INFLAMATÓRIAS E DOENÇAS BOLHOSAS

4.1. ECZEMA - DERMATITE DE CONTATO ALÉRGICA

Processo inflamatório induzido pelo contato direto de uma substância na pele de um indivíduo previamente sensibilizado. A reação cutânea só ocorre após re-exposição a esta substância.

Pode ser aguda, subaguda e crônica e se apresentar sob a forma de máculas, placas, vesículas ou bolhas.

Alguns exemplos de substâncias que causam dermatite de contato alérgica são: borrachas e substâncias químicas em perfumes, enquanto que ácidos, solventes e óleos de máquina constituem exemplos de substâncias que podem causar dermatite de contato por irritante primário.

Constitui aspecto importante para o diagnóstico clínico a observação da distribuição das lesões que reflete o contato de um determinado alérgeno. As lesões regredem após a retirada do alérgeno em semanas, independente da extensão e gravidade das lesões. Se persistir o alérgeno, o prurido poderá levar a fricção persistente e evoluir para líquen simples crônico. A dermatite de contato alérgica depende de mecanismo imune, a irritante não.

Aspectos histopatológicos: caracteriza-se por espongiose, que produz espaços alargados dentro da epiderme, podendo ocorrer formação de vesículas intra-epidérmicas. É comum a presença de um infiltrado inflamatório linfocítico perivascular na derme superficial, associado a edema.

4.2. PSORÍASE

A psoríase é uma dermatose inflamatória crônica, caracterizada pela presença de placas bem demarcadas, róseas ou cor de salmão, recobertas por escamas “prateadas”. As lesões tendem a apresentar uma distribuição simétrica nas superfícies extensoras das extremidades, especialmente joelhos e cotovelos. Outros sítios de lesões são: couro cabeludo, região lombossacral, unhas e membranas mucosas.

Aspectos histopatológicos: caracteriza-se por apresentar paraceratose difusa, camada granulosa ausente ou diminuída, acantose com alongamento uniforme das porções interpapilares, que são arredondadas na sua porção distal, edema e ectasia papilar, achatamento das porções suprapapilares do epitélio, pústulas espongiiformes e microabscessos de Munro, que consistem em acúmulo de neutrófilos localizados no estrato córneo paraceratótico.

4.3. LÍQUEN PLANO

Refere-se à erupção subaguda ou crônica de pequenas pápulas poligonais, brilhantes, violáceas, pruriginosas, localizadas preferencialmente nas faces de flexão dos punhos, antebraços e pernas. As mucosas são comumente atingidas, podendo ser uma manifestação isolada da doença. As lesões tendem a persistir durante meses. Algumas variantes da doença são: líquen plano hipertrófico (lesões verrucosas), líquen plano vesicular (vesículas) e líquen plano penfigoide (bolhas).

Aspectos histopatológicos: caracteriza-se por hiperkeratose, hipergranulose e extremidades interpapilares alongadas e afiladas (“dentes de serra”). Presença de infiltrado inflamatório em faixa, junto à epiderme e bem demarcado no seu limite inferior. As células inflamatórias podem invadir a parte inferior da epiderme. Frequentemente a camada basal fica apagada, com limites da junção dermo-epidérmica imprecisos.

4.4. LUPUS ERITEMATOSO

Existem duas formas de lupus eritematoso: sistêmico e discoide. Trata-se doença auto-imune clinicamente heterogênea, ocorrendo sobretudo no sexo feminino. Manifesta-se sob a forma de placas ou máculas eritematosas, com descamação e atrofia central. As lesões podem ser arredondadas e bem delimitadas (discoide). Localizam-se preferencialmente na face (região malar e dorso do nariz), couro cabeludo, orelhas, lábios, pescoço.

Aspectos histopatológicos: caracteriza-se por hiperkeratose com tampões córneos foliculares, atrofia com retificação da camada espinhosa, degeneração hidrópica da camada basal e infiltrado inflamatório mononuclear perivascular e perianexial, superficial e profundo.

4.5. ERITEMA MULTIFORME

Síndrome caracterizada por lesões eritematosas e exsudativas eritematopapulosas e vesicobolhosas, que tendem a confluir em placas ou anéis de distribuição concêntrica. Acomete habitualmente dorso das mãos, antebraços, nuca e região esternal. A maioria dos casos tem

relação etiológica com infecção presente ou passada pelo vírus do herpes simples tipo 1 ou 2 e eventualmente por Mycoplasma sp. Muitas outras infecções ou uso de certos medicamentos também podem estar envolvidos no desenvolvimento das lesões.

Aspectos histopatológicos: caracteriza-se por vacuolização da camada basal, infiltrado linfóide ao longo da junção dermoepidérmica e superficial perivascular, espongirose, exocitose e necrose de ceratinócitos isolados.

4.6. PÊNFIGO

Pênfigo é uma doença bolhosa auto-imune que resulta da perda da integridade da adesão intercelular normal dentro da epiderme e epitélio mucoso. Existem vários tipos: pênfigo vulgar, pênfigo vegetante, pênfigo foliáceo, pênfigo crônico familiar benigno.

O pênfigo foliáceo endêmico é frequente no Brasil; endêmico nos estados de SP, MG, MT e GO. Caracteriza-se por extensa esfoliação decorrente de ruptura precoce das bolhas, eritema, exsudação e formação de crostas. Nos casos antigos pode ocorrer hiperpigmentação e aspecto verrucoso. Não há acometimento da mucosa oral. O tronco constitui o principal sítio acometido. Aspectos histopatológicos: a clivagem ocorre na camada granulosa, logo abaixo do estrato córneo, levando a um teto que se rompe facilmente.

O pênfigo vulgar acomete, sobretudo indivíduos adultos. Geralmente a doença inicia-se na boca e, semanas a meses depois, surgem lesões bolhosas na pele. As lesões cutâneas aparecem como bolhas frágeis e flácidas na pele normal ou eritematosa. Aspectos histopatológicos: formam-se clivagens e bolhas suprabasais contendo células acantolíticas em grupos ou isoladas na luz.

Apresentação e discussão do caso clínico

Paciente do sexo feminino, 38 anos, faxineira, refere pele seca, coceira e descamação nas mãos há 6 meses.

Objetivos

Reconhecer as principais características gerais, clínicas, fisiopatológicas e morfológicas (macro e microscópicas) da hanseníase e de suas formas.

PRÁTICA DE LABORATÓRIO 2 (PL2)

Patologia das principais dermatoses infecciosas com resposta inflamatória

Objetivos:

- Reconhecer as principais características gerais, clínicas, fisiopatológicas e morfológicas (macro e microscópicas) da leishmaniose tegumentar e de suas formas.
- Reconhecer as principais características gerais, clínicas e morfológicas (macro e microscópicas) das verrugas virais, da infecção pelo herpes vírus e do molusco contagioso.

Referências bibliográficas

1-BRASILEIRO FILHO, G. Bogliolo Patologia Geral. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/books>

2-KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul; ASTER, Jon. Robbins & Cotran Patologia: bases patológicas das doenças. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2016. Disponível em: <<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/books>

42

1-HANSENÍASE

Introdução

É uma doença infecciosa causada pelo *Mycobacterium leprae*, que compromete a pele e os nervos periféricos, de evolução crônica e interrompida por surtos reacionais. O contágio ocorre de indivíduo para indivíduo, através de áreas lesadas da pele e mucosas e vias aéreas superiores. A resistência do indivíduo à infecção pelo bacilo é verificada pelo teste intradérmico de Mitsuda que, quando positiva, indica resistência à infecção. O indivíduo infectado, na dependência de sua resistência natural, pode desenvolver uma das formas da doença. O índice baciloscópico é outro teste utilizado, sendo quantitativo e determinado pela contagem bacilar em campos microscópicos. O índice varia de 0 a 6,0, dependendo do número de bacilos por campos microscópicos.

Classificação

Nos anos sessenta, Ridley e Jopling propuseram uma classificação espectral da hanseníase:

Forma indeterminada

Manifesta-se como máculas hipocrômicas e com alterações da sensibilidade. Surgem geralmente em indivíduos que convivem diretamente com pacientes bacilíferos. As lesões podem permanecer estáveis, regredir ou evoluir para outras formas. A baciloscopia é negativa e o teste de Mitsuda é positivo ou negativo. Histologia: infiltrado inflamatório mononuclear focal em torno de vasos, anexos e filetes nervosos.

Forma tuberculoide

Deriva da evolução lenta ou rápida do tipo indeterminado. A lesão característica é a lesão “em raquete”, que se caracteriza por placa infiltrada da qual emerge filete nervoso superficial espessado. As alterações neurológicas são representadas por distúrbios sensoriais, tróficos e vasomotores. A baciloscopia geralmente é negativa e o teste de Mitsuda é positivo. Histologia: aglomerados de granulomas, sobretudo em torno de glândulas sudoríparas, vasos, nervos e músculos.

Forma virchowiana Caracteriza-se por nódulos e placas extensas, infiltradas. Pode haver também acometimento sistêmico, devido à disseminação hematogênica e linfática do agente. Nesta forma da doença, os macrófagos do indivíduo são incapazes de destruir o bacilo, permitindo sua multiplicação intracitoplasmática. Assim, estes pacientes são altamente bacilíferos e contagiosos e mostram teste de Mitsuda negativo e baciloscopia positiva. Histologia: formação de globias (aglomerados de bacilos no citoplasma dos macrófagos)

Forma dimorfa

Mostra características das formas tuberculoide e virchowiana.

A OMS, posteriormente, estabeleceu a seguinte classificação:

Pacientes paucibacilares:

Teste Mitsuda positivo e índice baciloscópico < 2

Pacientes multibacilares:

Teste Mitsuda negativo e índice baciloscópico ≥ 2

2-LEISHMANIOSE TEGUMENTAR

Introdução

Doença infecciosa causada por diferentes espécies de *Leishmania* e transmitida por flebotomíneos. Os flebotomos adquirem o parasita ao sugar a pele de mamíferos (exemplo: cão), que funcionam com reservatórios. Os insetos infectados transmitem a doença ao homem e outros vertebrados, durante a picada/sucção do sangue. A doença se caracteriza por um espectro de lesões ulceradas ou nodulares que atingem pele e mucosas.

O diagnóstico é baseado em dados clínicos, sorológicos e parasitológicos.

Formas clínicas

As manifestações clínicas dependem da espécie do parasita e da resposta imunitária do hospedeiro e são as seguintes:

Leishmaniose cutânea

No local da picada do inseto forma-se uma pápula que se transforma em nódulo e depois ulcera. A lesão ocorre em áreas expostas da pele e mostra aspecto crateriforme, úmido, indolor, com bordas elevadas bem definidas e fundo plano recoberto por crosta. Esta é considerada a forma localizada da leishmaniose cutânea.

Leishmaniose cutânea disseminada

Na forma disseminada, há um grande número de lesões, caracterizadas por pápulas e pequenas úlceras disseminadas pelo corpo. Deve-se provavelmente à disseminação hematogênica do parasita.

Leishmaniose mucocutânea

Forma grave e desfigurante da leishmaniose. A infecção de mucosas pode coincidir ou se seguir a infecção da pele, podendo surgir até anos após a cicatrização da úlcera. O local mais atingido é a mucosa do nariz e a sintomatologia mais comum é a obstrução nasal. Podem ser observados eritema, pequenas lesões vegetantes, placas granulomatosas, pontos esbranquiçados, erosões, ulcerações e perfurações. Destruição completa do septo nasal causa desabamento do nariz para frente e para baixo (nariz de “anta ou tapir”)

Leishmaniose cutânea difusa

Forma rara, que ocorre em paciente com imunidade deficiente a antígenos de *Leishmania*. Caracteriza-se pela presença de nódulos e placas disseminados pelo corpo, não-ulcerados

Aspectos histopatológicos:

Nas formas cutânea e mucocutânea são observados infiltrado inflamatório predominantemente de macrófagos, granulomas, vasculite, necrose caseosa e fibrinoide. Os macrófagos contêm quantidade variável de parasitas (tendência de diminuir a quantidade de parasitas à medida que a lesão se cronifica).

Na forma difusa, há um infiltrado inflamatório rico em macrófagos, que estão repletos de formas amastigotas de Leishmania.

3-LESÕES CAUSADAS POR VÍRUS

VERRUGA VULGAR

Trata-se de proliferação epidérmica benigna na pele e mucosas, causadas por diversos tipos do papiloma vírus humano (HPV). Aparece como pápulas hiperkeratóticas isoladas ou agrupadas. Localiza-se preferencialmente no dorso das mãos, dedos e joelhos de crianças.

Aspectos histopatológicos: incluem acantose, papilomatose, hiperqueratose e parakeratose. As células da camada granulosa mostram grânulos de cerato-hialina grumosos e grosseiros.

INFECÇÕES PELOS HERPESVÍRUS

Herpes simplex: lesões causadas pelos vírus herpes simplex (HSV1 e HSV2) caracterizam-se por um ou vários grupos de vesículas sobre base eritematosa. A primoinfecção ocorre geralmente em crianças (quando em adultos, geralmente é por contato sexual) e pode ser subclínica. Após infecção primária, o vírus pode ficar em estado de latência nos gânglios de nervos cranianos ou da medula. Posteriormente, por estímulo variável, o vírus migra pelo nervo periférico e retorna à pele ou às mucosas, produzindo o herpes recidivante.

Herpes zoster: erupção vesicobolhosa causada pelo Herpesvirus varicellae (HHV3). Na infância, leva ao quadro clínico de varicela. Após esta infecção, o vírus caminha pelos nervos periféricos até se instalar nos gânglios nervosos, neles podendo permanecer latente por toda a vida. Frente a estímulos diversos, pode retornar à pele, provocando o quadro de herpes zoster. Este é caracterizado pela presença de vesículas dispostas em grupos no trajeto de nervos sensitivos.

Aspectos histopatológicos: a lesão consiste em uma vesícula intra-epidérmica resultante da degeneração das células espinhosas. As células degeneradas são grandes, uni ou multinucleadas, acantolíticas, com citoplasma eosinofílico homogêneo. Nestas células, encontram-se pequenos corpúsculos eosinofílicos de inclusão do vírus, intranucleares.

MOLUSCO CONTAGIOSO

Dermatose causada por um vírus do grupo poxvirus. Em crianças, as lesões predominam em áreas expostas e em adultos, nas áreas genitais (transmissão por contato sexual). A doença manifesta-se por pequenas pápulas com umbilicação central.

Aspectos histopatológicos: hiperplasia da camada espinhosa, cujas células sofrem uma degeneração que se acentua progressivamente da camada basal até a córnea. Estas células tornam-se basofílicas e aumentam de volume à medida que se aproximam da superfície.

Apresentação e discussão do caso clínico

Paciente sexo masculino, com queixa de placa eritematosa, “infiltrada” na região da face, havendo área espessada adjacente, compatível com nervo. Antes da lesão atual havia, no mesmo local, mácula hipocrômica anestésica. Reside com irmão que foi submetido a tratamento de hanseníase recentemente.



PRÁTICA DE LABORATÓRIO 3 (PL3)

Principais tumores epidérmicos não melanocíticos

Objetivos

- Reconhecer as principais características gerais, clínicas, fisiopatológicas e morfológicas (macro e microscópicas) da ceratose seborreica, do pólio fibroepitelial, do ceratoacantoma, da ceratose actínica, do carcinoma escamoso *in situ*.
- Reconhecer as principais características gerais, clínicas e morfológicas (macro e microscópicas) do carcinoma de células escamosas invasor e do carcinoma basocelular.

Referências bibliográficas

1-BRASILEIRO FILHO, G. Bogliolo Patologia Geral. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/books>

2-KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul; ASTER, Jon. Robbins & Cotran Patologia: bases patológicas das doenças. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2016. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/books>

1.CERATOSE SEBORREICA

Lesão frequente que surge em adultos e idosos, podendo ser encontrada em qualquer parte do corpo, exceto palmas e plantas. Caracteriza-se por lesões circunscritas, elevadas, pardo-escuras, com superfície rugosa, coberta por escamas gordurosas.

Aspectos histopatológicos: a lesão exibe proliferação de células basaloides (sem atipias), com formação de pseudo-cistos córneos.

2.PÓLIO FIBROEPITELIAL (fibroma mole ou acrocórdon)

Lesão detectada geralmente como achado incidental em indivíduos idosos ou de meia-idade.

Aspectos histopatológicos: lesão com eixo conjuntivo-vascular, recoberta por epitélio escamoso benigno, sinuoso.

3.CERATOACANTOMA

Aparece geralmente como lesão única, sob a forma de um nódulo globoso, com cratera central cheia de ceratina. Cresce em um a três meses. Pode regredir espontaneamente em três a seis meses. Localizam-se preferencialmente em áreas expostas, como a face, pescoço e dorso das mãos.

Aspectos histopatológicos: caracteriza-se por uma cratera preenchida por ceratina, circundada por hiperplasia de células escamosas. As células podem exibir atipias reativas. É comum um infiltrado inflamatório na derme. O diagnóstico diferencial deve ser feito com carcinoma de células escamosas.

4.CERATOSE SOLAR (ACTÍNICA)

Geralmente acomete indivíduos de meia idade ou idosos e surge em áreas expostas ao sol. Resulta do efeito cumulativo da radiação ultra-violeta durante a vida. As lesões aparecem sob a forma de placas recobertas por escamas secas, aderentes e pardacentas. Localizam-se preferencialmente no dorso das mãos e face.

Aspectos histopatológicos: as lesões mostram um desarranjo das células escamosas no terço inferior da epiderme e atipias nucleares caracterizadas por hipercromasia, irregularidade do volume e forma do núcleo. Podem coexistir disceratose e aumento do número de mitoses. Na derme, é comum a presença de infiltrado inflamatório mononuclear e elastose.

5. DOENÇA DE BOWEN

Consiste de neoplasia intra-epitelial de células escamosas (carcinoma “*in situ*”). Pode evoluir para carcinoma escamoso invasor e dar metástases. Apresentam-se sob a forma de placas avermelhadas, foscas, com contorno irregular, cobertas de escamas ou crostas.

Aspectos histopatológicos: caracteriza-se pela presença de células atípicas que ocupam toda a espessura do epitélio. Podem apresentar várias figuras de mitoses. A membrana basal é íntegra.

6. CARCINOMA BASOCELULAR

Tumor de crescimento lento, que raramente origina metástases. Localiza-se em áreas expostas ao sol. Pode ulcerar e provocar invasão local. Apresenta-se como pápula perolada com frequentes vasos subepidérmicos dilatados (telangiectasia). Pode ser pigmentado e simular melanoma ou nevo melanocítico.

Aspectos histopatológicos: o tumor é formado por células basaloídes dispostas em ninhos, cordões e massas, com disposição celular em paliçada na periferia. É frequente a presença de fendas artefatuais ao redor das massas celulares. O estroma pode apresentar aspecto mucinoso.

7. CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS (ESPINOCELULAR OU EPIDERMÓIDE)

É o tumor mais comum em pessoas idosas. Localiza-se principalmente em sítios expostos ao sol, como a face e dorso das mãos. Apresenta-se geralmente como lesão nodular, podendo ulcerar. Existem diversas variantes, tais como as formas vegetante, infiltrante e ulcerada.

Aspectos histopatológicos: existe a formação de massas irregulares de células escamosas que crescem em direção à derme. O número de células atípicas é variável. Em tumores pouco diferenciados, há diversas células escamosas atípicas, com hipercromasia nuclear, ceratinização individual e figuras de mitoses atípicas. Por outro lado, em tumores bem diferenciados há poucas células escamosas atípicas, formação de pérolas córneas e raras figuras de mitose atípica.

Apresentação e discussão do caso clínico

Paciente apresentando lesão nodular no nariz há 8 anos. Nega prurido, sangramento e crescimento recente da lesão. As figuras abaixo ilustram respectivamente os aspectos morfológicos e histopatológicos da lesão.

PRÁTICA DE LABORATÓRIO 4 (PL4)

Nevos melanocíticos e melanoma

Objetivos

- Reconhecer as principais características gerais, clínicas, fisiopatológicas e morfológicas (macro e microscópicas) dos nevos melanocíticos intradérmicos, juncionais, compostos e displásicos.
- Reconhecer as principais características gerais, clínicas, fisiopatológicas e morfológicas (macro e microscópicas) dos melanomas e seus subtipos.
- Reconhecer a classificação dos melanomas de acordo com seus padrões de crescimento (radial e vertical) e de acordo com os Sistemas de Clark e Breslow.

48

Referências bibliográficas

1-BRASILEIRO FILHO, G. Bogliolo Patologia Geral. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/books>

2-KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul; ASTER, Jon. Robbins & Cotran Patologia: bases patológicas das doenças. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2016. Disponível em: <<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/books>

1.NEVOS MELANOCÍTICOS

Refere-se a quaisquer tumores congênitos ou adquiridos que se originam de melanócitos. Consistem em elevações cutâneas com superfície lisa ou verrucosa, e de consistência macia. Geralmente são lesões pequenas (menor que 6 mm), com pigmentação uniforme e contorno bem definido. Existem os nevos melanocíticos do tipo juncional, composto e intradérmico, bem como outros tipos de nevos, tais como nevo halo, nevo azul e nevo de Spitz.

Aspectos histopatológicos: os nevos melanocíticos são formados por células ovais ou redondas que crescem em ninhos (células névicas). São células monomórficas, às vezes multinucleadas, com citoplasma homogêneo e núcleo pálido. Podem apresentar pigmento melânico. As células localizadas mais superficialmente tendem a apresentar vários grânulos de melanina e citoplasma abundante. As células localizadas na derme inferior tendem a ser alongadas, semelhantes a fibroblasto e podem apresentar diferenciação neural. Os nevos podem ser classificados, ao estudo microscópico em:

Nevo melanocítico intradérmico: os ninhos ou massas de células névicas estão localizados na derme.

Nevo juncional: as células névicas localizam-se na junção dermo-epidérmica.

Nevo composto: as células névicas localizam-se na junção dermo-epidérmica e na derme.

2.MELANOMA MALIGNO

Consiste em neoplasia maligna relativamente comum. A maioria ocorre na pele, no entanto, outros sítios podem ser acometidos como a mucosa oral e ano-genital, esôfago e olho. A exposição à luz solar desempenha papel importante na origem do tumor. A lesão apresenta as seguintes características clínicas: assimetria, bordas irregulares e “entalhadas”, cor variável (negro, marrom, vermelho, azul-escuro), diâmetro >6,0 mm. São sinais clínicos de alerta a presença de alterações em uma lesão pigmentada prévia e o surgimento de lesão pigmentada recente na vida adulta. De acordo com o padrão de crescimento, os melanomas podem ser classificados em duas fases: de crescimento radial ou “*in situ*” e de crescimento vertical ou invasivo.

Formas clínicas

Melanoma lentigo maligno: desenvolve-se em pele cronicamente lesada pelo sol em indivíduos idosos. Acomete principalmente região malar, nariz e fronte. Apresenta-se como mácula plana com bordas irregulares e pigmentação variável, com crescimento gradual.

Melanoma maligno extensivo superficial: forma mais comum de melanoma. As sedes mais afetadas são a perna em mulheres e dorso em homens. As lesões mostram variações de tonalidade da cor e de saliência sobre a pele.

Melanoma nodular: não tem crescimento radial e apresenta-se como tumoração elevada, intensamente pigmentada, que cresce com rapidez e se ulcera.

Melanoma acral lentiginoso: é o tipo mais comum de melanoma em afro-descendentes. A lesão surge nas palmas e plantas, áreas ungueais e peri-ungueais.

Aspectos histopatológicos: as células do melanoma são maiores que as células névicas. Apresentam núcleos grandes, contorno irregular, nucléolo proeminente eosinofílico e cromatina aderida à membrana nuclear.

Estadiamento

A profundidade de invasão pelas células tumorais e a espessura do tumor têm valor prognóstico. De acordo com a profundidade, são considerados os seguintes níveis Níveis de Clarck: I- Intraepidérmico (in situ); II-Derme papilar; III-Derme papilar até limite reticular; IV-Derme reticular; V-Gordura subcutânea.

Nos anos 70, Breslow avaliou os melanomas pela espessura, concluindo que tumores com menos de 0,76mm não dão metástases.

Outros fatores prognósticos são: estadiamento, tamanho, tipo clínico, número de mitoses, presença de ulceração, entre outros.

As metástases ocorrem pelas vias linfáticas e sanguíneas (fígado, pulmões, pele, trato gastrointestinal, osso e SNC).

Apresentação e discussão do caso clínico

Paciente sexo masculino, com queixa de lesão pigmentada no antebraço direito, a qual é representada pelas figuras abaixo.

PROJETOS EM EQUIPE

PROJETO EM EQUIPE

Blocos 7º p
2025/1

A alfabetização científica abrange uma série de competências que influenciam a tomada de decisões médicas. A literacia científica envolve não apenas a compreensão de conceitos científicos, mas também a capacidade de avaliar criticamente a informação científica e aplicá-la em contextos de saúde. Essa alfabetização é essencial tanto para profissionais de saúde, embora afete também os pacientes, pois afeta diretamente a qualidade das decisões tomadas em relação às intervenções e tratamentos de saúde, reduzindo mal-entendidos e melhorando a adesão aos planos de tratamento (Baska & Šliž, 2019). Profissionais de saúde que são cientificamente alfabetizados podem utilizar revisões sistemáticas e diretrizes clínicas para otimizar o atendimento ao paciente, desenvolvendo a prática baseada em evidências (Inadomi, 2022).

A literacia científica tem como um de seus componentes a compreensão dos processos científicos, que envolve a familiaridade com a forma como a pesquisa científica é conduzida, permitindo que os indivíduos avaliem a validade das informações de saúde (Snow & Dibner, 2016). Um outro componente é o desenvolvimento de habilidades de avaliação crítica, que envolve a capacidade de analisar e interpretar dados científicos para tomar decisões médicas informadas (Bingle & Gaskell, 1994).

Dessa forma, o novo Projeto em Equipe passa a ter como foco a literacia científica dos futuros médicos, possibilitando que os mesmos compreendam aspectos da metodologia científica e das evidências em saúde.

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

1o rodízio

Objetivo geral

Rever as principais características de um ECR e conhecer as suas medidas de estimativa de efeito

Objetivos específicos

Analisar criticamente um ensaio clínico randomizado (ECR)

Identificar os principais riscos de viés de um ECR

Rever conceitos básicos de estatística aplicada à ensaios clínicos

Calcular e interpretar as estimativas de efeito nos ECR – risco relativo, risco absoluto, NNT, redução absoluta e relativa do risco, NNH

Entender a aplicabilidade das estimativas de efeito na tomada de decisão clínica.

52

2o rodízio

Objetivo geral:

Conhecer a avaliação de qualidade da evidência em saúde

Objetivos específicos:

Definir níveis de evidência

Conhecer o sistema GRADE e sua aplicabilidade

Discutir os fatores que podem reduzir o nível da evidência, de acordo com o sistema GRADE

Rever os principais riscos de viés de um ECR e conhecer a importância da avaliação deles para a classificação do nível de evidência

Definir imprecisão

Definir inconsistência

Definir evidência indireta

Definir viés de publicação

Discutir os fatores que podem aumentar o nível da evidência, de acordo com o sistema GRADE

Definir gradiente dose-resposta

Definir grande magnitude do efeito

Definir fatores de confusão residual

Identificar os aspectos relacionados à elaboração das recomendações de acordo com sistema GRADE

Classificar a força de recomendação

Determinar os fatores que influenciam na elaboração das recomendações

3o rodízio

Objetivo geral:

Aprender a elaborar um relato de caso utilizando o modelo Case Report Guidelines (CARE)

Objetivos específicos:

Utilizar o checklist CARE de elaboração na avaliação de relatos de casos clínicos

BIBLIOGRAFIA

Samnani, S. S., Vaska, M., Ahmed, S., & Turin, T. C. (2017). Review Typology: The Basic Types of Reviews for Synthesizing Evidence for the Purpose of Knowledge Translation. *Journal of the College of Physicians and Surgeons--Pakistan : JCPSP*, 27(10), 635–641.

SAMPAIO, Rosana Ferreira; MANCINI, Marisa Cotta. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, [s.l.], v. 11, n. 1, p. 83–89, fev. 2007. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rbfis/a/79nG9Vk3syHhnSgY7VsB6jG/#>





AMBULATÓRIOS



ORIENTAÇÕES GERAIS

O início das atividades no ambulatório marca uma nova fase na formação médica de vocês. Apesar de não serem tecnicamente os responsáveis pelas condutas assumidas, o contato direto com o paciente os torna moralmente responsáveis por eles. Esta experiência, que se estenderá pelos próximos dois anos, permitirá a base de sua formação. A convivência humana e a proximidade com o problema dos outros, rotina em nossa profissão, permitirão o desenvolvimento de sua humanidade. Não se atenha apenas às questões técnicas, como anamnese, exame físico, propedêutica e tratamento. Suas consultas serão momentos riquíssimos de convivência e compreensão do outro. O objetivo principal da Medicina é o bem estar do homem e, para atingi-lo, é preciso compreender seu paciente, suas necessidades, explícitas e ocultas, seu sofrimento e suas alegrias. Com certeza, as experiências vivenciadas no ambulatório contribuirão para seu crescimento pessoal.

55

Durante cada bloco de especialidade, com duração de cinco semanas, você terá ambulatório três vezes por semana, sendo um ambulatório de especialidade (dermatologia), um ambulatório geral de pediatria\CLM e um de cirurgia. Os alunos devem se dividir em grupos fixos de três ou quatro, de acordo com o número total de alunos. Cada grupo ocupará o mesmo consultório durante todo o bloco. O atendimento dos pacientes será feito pelo aluno, com a presença de seus colegas. Antes de iniciar a consulta, apresente-se ao paciente, explique que o Ambulatório está ligado a Faculdade de Medicina e que você e seus colegas são alunos em treinamento. Informe que o professor fará a supervisão de todo o atendimento realizado. A anamnese deve ser realizada por apenas um aluno, mas todos devem permanecer no consultório e fazer suas anotações para treinamento. As perguntas dos outros alunos devem ser realizadas ao término da entrevista. Ao final da anamnese, avise o professor para que ele possa repassar a história clínica do paciente e acompanhar o exame físico.

O ambulatório de dermatologia ocorrerá nas segundas – feiras, quartas-feiras e quinta-feira à tarde. O ambulatório de cirurgia ocorrerá nas segundas-feiras, quartas-feiras e quintas-feiras à tarde. Os ambulatórios de pediatria e clínica médica ocorrerão às segundas –feiras nas UBS.

Normas:

- É obrigatório o uso de jaleco durante todo o período em que permanecer no ambulatório.
- É proibido o uso de bermudas, shorts e saias curtas.
- A postura dos alunos que estão acompanhando a consulta deve ser de máximo respeito e silêncio.

Dicas:

- Faça um roteiro da anamnese para ser utilizado durante a consulta, até que você se acostume com todas as perguntas.
- Faça uma escala de atendimento de primeiras consultas e retornos de outras turmas. O aluno que realizou a primeira consulta, deve ser o responsável pelo retorno que ocorrer durante o bloco.
- Utilize as habilidades aprendidas no bloco I para desenvolver o exame clínico dos pacientes. Neste bloco você estudará os aspectos do exame clínico orientados para a consulta especializada de dermatologia.

- Aproveite a presença do preceptor para discutir os casos vistos no ambulatório. Preste bastante atenção nos casos atendidos pelos demais colegas.

Tenham um bom aproveitamento!

INSTRUMENTOS DE REFLEXÃO CLÍNICA

Estratégia de Ensino Ambulatorial

Uma das habilidades a ser desenvolvida no ensino ambulatorial é o **raciocínio clínico**, que evolui em estágios e pressupõe o uso de habilidades de pensamento com níveis progressivos de complexidade. Para favorecer o seu desenvolvimento, é desejável o uso de instrumentos educacionais que forneçam um suporte oportuno ao momento já atingido pelo estudante e oriente sua progressão.

Com esse objetivo, a estratégia de ensino ambulatorial da UNIFENAS-BH, decidiu durante o encontro com seus docentes, pelo uso de dois instrumentos avaliativos que oportunizarão a reflexão da prática clínica pelos estudantes. Estes instrumentos apresentam níveis de complexidades progressivos, favorecendo a evolução da tarefa do 5º ao 8º período.

Os estudantes do 5º e 6º período utilizarão o **Questionário de Reflexão da Prática Clínica Ambulatorial**, instrumento que exige a identificação de dados, o estabelecimento de relações e inicia as habilidades de inferências. Já os estudantes do 7º e 8º períodos utilizarão a **Planilha de Reflexão de Scripts de Doenças**, que exige uma estrutura cognitiva mais complexa. Os alunos do internato devem trabalhar com metodologias mais sintéticas, como o **SNAPPS** ou **ISBAR**, que exigem habilidades de síntese, abstração e inferência.

A recomendação é para que o estudante, ao final de cada bloco temático, entregue ao professor dos ambulatórios de especialidades, os referidos instrumentos para avaliação e *feedback*. Os estudantes deverão realizar o exercício tomando como referência um paciente que tenham atendido no ambulatório. O professor irá atribuir 10 pontos para esta avaliação. Para os ambulatórios que possuem duração semestral (clínica médica e pediatria), é possível a entrega de pelo menos duas reflexões, no valor de 5 pontos cada, contribuindo assim para uma avaliação formativa.

A seguir estão apresentados os instrumentos citados, que fazem parte da avaliação formativa do ensino ambulatorial.

PLANILHA DE REFLEXÃO DE SCRIPTS DE DOENÇAS

Aluno:	Período:	Data:	Professora:
--------	----------	-------	-------------

1) Apresentação da Vinheta Clínica do paciente atendido

--

57

2) Representação inicial do problema: *Faça um sumário do caso, usando os qualificadores semânticos jovem/idoso; agudo/crônico; difuso/localizado; leve/grave etc.)*

--

3) Planilha dos scripts dos diagnósticos diferenciais: *Informe 3 diagnósticos diferenciais para o caso apresentado na vinheta. A seguir preencha os elementos que compõem os seus scripts.*

Elementos dos Scripts	Diagnóstico 1:	Diagnóstico 2:	Diagnóstico 3:
Epidemiologia			
Tempo de Evolução			
Apresentação Clínica			
Fisiopatologia			

Compare e contraste estes scripts de doenças, reflita suas características **definidoras e discriminatórias**. Compare estas características à representação inicial do problema.

4) Exames Complementares:

Reflita sobre a justificativa da realização destes exames. Há algum exame que deveria ser solicitado?

5) Representação final do problema e diagnóstico

Orientação para o estudante: após atender o paciente, descreva sua “vinheta clínica” e a seguir informe a “representação mental” do problema do paciente. Posteriormente, identifique três diagnósticos diferenciais e compare as características discriminatórias e definidoras dos *scripts* mentais destas doenças. Descreva os exames complementares apresentados que corroboram sua hipótese diagnóstica principal e informe os exames que necessitam ser realizados para a

confirmação diagnóstica (caso necessário). Para esta atividade será interessante a escolha de um caso clínico que permita a elaboração de diagnósticos diferenciais. Converse com seu professor, ele poderá lhe auxiliar na escolha do melhor caso. Veja a seguir algumas orientações para a elaboração de uma Vinheta Clínica.

CONSTRUINDO UMA VINHETA CLÍNICA

Uma vinheta consiste em um texto resumido que descreve o caso de um paciente o mais próximo possível de como se apresentou durante o atendimento. Deve ter uma sequência lógica e cronológica, fornecendo informações suficientes para o seu entendimento. A vinheta deve sumarizar as etapas do atendimento: história clínica, exame físico e propedêutica; ser curta [50 a 300 palavras], apresentar os pontos chaves do problema, ser organizada e de fácil leitura, evitando-se detalhes irrelevantes que possam obscurecer a história.