

A aplicação móvel da OMS sobre a pele como ferramenta educativa para os profissionais de saúde da linha da frente

José Antonio Ruiz Postigo

Equipa das DTN cutâneas, Programa Global de DTN, Organização Mundial de Saúde, Genebra, Suíça.

postigoj@who.int

Conflito de interesses: Nenhum

Palavras-chave: Organização Mundial de Saúde; DTN cutâneas; doenças cutâneas comuns; aplicação; educação; profissionais de saúde da linha da frente

A Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou uma versão melhorada da sua aplicação Skin NTDs App, uma ferramenta valiosa concebida para ajudar profissionais de saúde da linha da frente a diagnosticar e gerir as doenças cutâneas tropicais negligenciadas (DTN cutâneas) e doenças cutâneas comuns. A aplicação atualizada está agora disponível sem custos para dispositivos iOS e Android.

Para garantir uma instalação sem problemas, poderá ser necessário eliminar a versão anterior do dispositivo.

Este projeto fascinante é o fruto de um esforço de colaboração entre a OMS e a Until No Leprosy Remains (NLR). A NLR transferiu generosamente o conteúdo da sua SkinApp, que incluía informações sobre DTN cutâneas, 24 doenças cutâneas comuns e algumas doenças cutâneas relacionadas com o VIH, para a aplicação Skin NTDs App da OMS. Esta colaboração resultou num

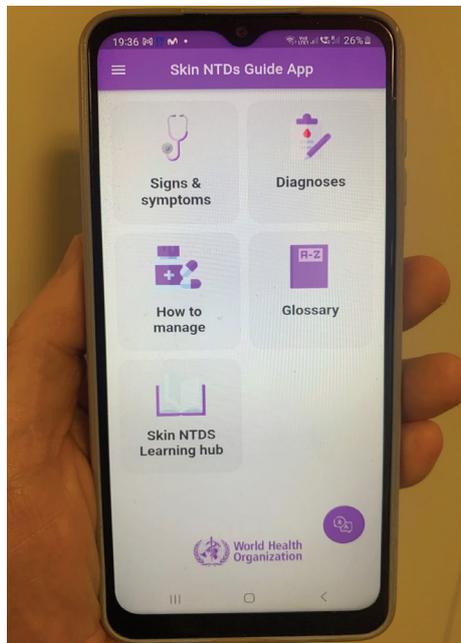


Fig 1. Página inicial da Skin NTDs App da OMS.

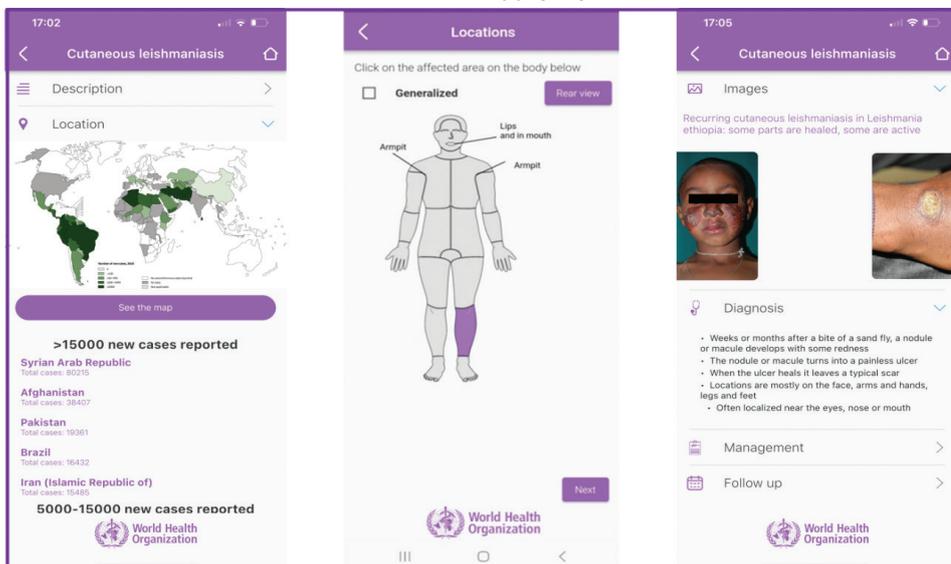


Fig 2. Exemplos de capturas de ecrã da Skin NTDs App.

Descarregue a app!

A aplicação do CSH está disponível para telemóveis iOS e Android!



LEIA O CÓDIGO QR para descarregar a aplicação para o seu telemóvel.



recurso abrangente e fácil de utilizar que se alinha com as mais recentes recomendações da OMS.

As principais funcionalidades da aplicação atualizada incluem:

- **Dois algoritmos offline:** a aplicação funciona sem ligação à Internet e utiliza algoritmos para ajudar os profissionais de saúde da linha da frente a fazer diagnósticos fiáveis e a tomar decisões de tratamento. Um dos algoritmos analisa especificamente 12 DTN cutâneas e outro inclui 24 doenças cutâneas comuns

Continua no verso...

Conteúdos

1 A aplicação móvel da OMS sobre a pele como ferramenta educativa para os profissionais de saúde da linha da frente

José Antonio Ruiz Postigo

3 Tratamento da filariose linfática através da medicina integrativa

Sarah Ryan e David Chandler

5 Os seis princípios básicos do tratamento de feridas em contextos de poucos recursos

Jadesola Akinwuntan *et al.*

8 Como fazer um curativo básico num contexto de poucos recursos: manual de instruções

Jadesola Akinwuntan *et al.*

11 Melhorar as competências fotográficas utilizando smartphones em contextos de recursos limitados

Nina T. Punyamurthy *et al.*

12 Podoconiose: observações do trabalho clínico de campo na Etiópia

Jill Brooks *et al.*

A aplicação móvel da OMS sobre a pele como ferramenta educativa para os profissionais de saúde da linha da frente...continuação

- **Apoio multilingue:** a app está disponível em inglês e francês, prevendo-se a sua tradução para outros idiomas, como o kinyarwanda, o português e o espanhol, para melhor servir as diversas comunidades;
- **Recursos de aprendizagem:** a aplicação inclui uma secção de "Aprendizagem sobre as DTN cutâneas", que oferece valiosos materiais de formação. Este conteúdo provém do manual da OMS "Reconhecimento de doenças tropicais negligenciadas pelas alterações cutâneas: um guia de formação para profissionais de saúde da linha da frente"^{1, 1}
- **Filtros por país:** uma característica única da app é o "Índice Global". Esta secção mostra quais as DTN cutâneas endémicas de cada país. Foram incorporadas informações na ferramenta de diagnóstico para ajustar a lista de doenças suspeitas em cada caso.

A OMS incentiva qualquer utilizador/a a descarregar a aplicação, a partilhá-la nas suas redes e a dar feedback útil para melhorias contínuas. Juntos, podemos capacitar profissionais de saúde da linha da frente com os conhecimentos e os recursos necessários para combater eficazmente as DTN cutâneas.

Envie os seus comentários e sugestões para postigoj@who.int



Skin NTDs App na App Store (apple.com)



Skin NTDs App no Google Play (play.google.com)

Referência

1. Organização Mundial de Saúde. Reconhecimento de doenças tropicais negligenciadas pelas alterações cutâneas: um guia de formação para profissionais de saúde da linha da frente. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272723> (último acesso em 14 de março de 2024).

Clube da Revista

Tratamento da filariose linfática através da medicina integrativa

Sarah Ryan* e David Chandler

Hospitais Universitários de Sussex do NHS Trust, Hospital Geral de Brighton, Elm Grove, Brighton BN2 3EW, Reino Unido

*Autor correspondente: sarah.ryan7@nhs.net

Conflito de interesses: o Prof. T. Ryan (coautor do artigo em destaque) é membro do Conselho Editorial do Community

Palavras-chave: filariose linfática; linfedema; medicina integrativa

Narahari SR, Aggithaya MC, Ryan TJ *et al.* Self-care treatment for lymphoedema of lymphatic filariasis using integrative medicine. *Br J Dermatol* 2023; **190**:94-104.

A filariose linfática (FL) é uma infeção parasitária, transmitida por mosquitos. A FL é uma causa comum de linfedema em países de baixos e médios rendimentos. Na sua forma mais extrema, a FL pode provocar um linfedema enorme, conhecido como elefantíase filarial. Suspeita-se de FL quando uma pessoa desenvolve linfedema em áreas endémicas de filária. O linfedema geralmente apresenta-se como inchaço na perna e/ou nos genitais durante mais de 3 meses. Uma das principais complicações da doença é a celulite infecciosa recorrente, que pode ser difícil de gerir e que contribui significativamente para a morbilidade. Foi demonstrado que as manifestações cutâneas de FL prejudicam, incapacitam e desfiguram, causando estigma, discriminação e problemas socioeconómicos. O programa global da Organização Mundial de Saúde (OMS) para eliminar a FL tem como objetivo reduzir a transmissão da doença e aliviar a morbilidade da FL através da administração anual em massa de medicamentos e de cuidados para reduzir as complicações da doença.

Os tratamentos disponíveis a nível mundial para a FL são limitados. Nos países de elevados rendimentos, o tratamento cirúrgico, como a anastomose linfático-venosa, é uma prática comum. No entanto, este tratamento não é financeiramente viável em muitos países onde a FL é endémica. O Institute of Applied Dermatology (Instituto de Dermatologia Aplicada) em Kerala, na Índia, desenvolveu um tratamento de medicina integrativa para a gestão da FL, focado em intervenções de baixo custo, utilizando recursos vastamente disponíveis.^{1,2}

A abordagem utiliza uma combinação da medicina indiana, Ayurveda, com ioga, compressão, antibióticos e tratamentos antifúngicos.

O recente artigo de Narahari *et al.*, aqui apresentado, avaliou em retrospectiva os benefícios de um tratamento de medicina integrativa de base comunitária para a FL. Os doentes foram submetidos a um programa comunitário de tratamento e sensibilização sobre métodos de autocuidado para toda a vida para gerir a FL, fornecido por enfermeiros conselheiros. Os métodos de autocuidado recomendados incluíam a lavagem da pele com água e sabão, a imersão em phanta, ioga e exercícios respiratórios, antes e depois da drenagem linfática manual indiana e da terapia de compressão (Figs. 1 a 4). Os enfermeiros também recomendaram antibióticos, antifúngicos e esteróides tópicos para os pontos de entrada das bactérias. Muitas das intervenções feitas visavam melhorar a integridade da pele e, por sua vez, reduzir o risco de celulite infecciosa e a morbilidade que lhe está associada. Contudo, os doentes também participaram em discussões de grupos de foco sobre a ajuda para melhorar a qualidade de vida, especialmente no que diz respeito ao isolamento social. Após a fase intensiva de 2 semanas de sessões presenciais, os enfermeiros fizeram um acompanhamento virtual de 2 em 2 semanas para melhorar a adesão às técnicas de autocuidado.

O volume dos membros foi avaliado através da técnica de deslocamento de volume e da medição da circunferência. O volume do membro foi reduzido numa média de 24,5%



Fig 1. (a) Medição da circunferência da perna com linfedema utilizando uma fita métrica; (b) Medição do volume do membro utilizando o método de deslocamento da água (padrão "ouro" em linfologia). (Cortesia do Prof. T. Ryan).

durante a fase intensiva.

Verificou-se que os pontos de entrada de bactérias, tais como úlceras, escoriações, eczemas e intertrigo, estavam associados à celulite infecciosa e ao aumento do volume dos membros.

A abordagem da medicina integrativa reduziu drasticamente a incidência dos pontos de entrada de bactérias e da celulite infecciosa, e melhorou a qualidade de vida.

A redução do volume do membro no acompanhamento



IMERSÃO EM PHANTA	
CHURNA	DOSHA
Yastimadhu (<i>Glyceriza glabra</i>)	Kapha
Manjista (<i>Rubia cordifolia</i>)	Vata
Sariva	Pitta



Fig 2. Imersão em solução à base de plantas (imersão em Phanta). (Cortesia do Prof. T. Ryan).



Fig 3. Verificação da existência de pontos de entrada de bactérias. (Cortesia do Prof. T. Ryan).



Fig 4. Doente com ligaduras de compressão a fazer exercícios de ioga. (Cortesia do Prof. T. Ryan).

subsequente foi mínima em comparação com a fase intensiva; 2, 3% entre o primeiro e o segundo acompanhamento. Além disso, houve uma diferença significativa no volume do membro entre as pessoas com boa e má adesão às medidas de autocuidado. Estes resultados sublinham a importância do aconselhamento para melhorar o envolvimento dos doentes e a adesão às medidas de autocuidado.

Os autores verificaram que o custo direto do tratamento dependia do tamanho do membro e variava entre 75, 10 US\$ e 110, 70 US\$ para a fase intensiva. No entanto, não foi possível calcular os custos indiretos para os doentes, o que pode ter contribuído para a grande variabilidade no tempo de acompanhamento.

Este estudo demonstrou que a abordagem da medicina integrativa é uma forma eficaz e de baixo custo de gerir a FL. As intervenções para melhorar a adesão às técnicas de autocuidado são provavelmente a chave para que esta abordagem tenha resultados a longo prazo. Se a abordagem puder ser integrada em contextos de cuidados de saúde em áreas endêmicas, podemos aspirar a ficar mais perto de alcançar o objetivo do programa global da OMS de reduzir a morbidade relacionada com a FL em todo o mundo. Os benefícios desta abordagem podem ser alargados a outras causas de linfedema tropical, como a lepra e a podoconiose, se forem incluídas em programas de doenças tropicais negligenciadas que proporcionem uma gestão integrada da morbidade.

Referências

- Narahari SR, Bose KS, Aggithaya MG et al. Community level morbidity control of lymphoedema using self care and integrative treatment in two lymphatic filariasis endemic districts of South India: a non randomized interventional study. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2013; **107**:566-77.
- Executive Committee of the International Society of Lymphology. The diagnosis and treatment of peripheral lymphedema: 2020 Consensus Document of the International Society of Lymphology. *Lymphology* 2020; **53**:3-19.

Os seis princípios básicos do tratamento de feridas em contextos de baixos recursos

Jadesola Akinwuntan^{1,2*}, L. Claire Fuller^{3,4}, Eric Comte⁵, Hubert Vuagnat⁶

¹Faculdade de Medicina da Universidade do Kansas, Kansas City, KS, EUA.

²Hospital Geral de Massachusetts, Boston, MA, EUA.

³Hospital London Bridge, Londres, Reino Unido.

⁴International Foundation for Dermatology, Londres, Reino Unido.

⁵Fórum de Saúde de Genebra, Institute of Global Health, Universidade de Genebra, Genebra, Suíça.

⁶Programa de Feridas, Direção de Cuidados de Saúde, Hospitais Universitários de Genebra, Genebra, Suíça.

*Autor correspondente: jadesola.akinwuntan@gmail.com

Conflito de interesses: Nenhum.

Palavras-chave: feridas crônicas; cicatrização de feridas; pensos; custo-eficácia; leito da ferida; úlceras; rendimentos médios e baixos.

Resumo

As feridas crônicas desenvolvem-se quando se verifica um problema com o processo natural de cicatrização, levando a uma resolução prolongada ou incompleta. Embora o peso global das feridas crônicas ainda não esteja devidamente identificado, este problema pode levar a desafios financeiros, sociais, físicos e mentais significativos. As técnicas adequadas de cicatrização de feridas podem ajudar a compensar os efeitos devastadores das feridas crônicas em contextos de recursos limitados. Para além da falta de conhecimentos, um dos maiores obstáculos à manutenção de um tratamento adequado das feridas são os custos diretos e indiretos decorrentes do tratamento. Este artigo tem como objetivo abordar brevemente a cicatrização normal de feridas, fornecer conhecimentos sobre os princípios básicos desse processo e fornecer informações sobre como fazer um penso simples e de baixo custo num contexto de recursos limitados, de forma a promover a recuperação da pele. Os prestadores de cuidados de saúde de todos os níveis de formação e os membros da comunidade devem estar familiarizados com estas noções para diminuir a progressão para feridas crônicas e reduzir a duração dos cuidados.

Pontos-chave de aprendizagem

- Discutir a cicatrização normal de feridas;
- Fornecer conhecimentos sobre os princípios básicos da cicatrização de feridas;
- Disponibilizar um guia sobre como fazer um penso simples e de baixo custo para feridas em contextos de recursos limitados.

Introdução

Embora não existam dados oficiais a nível mundial, estima-se que as feridas crônicas afetem aproximadamente 2% da população total nos EUA.¹ Há um hospital na África do Sul que concluiu que 34,6% dos seus 518 doentes num único dia tinham feridas agudas.² Um importante estudo transversal de base comunitária realizado na Índia registou uma prevalência global de feridas crônicas de 15,03 por 1000 habitantes.³ Os locais com poucos recursos em todo o mundo, a falta de materiais adequados para o tratamento de feridas e de pessoal com formação conduzem frequentemente a feridas crônicas e a elevadas taxas de infeção.²⁻⁵ Os custos globais do tratamento de feridas só no Reino Unido ascendem a 8,3 mil milhões de libras esterlinas.⁶ Os dados epidemiológicos e financeiros relativos aos países de baixo e médio rendimento são limitados.^{2,3,7}

As feridas crônicas podem também provocar dor crónica, diminuição da função física e social, perda de produtividade e incapacidade.⁷ Estes efeitos podem frequentemente ser evitados com um tratamento rápido e adequado das feridas.

No entanto, os recursos limitados para o tratamento de feridas nos países com baixos rendimentos continuam a ser um obstáculo importante para o sucesso da cicatrização de feridas.^{8,9}

Anatomia básica da pele e fisiologia da cicatrização de feridas

Há muitos prestadores de cuidados de saúde que não estão familiarizados com os princípios fundamentais que envolvem a seleção de pensos para feridas, necessários para uma cicatrização bem-sucedida. Os pensos eficazes são selecionados para recriar as condições normais do corpo, pelo que a compreensão da anatomia básica da pele e dos processos de cicatrização de feridas é essencial para informar as escolhas adequadas.

A pele é constituída por três camadas: a camada exterior protetora, denominada epiderme, a camada intermédia de suporte, denominada derme e a camada inferior gordurosa denominada hipoderme (Fig. 1). O papel da pele é atuar como uma barreira defensiva, regular a temperatura corporal e possibilitar a interação com o meio ambiente. Uma ferida é essencialmente qualquer forma de dano a qualquer uma das camadas da pele. Pode ser provocada por um traumatismo direto, como queimaduras, acidentes e mordeduras de animais, ou por condições médicas, como doenças dermatológicas, insuficiência venosa, infeções e cancro.

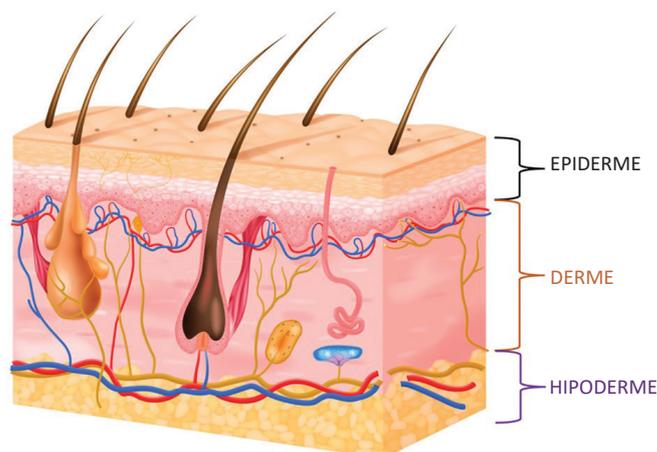


Fig 1. Representação gráfica das três camadas da pele.

Image by macrovector on Freepik

As fases da cicatrização de feridas

A cicatrização normal de feridas é descrita em quatro fases que se sobrepõem (Fig. 2). Em primeiro lugar, a lesão cutânea induz a hemostasia. Com a duração de alguns minutos, limita a perda de sangue, mas também inicia a segunda fase (fase inflamatória). Esta fase pode durar até 1 semana e permite que os glóbulos brancos do corpo limpem a ferida de resíduos celulares e bactérias. Depois disto, inicia-se a terceira fase, designada por fase proliferativa. Durante as 2-3 semanas desta fase, as células construtoras do corpo, também conhecidas como fibroblastos, multiplicam-se e criam a matriz extracelular (tecido de granulação). Isto permite que as células produtoras de superfície, chamadas células epiteliais, cubram a ferida (epitelização) e a fechem. A fase final é designada por maturação, em que o frágil tecido cicatricial continuará a consolidar-se durante meses. A retração também pode ocorrer nesta fase, levando à incapacidade. Por vezes, a cicatrização da ferida estagna numa determinada fase (frequentemente inflamação) e isto leva a feridas crónicas.

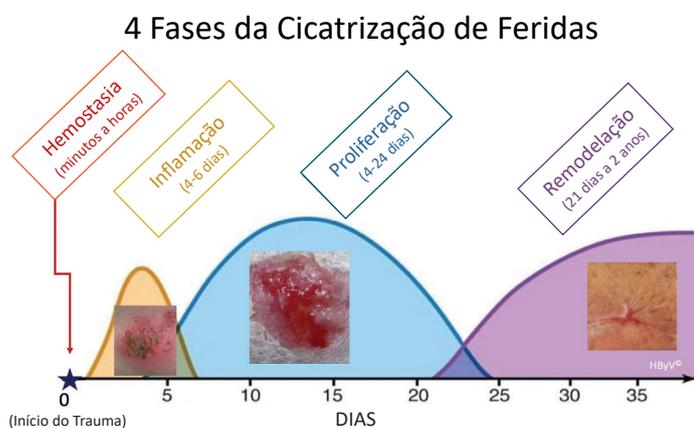


Fig 2. As quatro fases da cicatrização de feridas. (Figs. 2-8 Todas cortesia do Dr. H. Vuagnat)

Os seis princípios básicos do tratamento de feridas

1. Avalie a causa da ferida e outros diagnósticos relevantes

O diagnóstico exato da causa da ferida é fundamental e o tratamento da causa subjacente é um primeiro passo, se aplicável. Uma avaliação sólida das características da ferida determina o tratamento necessário.^{8,9} O modelo TIME-D (Tabela 1 na página 9) é uma ferramenta clínica útil para caracterizar as feridas.^{11,12} Baseia-se no aspeto visual do tecido (T), na presença de inflamação ou infeção (I), no teor de humidade (exsudado) (M) e na natureza do limite alargado da ferida (E). O "D" acrescenta um lembrete para verificar a existência de outros diagnósticos relevantes, quer se trate de doenças adicionais ou de fatores como a dor, o estado nutricional, o tabagismo ou a medicação, que podem afetar a cicatrização da ferida e que devem ser corrigidos.¹¹

A cor é importante a ter em atenção ao avaliar o tecido. Embora não sejam 100% exatas, estas cores passaram a ser bons padrões gerais para descrever o leito da ferida (Fig. 3).

- O tecido negro é normalmente um sinal de necrose (tecido morto);
- O tecido amarelo sugere frequentemente a deposição de fibrina, uma proteína importante para a coagulação inicial, mas de pouca utilidade em fases posteriores. O tecido com necrose ou fibrina terá de ser raspado para permitir a cicatrização adequada da ferida;

- O tecido verde é frequentemente um sinal de infeção e terá de ser tratado com antimicrobianos;
- O tecido vermelho é normalmente um sinal de granulação e o tecido rosa é normalmente um sinal de epitelação;
- Tanto o tecido vermelho como o rosa sugerem que a ferida está a cicatrizar adequadamente;
- Pode existir mais do que um tipo de tecido (ou seja, mais do que uma cor) num leito de ferida de cada vez.

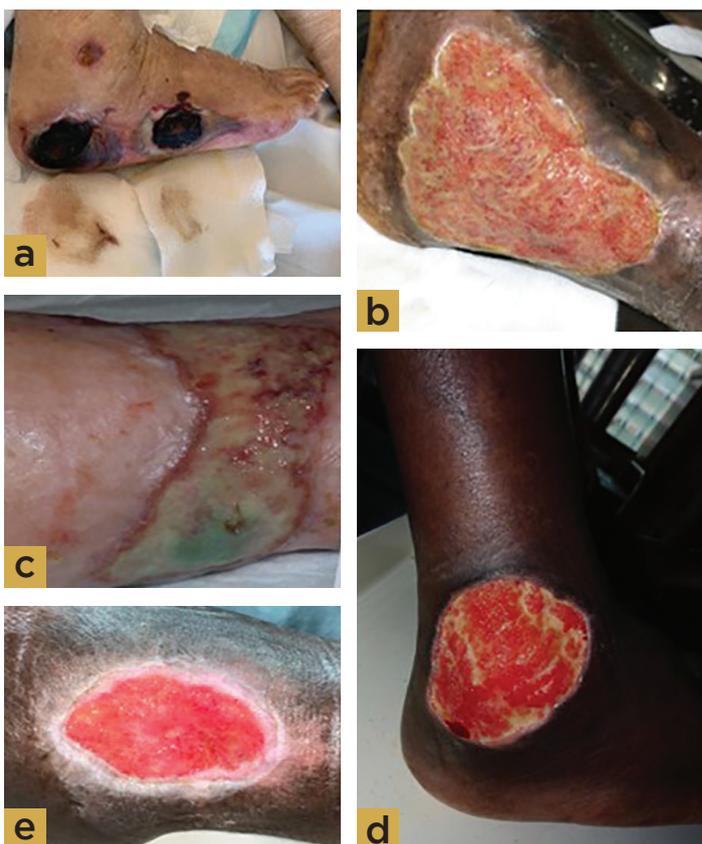


Fig 3. Cinco cores importantes para a avaliação e classificação básica dos tecidos. (a) O preto representa normalmente necrose. (b) O amarelo representa normalmente a deposição de fibrina. (c) O verde representa normalmente uma infeção. (d) O vermelho representa geralmente granulação. (e) Em redor do tecido de granulação central existe um limite exterior de tecido rosado que representa normalmente epitelação.

2. Mantenha um ambiente húmido e controlado no leito da ferida

Uma vez que cerca de 70% do corpo humano é constituído por água, para uma boa cicatrização de feridas é importante imitar este estado biológico, mantendo um leito da ferida húmido. Um bom penso para feridas deve reter a humidade necessária e absorver o excesso de humidade (equilíbrio da humidade). Normalmente, também alivia a dor. As feridas também podem produzir fluido. Este exsudado pode fazer parte do processo normal de cicatrização ou pode ser um sinal de cicatrização anormal, como uma hemostasia deficiente ou uma infeção. Também é importante avaliar a quantidade e o tipo de exsudado para perceber se a ferida está a cicatrizar bem (Fig. 4 no verso).

Continua no verso...

Os seis princípios básicos do tratamento de feridas em contextos de baixos recursos...continuação

Quantidade de exsudado			Descrição
Nenhum	✘	0	Ausência total de exsudado
Pouco	💧	+	O leito da ferida parece húmido, mas é libertado pouco exsudado no penso
Moderado	💧💧	++	O exsudado é libertado em quantidades moderadas
Elevado	💧💧💧	+++	O exsudado é libertado em quantidades elevadas a muito elevadas. Dependendo do tipo de penso, irá atravessá-lo e induzir trocas frequentes de pensos
Cor do exsudado	Descrição		
Seroso	Límpido, transparente e amarelado		
Serossanguíneo	Transparente rosado		
Sanguíneo	Vermelho, fino a um pouco mais consistente		
Purulento	Mais consistente, de aspeto branco, amarelo ou esverdeado		
Outras denominações possíveis: Seropurulento, Fibrinoso, Hemopurulento			

Cortesia de: Comitê Internacional da Cruz Vermelha: e-learning sobre diabetes

Fig 4. Como classificar a quantidade e a cor do exsudado da ferida.

3. Proteja a ferida e a pele peri-ferida de mais traumas

Uma vez que as feridas são sensíveis, é necessário evitar danos adicionais que possam ocorrer no leito da ferida ou na pele enfraquecida.⁸ Podem ocorrer danos químicos quando é feita uma desinfecção excessiva, uma vez que muitos destes produtos, especialmente se utilizados durante demasiado tempo, podem ser prejudiciais para o leito da ferida. Por último, a secura e o frio excessivos podem diminuir a atividade das células e prejudicar a cicatrização. Assim, recomendamos a utilização de pensos antiaderentes e a sua imersão, bem como dos adesivos, em soro fisiológico ou água potável antes da remoção (Fig. 5). É preferível utilizar soro fisiológico ou água potável para limpar as feridas; utilize desinfetantes apenas em feridas infetadas localmente.



Fig 5. Gaze de vaselina como penso primário sobre as feridas de uma fratura exposta. Será adicionado um penso secundário de gaze e ligadura elástica.

4. Promova a limpeza do leito da ferida e controle a infeção

O leito da ferida é a base para uma boa cicatrização da ferida; deve estar limpo e livre de infeções.⁸ Em primeiro lugar, toda a necrose e fibrina devem ser removidas através de um processo conhecido como desbridamento. As feridas de grandes dimensões requerem um desbridamento instrumental para remover os tecidos mortos (com lâmina de bisturi, tesoura, cureta). Após a remoção, o leito fresco da ferida deve ser enxaguado e limpo com água potável ou soro fisiológico para eliminar o excesso de micróbios ou detritos (Fig. 6). A água potável é adequada para o tratamento de feridas. Em caso de propagação clinicamente comprovada ou de infeção geral, a terapêutica antibiótica sistémica é combinada com antissépticos tópicos.¹³ Devido à sua fraca ação, riscos de resistência e sensibilização, os antibióticos tópicos não são atualmente utilizados por rotina.



Fig 6. Lavagem suave da ferida aberta com água potável.

5. Controlar o linfedema/edema peri-ferida e do membro

O edema é o excesso de fluido corporal em qualquer parte do corpo que leva ao inchaço (Fig. 7). Nas feridas, resulta de uma inflamação excessiva em que os fluidos vazam através dos vasos sanguíneos para os tecidos e/ou da destruição de vasos linfáticos próximos que comprometem a reabsorção de fluidos. O edema provocado por condições médicas primárias, como a insuficiência cardíaca, pode agravar o edema ao nível da ferida. O edema, saturado de componentes inflamatórios, incluindo proteases e glóbulos brancos mortos, atrasa a cicatrização da ferida e prejudica a mobilidade.⁸ Sempre que possível, limite o edema através da compressão física (meias ou ligaduras) e do aumento da atividade física. A compressão não deve ser utilizada, se as artérias dos membros estiverem obstruídas.



Fig 7. Edema da mão e dos dedos esquerdos.

6. Prevenir ou tratar sequelas físicas/incapacidade

Durante o processo de cicatrização, pode ocorrer retração dos tecidos. A contração de grandes feridas e de feridas sobre as articulações pode levar a uma incapacidade significativa (Fig. 8). A fisioterapia ativa, iniciada precocemente, pode evitar essa tração dos tecidos e reduzir/prevenir a incapacidade daí resultante.⁸ A participação do doente na compreensão dos exercícios e no posicionamento correto durante o processo de cura também minimiza o risco de incapacidade.

Conclusão

As feridas crónicas são um desafio negligenciado na saúde mundial que requer mais atenção.



Fig 8. Progressão da retração do tecido durante o processo de cicatrização da ferida, resultando numa diminuição da mobilidade do pulso.

O conhecimento dos princípios básicos de cicatrização de feridas pode ajudar a prevenir o desenvolvimento de feridas crônicas. Tal inclui a avaliação da etiologia da ferida, a manutenção de um ambiente húmido no leito da ferida, a redução de mais traumas na ferida e na pele circundante, a manutenção da ferida limpa, a limitação do edema e a prevenção de mais incapacidades. É possível minimizar o peso das feridas crônicas com intervenções simples, tanto em locais com recursos reduzidos como com recursos mais elevados. A disponibilização de informações sobre técnicas básicas de tratamento de feridas a todos os profissionais de saúde, bem como aos doentes e às famílias dos doentes, conduzirá a melhores resultados e a tempos de cicatrização reduzidos.

Incentivamos a que leia mais o tratamento de feridas na OpenWHO, <https://openwho.org/channels/ntd>. (ver Tratamento de feridas em contextos de recursos limitados, In Press).

Referências

1. Sen CK. Human Wound and its burden: updated 2020 compendium of estimates. *Adv Wound Care* 2021; **10**:281–92.
2. Lotz ME. The burden of wounds in a resource-constrained tertiary hospital: a cross-sectional study. *Wound Heal S Afr* 2019; **12**:29–33.
3. Gupta S, Sagar S, Maheshwari G, Kisaka T et al. Wounds Asia 2021; **4**:8–14.
4. Oluwatosin, OM. Wound Care Practices and Challenges in Nigeria. *Adv Skin Wound Care* 2007; **20**:375–8.
5. Levine JM. Wound care in the 21st century: lessons from ancient Egypt. *JAMDA* 2000; **1**:224–7.
6. Guest JF, Fuller GW, Vowden P. Cohort study evaluating the burden of wounds to the UK's National Health Service in 2017/2018: update from 2012/2013. *BMJ Open* 2020; **10**:e045253
7. Olsson M, Järbrink K, Divakar U et al. The humanistic and economic burden of chronic wounds: a systematic review. *Wound Repair Regen* 2019; **27**:114–25.
8. Keast DH. Wound and Lymphoedema Management: Focus on Resource-limited Settings, 2nd edn. Frederiksberg, Denmark: World Alliance for Wound & Lymphedema Care, 2020.
9. Brooks J. Principles of wound management in resource-poor areas. *Community Skin Health* 2020; **16**:8–10
10. Wallace HA, Basehore BM, Zito PM. Wound Healing Phases. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing, 2023.
11. Marelli A, Calwuaerts A, Wagner E et al. Wound care protocol. Available at: https://www.globalfirstaidcentre.org/wp-content/uploads/2021/03/L029NURMO2E-P_Wound-Care-protocol_OCB_EN_2018.pdf (last accessed 20 March 2024).
12. Schultz GS, Barillo DJ, Mazingo DW, Chin GA. Wound bed preparation and a brief history of TIME. *Int Wound J* 2004; **1**:19–32.
13. Cowling T, Jones S. Topical Antibiotics for Infected Wounds: A Review of the Clinical Effectiveness and Guidelines. Ottawa, ON: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2017.

CASO UM PARA DIAGNÓSTICO

Deepani Munidasa

Hospital Geral Distrital, Matale, Sri Lanka
 deepanimunidasa@yahoo.com

Um aluno de 10 anos apresentou-se com grandes manchas pigmentadas nas bochechas e no nariz que tinham aparecido durante as férias de verão. Já tinha tido um episódio semelhante no ano anterior. As manchas provocavam comichão e tinham um contorno hipopigmentado à volta da área pigmentada central (Fig. 1).



Fig 1.

Qual é o diagnóstico?

- | | |
|--------------------------------|--------------------------|
| a) Lúpus eritematoso discoide | b) Dermite de contacto |
| c) Erupção ligeira polimórfica | d) Líquen plano actínico |

Como fazer um penso básico num contexto de poucos recursos: manual de instruções

Jadesola Akinwuntan^{1,2*}, L. Claire Fuller^{3,4}, Eric Comte⁵, Hubert Vuagnat⁶

¹Faculdade de Medicina da Universidade do Kansas, Kansas City, KS, EUA.

²Hospital Geral de Massachusetts, Boston, MA, EUA.

³Hospital London Bridge, Londres, Reino Unido.

⁴International Foundation for Dermatology, Londres, Reino Unido.

⁵Fórum de Saúde de Genebra, Institute of Global Health, Universidade de Genebra, Genebra, Suíça.

⁶Programa de Feridas, Direção de Cuidados de Saúde, Hospitais Universitários de Genebra, Genebra, Suíça.

*Autor correspondente: jadesola.akinwuntan@gmail.com

Conflito de interesses: Nenhum.

Palavras-chave: ferida; penso; contexto de poucos recursos

Material necessário (Ver Fig. 1.)

- Sabão.
- Água limpa (fervida ou aquecida a mais de 70 °C e arrefecida);
- Solução hidroalcoólica como desinfetante para as mãos (opcional);
- Agente gorduroso e hidratante, como vaselina, manteiga de karité, óleo de palma, óleo de coco, azeite ou outro óleo hidratante;
- Quadrados de gaze, de preferência de gaze não tecida;
- Fita adesiva.
- Película de plástico;
- Ligaduras;
- Saco de resíduos.

Considerações importantes

- Escolha um local claro e calmo, limpo e com boa iluminação;
- Afaste-se de casas de banho, latrinas ou áreas com lixo;
- Certifique-se de que os objetos sujos e limpos são guardados em recipientes diferentes;
- Se for necessário controlar a dor, administre acetaminofeno ou paracetamol por via oral cerca de 40 minutos antes de iniciar o curativo;
- Certifique-se de que está confortável, tanto para si como para o doente, durante o processo de aplicação do penso.

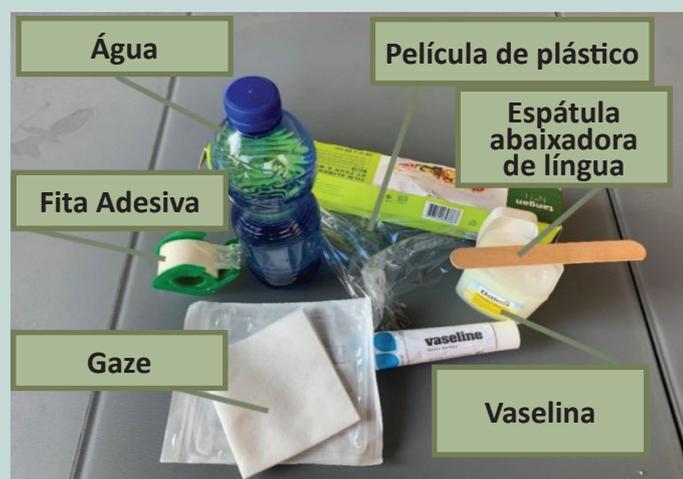


Fig 1. Material necessário.

Instruções

1. Lave primeiro as mãos com sabão e água limpa ou solução hidroalcoólica;
2. Prepare o material necessário;
3. Lave as mãos com sabão e água limpa ou solução hidroalcoólica antes de remover o penso antigo;
4. Se o penso ficar colado, utilize água potável para o retirar. Para retirar a ligadura e a fita adesiva, passe água ou soro fisiológico por cima e entre a pele e o penso e deixe a água penetrar. Levante e puxe suavemente da periferia para o centro. Tente retirar a ligadura sem dor ou trauma e utilize tanta água quanto necessário para esse efeito;
5. Limpe suavemente a ferida e a pele circundante com água potável;
 - Pode utilizar sabão, se a ferida estiver muito suja, mas lembre-se de que isso pode irritar a pele;
 - Evite traumatizar a ferida durante a limpeza;
6. Enxague a ferida e a pele circundante com solução salina (0,9% NaCl), se disponível;
7. Seque suavemente a pele à volta da ferida com um movimento suave. (Não esfregue.) Deixar humidade dentro da ferida não provoca qualquer problema;
8. Nesta altura, utilize um instrumento como o modelo TIME-D (Tabela 1) para avaliar a ferida e planear quaisquer passos adicionais;
 - Se a pele estiver necrótica (preta) ou tiver fibrina (amarela), terá de efetuar um desbridamento instrumental;
9. Lave as mãos com sabão e água limpa ou solução hidroalcoólica antes de fazer o novo penso;
10. Para proteger a pele à volta da ferida, aplique-lhe suavemente um agente gorduroso, como vaselina, manteiga de karité ou óleo de palma;
 - Não toque no agente gorduroso sem luvas limpas ou ferramentas limpas se o retirar de um recipiente. Nunca volte a tocar uma segunda ou terceira vez com a mesma luva/ferramenta, para evitar a contaminação;
11. Espalhe suavemente o hidratante gorduroso numa gaze para cobrir o tamanho aproximado da ferida. Coloque a compressa de gaze gordurosa sobre a ferida. Este é o penso primário e, como camada de contacto, não deve aderir à ferida;
12. Aplique uma segunda camada de gaze (sem agente lubrificante) sobre a primeira camada de gaze para ajudar a absorver o exsudado; este é o penso secundário. Pode também ajudar a proteger contra traumatismos externos. A segunda camada de gaze deve ser desdobrada e amassada ou "afogada", de modo a parecer um véu de noiva, em vez de estar bem dobrada (ver Fig. 2);

Tabela 1. Modelo TIME-D para avaliação de feridas

T	Tecidos	O tecido é viável? Avalie e aproxime o estado do tecido utilizando uma escala de cores	O Tecido Negro sugere Necrose/Morte O Tecido Verde sugere Infecção O Tecido Rosa sugere Epitelização	O Tecido Amarelo sugere Fibrina O Tecido Vermelho sugere Granulação
I	Inflamação/ Infecção	A ferida apresenta sinais de inflamação ou infecção? Avalie se há inflamação ou infecção para informar o tratamento adequado	Os sinais de infecção incluem: • Cicatrização lenta/atrasada • Reabertura da ferida ou alterações na cor • Odor desagradável • Agravamento da dor • Sangramento fácil do leito da ferida	
M	Humidade (de "moisture")	O nível de humidade é o ideal? Avalie qualquer fluido ou exsudado para garantir a homeostase da humidade necessária para uma cicatrização adequada	Quantidade: nenhuma, escassa, moderada, elevada Textura e cor: serosa (transparente), serossanguínea (rosa transparente), sanguínea (com sangue), purulenta (com pus, espessa, branca ou esverdeada) Odor: sem odor, odor ligeiro, odor moderado, odor forte	
E	Extremidades	As extremidades estão a avançar corretamente? Avalie as extremidades para compreender melhor o tipo de ferida, otimizar o tratamento e visualizar a epitelização	Os bordos da ferida são classificados da seguinte forma: Indistintos/difusos = incapaz de distinguir claramente o contorno da ferida Fixos = a pele está plana e uniforme com a base da ferida Não fixos/enfraquecidos = a base da ferida é mais profunda do que o bordo da ferida Enrolados/espessados = macio a firme e flexível ao toque Hiperqueratóticos = formação de tecido semelhante a calosidades à volta da ferida e nos bordos Fibróticos/escarificados = duros, rígidos ao toque	
D	Doença	O doente tem outras doenças? Avalie o doente para detetar comorbidades que possam prejudicar a cicatrização de feridas	Fatores importantes a considerar: Diabetes, doenças cardiovasculares, tabagismo, acesso aos cuidados de saúde, estado nutricional, dor, fatores sociais e psicológicos, capacidade financeira, imunossupressão, adesão ao plano, crenças sobre a doença	

- Se ocorrer um excesso de exsudado ou de líquido, adicione mais camadas de gaze ou um penso altamente absorvente para absorver o excesso de líquido;
13. Aplique uma película de plástico ligeiramente maior do que a gaze, por cima das camadas de gaze, para evitar a perda de humidade e diminuir a contaminação bacteriana; este é o penso terciário;
 14. Aplique fita adesiva à volta dos bordos da película de plástico para fixar a gaze e a película de plástico. Evite fitas adesivas de alta fixação para evitar danos mecânicos na pele quando a fita for removida no futuro;
 15. Envolver a área com ligaduras para ajudar a fixar o penso e oferecer uma barreira protetora final. Certifique-se de que as ligaduras são maiores do que a área da ferida para que tudo possa ser coberto;
 16. Salvo se o doente tiver uma arteriopatia periférica (ou seja, um fornecimento arterial deficiente, evidenciado por pulsos periféricos fracos ou ausentes), todas as feridas beneficiam de compressão, pelo que deve utilizar a ligadura elástica para proporcionar, começando distalmente e subindo proximalmente pelo membro, de forma circular e ascendente, com maior pressão em baixo do que em cima para permitir a drenagem. Cada volta da ligadura deve sobrepor-se à anterior em 2/3 da sua largura, deixando 1/3 descoberto. Verifique se a ligadura não está demasiado apertada; deve conseguir inserir o dedo entre as ligaduras;
 17. Durante todo o processo, avalie a dor e administre um controlo adequado da dor, como acetaminofeno ou paracetamol;
 18. Idealmente, no caso de feridas não infetadas, os pensos podem ser mudados duas vezes por semana, se não estiverem ensopados em exsudado e não colarem ao serem removidos. Se a ferida estiver infetada, poderá necessitar de mudanças diárias;
 19. Lave as mãos com sabão e água limpa ou solução hidroalcoólica depois de terminar o novo penso;



Fig 2. Segunda camada de gaze sobre a ferida, amarrotada ou "afogada", como um véu de noiva.

20. Guarde os objetos limpos, elimine os resíduos de forma adequada e limpe todos os instrumentos;
21. Lave as mãos com sabão e água limpa ou solução hidroalcoólica;
22. Repita estes passos para mudar o penso durante o tempo necessário até que se forme uma nova pele sobre o leito da ferida;
23. Recomende ao doente que esteja sempre em movimento, apesar da ligadura. Se necessário para feridas numa articulação ou perto dela, forneça instruções sobre exercícios para manter a mobilidade da articulação;
24. Uma vez fechada, a pele permanece frágil e deve ser protegida do sol e de forças mecânicas (golpes ou forças de cisalhamento). A utilização de uma camada fina de emoliente (o mesmo agente gorduroso que no ponto 10) para a hidratar duas vezes por dia, durante pelo menos alguns meses, é o ideal.

Estas informações não se destinam a substituir o aconselhamento, diagnóstico ou tratamento médico profissional. Todas as informações devem ser adaptadas à condição única do seu doente.

Melhorar as competências fotográficas utilizando smartphones em contextos de recursos limitados

Nina T. Punyamurthy¹, Gaspar Mmbaga², Jane Mcharo², Claire Fuller³, Omar Juma⁴, Karolyn A. Wanat^{1,*}

¹Faculdade de Medicina de Wisconsin, Milwaukee, WI, EUA.

²Hospital Distrital de Bagamoyo, Bagamoyo, República Unida da Tanzânia.

³International Foundation for Dermatology, ILDS, Londres, Reino Unido.

⁴Instituto de Saúde Ifakara, Bagamoyo, República Unida da Tanzânia.

*Autor correspondente: kwanat@mcw.edu

Conflito de interesses: Claire Fuller é membro do conselho de administração do ILDS e do conselho editorial do CSH.

Palavras-chave: teledermatologia; telessaúde; armazenar e encaminhar; smartphone; iPhone; Android.

Resumo

A teledermatologia tem como objetivo ampliar o acesso aos cuidados dermatológicos através da tecnologia store-and-forward (S&F; armazenar e encaminhar) ou da tecnologia interativa ao vivo. A Teledermatologia S&F pode ajudar a ligar médicos a dermatologistas remotos, em qualquer parte do mundo, com imagens e informações clínicas. Uma vez que as imagens estáticas servem de base para a interpretação, elaboração de diagnósticos e planos terapêuticos finais, a qualidade e o tipo de fotografias apresentadas são essenciais para o sucesso do programa. As associações de telemedicina desenvolveram guias de fotografia para as circunstâncias clínicas ideais e para a obtenção de fotografias de nível profissional. Adaptamos esta formação para iPhones e Androids em contextos de recursos limitados para a Teledermatologia S&F.

Pontos-chave de aprendizagem

- A teledermatologia é particularmente útil para ligar os doentes com acesso limitado a cuidados especializados a prestadores de serviços em todo o mundo;
- Uma vez que as imagens estáticas servem de base para a interpretação, a realização de diagnósticos e os planos terapêuticos finais em teledermatologia store-and-forward, a qualidade e o tipo de fotografias apresentadas são essenciais para o êxito do programa.

Introdução

A telemedicina permite a distribuição de cuidados de saúde através de meios eletrônicos, facilitando as interações entre o prestador de cuidados de saúde e o doente à distância. O aperfeiçoamento de tecnologia tornou a telemedicina mais conveniente e fiável, particularmente na era pós-COVID-19.¹ Por ser altamente dependente da análise visual, a dermatologia é uma especialidade particularmente adequada para este modo de cuidados de saúde.² Como grande parte dos países em desenvolvimento tem acesso limitado a médicos e, especificamente, a cuidados de subespecialidade, a teledermatologia (S&F) é uma das várias modalidades que permitem que os cuidados de saúde cheguem às áreas rurais.³ Grande parte da teledermatologia ocorre de forma assíncrona, através da tecnologia store-and-forward (S&F), em que o historial do doente e as fotografias das lesões cutâneas são documentados num sistema de comunicação eletrónica e enviados para um dermatologista que, em seguida, avalia o caso e fornece as suas recomendações especializadas. Uma vez que as imagens estáticas servem de base para a interpretação em S&F, a qualidade e o tipo de fotografias enviadas são

essenciais para a realização de diagnósticos e planos terapêuticos precisos. A American Telemedicine Association (Associação Americana de Telemedicina) elaborou um guião sobre como tirar fotografias em circunstâncias clínicas ideais.⁴ Adaptamos estas informações para smartphones, como iPhones e Androids, para serem utilizadas em campo em contextos com limitação de recursos.

Antes de iniciar qualquer consulta de teledermatologia, é essencial o consentimento informado, conforme exigido pelas diretrizes locais ou nacionais. As informações podem ser fornecidas por escrito ou verbalmente e deve-se incluir uma explicação dos benefícios e riscos da telemedicina numa linguagem simples e compreensível para o doente comum.⁴

Como fazer

Condições físicas: O quarto ou ambiente deve garantir a privacidade do doente. O doente deve ser posicionado de forma a sentir-se confortável. A iluminação de fundo proveniente de janelas ou outras fontes deve ser minimizada e pode ser necessária iluminação interior adicional para iluminar eficazmente o doente. As distrações de fundo devem ser reduzidas, embora isto possa ser um desafio em ambientes com recursos limitados. É preferível um fundo azul ou cinzento não refletor. Muitas vezes, isto consegue-se posicionando o doente diretamente em frente a uma parede lisa ou colocando uma bata ou um pano por baixo do paciente.

Vistas: No caso de uma erupção cutânea generalizada, é necessário registar três imagens para representar eficazmente a erupção cutânea.

- Uma fotografia vertical do doente, que mostre a extensão e a distribuição da erupção cutânea;
- Uma fotografia a uma distância média (~24 polegadas/cm) para demonstrar a disposição e a configuração; e
- Um grande plano (recomendado) para realçar uma lesão representativa.

Ao tirar uma fotografia em grande plano, a lesão primária deve estar claramente identificada, focada e centrada. Em geral, a imagem deve ser tirada num plano perpendicular ao da lesão. É também importante assegurar que a localização/anatomia é identificável em pelo menos uma das imagens (Fig. 1). Pode também considerar fotografias oblíquas para mostrar alterações na superfície da pele. No caso de lesões subtis, considere identificar a lesão com etiquetas adesivas, fita cirúrgica ou marcadores laváveis. As ferramentas de medição também podem ser úteis para mostrar o tamanho e a distribuição das lesões.

Orientação e enquadramento: Uma vez que a maioria das unidades anatómicas são mais compridas do que largas, a orientação vertical da câmara permitirá a utilização máxima do espaço. A câmara deve estar ao nível da lesão em questão, com a lesão centrada no campo de visão. O enquadramento da lesão cutânea deve mostrar a extensão do envolvimento e deve incluir tanto as áreas envolvidas como as não envolvidas.



Fig 1. (a) e (b) Pode tirar várias fotografias a diferentes distâncias para mostrar a distribuição e a morfologia da erupção cutânea.

Recomenda-se também que documente a simetria sempre que possível. Se, por exemplo, só uma das mãos for afetada, mostre ambas as mãos numa imagem para permitir ao observador comparar a área afetada com o lado não afetado (Fig. 2).

Utilização do smartphone:

Em primeiro lugar, certifique-se de que a lente da câmara do smartphone está limpa, utilizando um pano macio e que não largue pelos para limpar suavemente a lente. Um pano de microfibras é o ideal, mas qualquer pano macio é suficiente. Em seguida, abra a aplicação da câmara. Toque no ícone em forma de raio para utilizar o flash e eliminar sombras, ou desligue o flash se este causar um brilho indesejado. A maioria dos smartphones tem a capacidade de focagem automática. Pode utilizar a focagem automática colocando a lesão de interesse no centro do enquadramento. Toque no ecrã no local da lesão para que a câmara consiga focar uma parte específica



Fig 2. O enquadramento deve mostrar tanto as áreas afetadas como as não afetadas. Documente a simetria sempre que possível.

da fotografia. Toque no ícone do sol e arraste-o para cima e para baixo para ajustar o brilho. Clique no botão do obturador para tirar uma fotografia.

Pré-visualize a última fotografia tirada, tocando no ícone no canto inferior esquerdo do ecrã (Fig. 3).

Conclusão

A teledermatologia é particularmente útil para ligar os doentes com acesso limitado a cuidados especializados a prestadores de serviços em todo o mundo.

À medida que as tecnologias móveis continuam a avançar, as possibilidades para a teledermatologia continuam a melhorar. Esperamos que este guia de fotografia ajude a formar aqueles que tiram fotografias no terreno com smartphones para a teledermatologia S&F.

Agradecimentos

Gostaríamos de agradecer aos colaboradores em Niamey, Níger, da Clinique Olivia, incluindo o Dr. Yacouba Kakale e a Dra. Susan Beebout.

Referências

1. Ibrahim AE, Magdy M, Khalaf EM *et al.* Teledermatology in the time of COVID-19. *Int J Clin Pract* 2021; **75**:e15000.
2. Ahuja S, Briggs SM, Collier SM. Teledermatology in rural, underserved, and isolated environments: A Review. *Curr Derm Rep* 2022; **11**:328-335.
3. Nelson CA, Takeshita J, Wanat KA *et al.* Impact of store-and-forward (SAF) teledermatology on outpatient dermatologic care: A prospective study in an underserved urban primary care setting. *J Am Acad Dermatol* 2016; **74**:484-90. e1.
4. American Telemedicine Association. Practice guidelines for teledermatology. Available at: <https://www.americantelemed.org/resources/practice-guidelines-for-teledermatology/> (last accessed 26 March 2024).

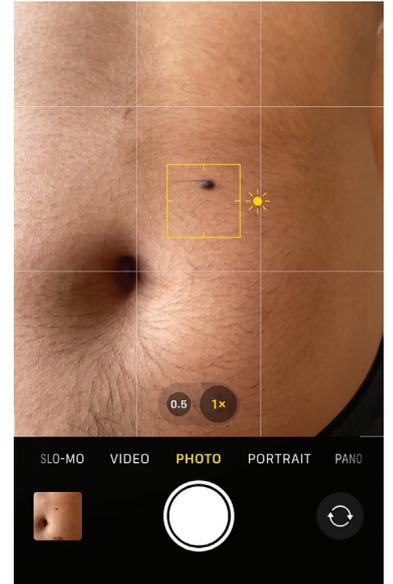


Fig 3. Captura de ecrã de uma aplicação de câmara de smartphone.

CASO DOIS PARA DIAGNÓSTICO

Iruka Rajapaksha e Deepani Munidasa

Hospital Geral Distrital, Matale, Sri Lanka
 deepanimunidasa@yahoo.com

Um homem de 29 anos, previamente saudável, de Matale, Sri Lanka, apresentou excrescências húmidas hipopigmentadas semelhantes a verrugas na sua região genital durante 2 semanas (Fig. 1). As excrescências não eram dolorosas nem provocavam comichão. Referiu que tinha tido uma úlcera genital indolor há um mês, que se tinha curado sozinha sem qualquer medicação.

Era bissexual e a sua última relação sexual desprotegida tinha sido com um parceiro casual do sexo masculino há 2 meses.

Que exame microscópico ajudaria no diagnóstico?

- | | |
|---|--|
| a) Células gigantes multinucleadas na citologia de Tzanck | b) Clue cells em exames a fresco |
| c) Espiroquetas por microscopia de campo escuro | d) Bactérias Gram-negativas na coloração de Gram |



Fig 1.

DermLink Grants (bolsas)

O DermLink Grants é um programa anual de bolsas que apoia uma sociedade membro da International League of Dermatological Societies (ILDS; Liga Internacional das Sociedades Dermatológicas), ou sociedades afiliadas ou observadoras, a organizar iniciativas que ajudem os doentes com patologias cutâneas em regiões carenciadas do mundo. O programa tem uma periodicidade anual, o que significa que todos os projetos devem ser concluídos no prazo de 12 meses após a atribuição do prémio. Todos os anos, recebemos candidaturas de dermatologistas e organizações não governamentais de todo o mundo que procuram financiamento para apoiar os seus projetos sobre doenças de pele como a lepra, doenças tropicais negligenciadas, albinismo e sarna em áreas com poucos recursos. Graças ao Programa DermLink Grants, o ILDS apoia anualmente 18 países.

Atualmente, existem três tipos de DermLink Grants: para materiais e equipamento; para formação individual; e para projetos de campo e comunitários. Cada tipo de bolsa permite o pagamento de um montante diferente de fundos, se a candidatura for bem sucedida. O Programa DermLink Grants também aceita colaborações entre organizações e/ou países. Se estiver for do seu interesse obter mais informações sobre este programa de bolsas, contacte-nos através de dermlink@ilds.org.

Podoconiose: observações do trabalho clínico de campo na Etiópia

Jill Brooks^{1*}, Steven J. Ersser² e Alemayehu Bekele Kassahun³

¹Investigador Visitante, Universidade de Bournemouth, Bournemouth, Reino Unido.

²Department of Nursing Science, Faculty of Health & Social Sciences, Universidade de Bournemouth, Bournemouth, Reino Unido.

³National Collaborative Research and Training Center for Neglected Tropical Diseases, Universidade de Arba Minch, Etiópia.

*Autor correspondente: Jb284@btinternet.com

Conflito de interesses: Nenhum.

Palavras-chave: podoconiose; diretrizes do Governo da Etiópia.

Resumo

Contexto: A podoconiose é uma doença tropical negligenciada (DTN) incurável, mas que pode ser evitada e tratada. As partículas minerais e os agentes patogénicos presentes no solo alcalino e vulcânico penetram na pele plantar através de fissuras, provocando uma reação inflamatória, edema cutâneo e lesões nos vasos linfáticos superficiais. Tem um impacto grave na qualidade de vida. Na sequência da inclusão na lista das DTN da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2011, a podoconiose tornou-se uma prioridade de saúde para o Governo da Etiópia. O Segundo Programa de Gestão da Morbidade e Prevenção da Incapacidade de 2016 para a filariose e a podoconiose visava 100 woredas (distritos) com uma elevada prevalência de podoconiose para tentar eliminar ou reduzir o impacto da doença até 2020. O Terceiro Plano Estratégico Nacional para as Doenças Tropicais Negligenciadas 2021-2025 posterior do Ministério da Saúde estabeleceu outros objetivos para a podoconiose.

Objetivos: Visitar centros de saúde etíopes em áreas com uma elevada prevalência de podoconiose, recolher as experiências do pessoal dos centros de saúde e dos doentes e comparar as observações com as diretrizes governamentais.

Métodos: Foram efetuadas visitas de observação por um clínico com formação em enfermagem a quatro centros de saúde etíopes durante 2 dias numa região de elevada prevalência do distrito de Boreda. Foram realizadas entrevistas informais com o pessoal e os doentes nos dois centros de saúde com o maior número registado de doentes com podoconiose.

Resultados: Os dois centros de saúde com mais doentes com podoconiose cuidavam de 300 e 163 doentes, respetivamente. Foram entrevistados cinco profissionais de saúde (um técnico de saúde que abrangia os quatro centros; três técnicos de saúde de um dos dois centros e um do outro). Identificaram problemas no acesso a materiais de tratamento que limitavam a sua capacidade de educar os doentes para realizarem o tratamento correto

da podoconiose. Foram entrevistados doze doentes com podoconiose com uma faixa etária de 24-87 anos durante 2 dias. Os doentes eram principalmente agricultores de subsistência (n=10) que referiram que não tinham dinheiro para comprar materiais de tratamento e que tinham dificuldade em percorrer as longas distâncias necessárias para aceder a água limpa para lavar os membros. Estes fatores tiveram um impacto negativo na concretização dos objetivos do Governo.

Conclusões: As diretrizes do Governo da Etiópia sobre a podoconiose são muito desafiantes, uma vez que todos os doentes observados no estudo não tinham condições económicas ou acesso fácil aos produtos necessários para prevenir e tratar a doença. Os centros de saúde necessitam de um stock consistente de todos os materiais necessários para ensinar e demonstrar a prevenção e o tratamento da podoconiose. O fornecimento gratuito de sabão, desinfetante e emolientes a pessoas com a doença seria útil. A falta de preços acessíveis para o calçado de proteção também foi um problema.

Pontos-chave de aprendizagem

- O Terceiro Plano Estratégico Nacional para as Doenças Tropicais Negligenciadas 2021-2025 da Etiópia contém objetivos ambiciosos para a prevenção e o tratamento da podoconiose;
- A pobreza afeta a capacidade dos doentes de acederem aos materiais necessários para prevenir e tratar a doença;
- Percorrer longas distâncias para aceder a água potável e a centros de saúde é um desincentivo adicional para os doentes;
- É essencial que os centros de saúde disponham de um fornecimento consistente dos materiais necessários para demonstrar o tratamento e educar os doentes.

Introdução

A podoconiose afeta algumas das pessoas mais pobres do mundo, resultando em edema bilateral da perna e dor na perna com perda de dias de trabalho e de rendimentos. As partículas minerais e os agentes patogénicos presentes no solo alcalino e vulcânico penetram na pele plantar através de fissuras, provocando uma reação inflamatória, edema cutâneo e danos nos vasos linfáticos superficiais. Tem um impacto grave na qualidade de vida.

Estima-se que 1,5 milhões de indivíduos (1% da população) sejam afetados pela podoconiose na Etiópia, com 35 milhões de pessoas em risco de contrair a doença. É utilizado um sistema de avaliação da gravidade da doença em cinco fases para avaliar os doentes com podoconiose.¹

As diretrizes governamentais para o tratamento da podoconiose recomendam: (1) lavar ambos os membros duas vezes por dia com água limpa à temperatura ambiente, utilizando sabão normal; (2) mergulhar os membros durante 15 a 20 minutos numa bacia com água limpa e fresca e antisséptico diluído; (3) secar bem com uma toalha limpa; e (4) aplicar emolientes.

O Segundo Programa de Gestão da Morbidade e Prevenção de Incapacidades de 2016 (MMDP) para a filariose e a podoconiose visava 100 woredas (distritos) com uma elevada prevalência de podoconiose para tentar eliminar ou reduzir o impacto da doença até 2020. O Terceiro Plano Estratégico Nacional para as Doenças Tropicais Negligenciadas 2021-2025² do Ministério da Saúde estabeleceu novas prioridades para a podoconiose, aumentando: (1) o número de woredas endémicas que prestam serviços de gestão e prevenção de incapacidades de 100 para 345; (2) o número de indivíduos que usam regularmente calçado adequado de 50% para 100%; (3) os indivíduos com uma prática adequada e regular de higiene dos pés em woredas endémicas de 50% para 100%; e (4) a proporção de woredas endémicas com pelo menos uma associação de doentes com podoconiose de 25% para 100%.

Materiais e métodos

Em 2022, o Ethiopian Collaborative Research and Training Center for Neglected Tropical Diseases (CRTC NTDs AMU; Centro Colaborativo Etíope de Investigação e Formação para as Doenças Tropicais Negligenciadas) da Universidade de Arba Minch organizou visitas de observação clínica a quatro centros de saúde (CS) nas áreas montanhosas do distrito de Boreda, zona de Gamo Gofa. As discussões informais com o pessoal e os doentes centraram-se em dois dos CS que cuidavam do maior número de doentes registados com podoconiose (n=300 e n=163 doentes, respetivamente). O observador clínico também examinou as pernas e os pés dos doentes.

Resultados

Entrevistas com o pessoal: Foram entrevistados um total de cinco técnicos de saúde (enfermeiros com licenciatura): o técnico de saúde de abrangia os quatro centros, mais três técnicos de saúde num centro e um no outro. Cada centro de saúde tinha pelo menos um enfermeiro com formação, com um curso de 3 dias concluído no CRTC NTDs sobre o diagnóstico e tratamento da podoconiose, tal como aconselhado no Terceiro Plano Estratégico Nacional para as Doenças Tropicais Negligenciadas 2021-2025.³ Após a avaliação inicial do paciente, o pessoal referiu que os doentes iam ao centro de saúde ou recebiam visitas domiciliárias de um técnico de extensão de saúde mensalmente durante os primeiros 3 meses, e depois de 12 em 12 meses para resolver quaisquer problemas e reforçar o regime de autocuidados. Se os doentes tivessem um ataque agudo de dor nas pernas (dermatolinfangioadenite aguda) durante mais de 24 horas, os enfermeiros do CS davam injeções de penicilina procaína durante 7-10 dias para prevenir a septicemia. Todo o pessoal de enfermagem referiu problemas de acesso à medicação e aos materiais necessários para demonstrar o regime de cuidados da pele exigido e no cumprimento das diretrizes. Um dos centros visitados tinha um quadro na parede (Figura 1), em inglês, intitulado "Control and prevention of podoconiosis"

(Controlo e prevenção da podoconiose).

Entrevistas aos doentes: No total, houve 12 doentes com

Controlo e prevenção da Podoconiose

- ❖ Utilização correta e regular de calçado
- ❖ Lavagem diária dos pés
- ❖ Substituição de um pavimento térreo por pavimento de cimento ou revestido

Fig 1. Cartaz de parede utilizado num centro de saúde público sobre os cuidados a ter com a podoconiose.

podoconiose (9 mulheres, 3 homens) que compareceram num ou noutro dos dois centros, num dos dois dias do estudo, e que foram entrevistados. As suas idades variavam entre 24 e 87 anos; três das mulheres estavam na casa dos 20 anos, mas as restantes tinham mais de 65 anos. A maioria dos doentes (n=10) eram agricultores de subsistência. A maioria (n=11) tinha um seguro de saúde do Governo que lhes garantia cuidados de saúde e às suas famílias a um custo de 300 birr (5,6 USD) por ano.

Todos os doentes disseram ter feito longas caminhadas para aceder à água dos fontanários e para chegar ao CS. Uma mulher e a sua filha, ambas com podoconiose, tinham caminhado 10 km para chegar ao centro por estradas de terra batida.

De acordo com a examinação, todos os doentes tinham podoconiose nos estágios 1 a 3. A Figura 2 mostra um pé doente típico e calçado danificado. Não existiam feridas ou infeções fúngicas em nenhum dos doentes.

Todos os doentes afirmaram compreender a importância de lavar os pés e as pernas (para reduzir a carga bacteriana e remover as partículas de sujidade das pernas e dos pés), ajudando a restaurar a função da pele. Todos lavavam os pés e as pernas com água todas as noites. A água era obtida em fontanários a grande distância de casa, transportada em recipientes (Fig. 3).



Fig 2. Pés de um doente com podoconiose e as suas sandálias danificadas sem proteção.



Fig 3. Recipientes de água à espera de serem enchidos num fontanário ao início da manhã.

Nenhum doente usava toalha, sabão, desinfetante ou emoliente, pois diziam que não eram acessíveis. O custo mensal aproximado do tratamento da pele obtido em lojas locais na zona de Boreda era o seguinte: *Continua no verso...*

Podoconiose: observações do trabalho clínico de campo na Etiópia...continuação

- Sabonete em barra: 110 birr (2,02 US\$);
- Lixívia: (5% NaOCl) para desinfetar a água = 15 ml por dia adicionados a 6 l de água (90 birr [1,66 US\$], 450 ml);
- Emoliente de petrolato/Vaselina: (30 birr [0,55 US\$] frasco de 150 g);
- Pomada de Whitfield (para infecções fúngicas) (100 birr [1,84 US\$] por tubo);
- O custo total de um mês de tratamento = 330 birr (6,07 US\$). Este valor era incomportável para os doentes observados.

Todos os doentes usavam sapatos, mas sem proteção contra a exposição ao solo. A maioria usava sandálias de plástico danificadas (Fig. 2), arriscando a entrada de terra no pé. Nenhum paciente podia visitar o centro após a primeira visita, a não ser que necessitasse de um ciclo de injeções de antibióticos para a dermatolinfagoadenite aguda, o que normalmente ocorria cerca de uma vez por mês. Os doentes ou o pessoal não referiram a existência de associações de doentes com podoconiose nas suas proximidades.

Discussão

Inacessibilidade aos cuidados de saúde e custos

incomportáveis: O acesso aos cuidados de saúde nas regiões montanhosas da Etiópia, área onde a podoconiose ocorre com maior frequência, é difícil devido aos sistemas rodoviários fracos e às longas distâncias, e é dispendioso tanto em termos de tempo como de dinheiro. As unidades de saúde podem cobrar pelo tratamento, a menos que os doentes sejam abrangidos por um seguro de saúde do governo ou sejam extremamente pobres. Por conseguinte, os pacientes só frequentavam o centro inicialmente e quando necessitavam de injeções de antibióticos para a dermatolinfagoadenite aguda. O custo total de um mês de tratamento regular da pele era de 330 birr (6,07 US\$), o que era incomportável para os pacientes observados.

A importância da utilização diária de sabão para lavar as pernas foi referida num estudo transversal de base comunitária realizado no centro da Etiópia com 638 indivíduos, que indicou que 582 (91,2%) das pessoas lavavam as pernas com água e sabão e 410 (64,3%) duas vezes por dia.³ Um total de 40 (6,3%) pessoas tinha podoconiose, que foi referida como sendo quatro vezes mais elevada nas pessoas que lavavam os pés apenas com água em comparação com as que utilizavam água e sabão ($P=0,005$). Embora o sabão seja importante para a limpeza da pele, a água desinfetada e os emolientes também são necessários para melhorar a condição da pele e reduzir a dermatolinfagoadenite aguda.

O nosso ensaio anterior ($n=193$) procurou melhorar o tratamento da podoconiose na Etiópia através de cuidados com a pele e da sensibilização.⁴ Três meses de lavagem diária com sabão, imersão dos pés e pernas em água esterilizada e aplicação de emolientes tiveram um impacto muito positivo na qualidade de vida, reduziram as ruturas de pele e reduziram para zero o número de dias de trabalho que os participantes não podiam trabalhar devido à dermatolinfagoadenite aguda, de 4,44 dias por mês.⁴

O cartaz do CS (Fig. 1) teria sido mais útil para os doentes se fosse uma representação ilustrada do procedimento correto para lavar e secar os pés e as pernas e aplicar emolientes, uma vez que os doentes não sabiam ler inglês. Além disso, cimentar o chão térreo nas casas dos doentes era incomportável para a maioria deles.

Conhecimentos do pessoal de saúde: Nem todo o pessoal do CS tinha recebido formação sobre a prevenção e o tratamento da podoconiose, embora tivessem as diretrizes sobre a doença. A importância da formação foi registada no estudo Churko 2019,⁵ que foi realizado de acordo com a diretriz de podoconiose do MMDP de 2016 na zona de Gamo.

Este estudo incidiu sobre os conhecimentos de 320 profissionais de saúde, metade dos quais eram enfermeiros diplomados. Setenta enfermeiros (21,9%) pensavam que a podoconiose era uma doença infecciosa, 38 (11,9%) pensavam que era causada por um parasita e 71 (22,2%) acreditavam que era causada por uma maldição ou mau-olhado. Apenas 37 (11,6%) tinham tratado um paciente com podoconiose e 191 (59,7%) sentiam que tinham conhecimentos e competências inadequados para fornecer tratamento. A maioria dos enfermeiros, 311 (97,2%), não tinha orientações para o tratamento da doença na sua unidade de saúde.⁵

Falta de acesso a água potável: O acesso à água é um grande desafio na África Subsariana, onde 187 milhões de pessoas têm acesso à água de poços, rios, lagos e lagoas não protegidos. A água acedida a partir de fontes "protegidas", como os fontanários, está frequentemente contaminada com bactérias nocivas. Todos os doentes com quem falámos obtinham água de fontanários. Ninguém utilizou lixívia para desinfetar a água. Embora ninguém no presente estudo tenha dito que o acesso a água suficiente para se lavar era um problema, outros estudos relataram problemas. Um recipiente de água de 25 litros cheio pesa 25 kg (Fig. 3) e é muito difícil de transportar. Consequentemente, a utilização de água para lavar as pernas e os pés é uma prioridade pouco importante para o agregado familiar, o que resulta numa má higiene dos pés e numa doença mal gerida.⁶ Um estudo realizado na área de Boreda com 280 pacientes com linfedema relatou que 89 (31,8%) dos inquiridos caminhavam 30 minutos em cada sentido para recolher água, mais de 75% iam buscar <50 l por dia e os que transportavam 50 l por dia ou menos tinham 38% menos probabilidades de ter boas práticas de cuidados com os pés.⁷

Conclusão

Dois anos após a publicação do Terceiro Plano Estratégico Nacional para as Doenças Tropicais Negligenciadas 2021-2025, o serviço de saúde da Etiópia ainda precisa de trabalhar mais para que a podoconiose seja gerida de forma eficaz. São essenciais stocks adequados de materiais nos CS. Enquanto o sabão, a lixívia, os emolientes e o calçado de proteção continuarem a ser inacessíveis, a podoconiose continuará a ser um problema e a ter um impacto negativo na qualidade de vida e na situação económica dos indivíduos, das suas famílias e do país.

Agradecimentos: Agradecimento à International League for Dermatological Societies por nos ter concedido uma bolsa DermLink para financiar este trabalho, à equipa do CRTD NTD de Universidade de Arba Minch, Etiópia e à equipa e pacientes do Centro de Saúde Distrital de Boreda.

Referências

1. Tekola F, Ayele Z, Mariam DH *et al.* Development and testing of a *de novo* clinical staging system for podoconiosis (endemic non-filarial elephantiasis). *Trop Med Int Health* 2008; **13**:1277-83.
2. Ministry of Health of Ethiopia. The Third National Neglected Tropical Diseases Strategic Plan 2021-2025. Available at: <https://espen.afro.who.int/system/files/content/resources/Third%20NTD%20national%20Strategic%20Plan%202021-2025.pdf> (last accessed 26 June 2024).
3. Dejene F, Merga H, Asefa H. Community based cross sectional study of podoconiosis and associated factors in Dano district, Central Ethiopia. *PLoS Negl Trop Dis* 2019; **13**:e0007050.
4. Brooks J, Ersser SJ, Cowdell F *et al.* A randomized controlled trial to evaluate the effect of a new skincare regimen on skin barrier function in those with podoconiosis in Ethiopia. *Br J Dermatol* 2017; **177**:1422-31.
5. Churko C, Asnakew Asfaw M, Tunje A *et al.* Knowledge, attitude, practice and associated factors of health professionals towards podoconiosis in Gamo zone, Ethiopia, 2019. *J Foot Ankle Res* 2021; **14**:31.
6. Molla YB, Tomczyk S, Amberbir T *et al.* Podoconiosis in East and West Gojam Zones, Northern Ethiopia. *PLoS Negl Trop Dis* 2012; **6**:e1744.
7. Churko C, Yohanes T, Kassahun AB *et al.* Foot care practice and associated factors among patients with lymphoedema in Boreda district, Gamo zone, southern Ethiopia, 2020. Implications for elimination of podoconiosis and lymphatic filariasis. *J Foot Ankle Res* 2021; **14**:51.

Opinião pessoal: obter poder terapêutico!

Terence J Ryan

Professor Emérito de Dermatologia, Universidade de Oxford, Oxford, Reino Unido.

terence.ryan2021@gmail.com

Conflito de interesses: Nenhuma.

Os Ministros da Saúde dos cinco continentes estão a declarar que o confinamento foi uma consequência da COVID-19 e que explica a elevada prevalência de problemas de saúde mental em todos os grupos etários. O resultado foi a solidão devido ao distanciamento social e ao uso de máscaras.

Foi Sir William Osler, o pai da medicina moderna, que, em Oxford, no início do século XX, disse que o poder terapêutico provinha da amizade. Outro professor de Oxford, muito mais recentemente, afirmou que "a amizade é o fator mais importante para a saúde, o bem-estar e a felicidade".¹ Como dermatologista, já salientei anteriormente que se veem muitas pessoas solitárias e isoladas e que as pessoas afetadas pela lepra nos últimos 1000 anos são o melhor exemplo, uma vez que o distanciamento social era a chave para a sua gestão.²

Os doentes que observei com filaríose linfática também eram muitas vezes pessoas solitárias, uma vez que a sua família e comunidade os isolava socialmente devido à sua aparência e odor. A gestão das doenças de pele deve ser sempre amigável e pode ser ensinada aos agentes comunitários de saúde através do exemplo, sem o receio atual de sobrecarregar ainda mais o seu currículo, uma vez que podem ser os primeiros a encontrar esses doentes em isolamento. Dar-lhes-á um enorme poder terapêutico.

Referências

1. Dunbar RIM. The anatomy of friendship. *Trends Cogn Sci* 2018; **22**:32-51.
2. Ryan T. Editorial: friendship in the age of COVID-19. *Postgrad Med J* 2022; **98**:485-6.

RESPOSTAS AO DIAGNÓSTICO



Caso Um d) Líquen plano actínico

Discussão

O líquen plano actínico é descrito na literatura como um subtipo raro de líquen plano fotossensível que afeta principalmente crianças e jovens adultos.

No entanto, não é invulgar em crianças em idade escolar nos países tropicais durante os meses quentes de verão. A etiologia exata é desconhecida; no entanto, a radiação ultravioleta natural e artificial parece ser o fator precipitante predominante.

A líquen plano actínico, um diagnóstico clínico frequente caracterizado pela mancha pigmentada central rodeada por uma auréola hipopigmentada, demonstra na dermatoscopia as estrias de Wickham características (um padrão branco semelhante a um laço) nas lesões cutâneas.

O tratamento com protetores solares, esteroides tópicos e, se necessário, um curto período de esteroides orais é geralmente bem sucedido.



Caso Dois

1. Condiloma lata em sífilis secundária 2. c) Espiroquetas em campo escuro

Discussão

O condiloma lata é uma manifestação cutânea da sífilis secundária que afeta tipicamente a área anogenital. Estas lesões são húmidas e demonstram uma grande quantidade de espiroquetas em abundância na microscopia de campo escuro. A serologia da sífilis é invariavelmente reativa nestes casos.

A sífilis é uma infeção sexualmente transmissível comum causada pela espiroqueta *Treponema pallidum*. O período de incubação varia de 2 a 12 semanas.

A sífilis apresenta quatro fases clínicas.

1. Fase primária - aparece uma ou várias úlceras nas regiões anogenital ou oral.
2. Fase secundária - após 2 a 8 semanas da fase primária, são afetados vários sistemas. São frequentes as manifestações mucocutâneas como erupções cutâneas, condiloma lata e alopecia.
3. Fase latente - a fase latente da sífilis é um período em que não há sinais ou sintomas visíveis.
4. Sífilis terciária - algumas pessoas com sífilis não tratada não desenvolvem sífilis terciária. Se esta se desenvolver, os órgãos vitais do paciente podem ser afetados 10 a 30 anos mais tarde..

Uma única injeção de Benzatina benzilpenicilina G de longa duração pode curar as fases iniciais da sífilis se não houver envolvimento neurológico ou ocular. A avaliação e o tratamento do parceiro também são importantes.

Editores

Chris Lovell (Reino Unido), Michele Murdoch (Reino Unido)

Editor Fundador

Paul Buxton (Reino Unido)

Secretário Editorial

Secretariado do ILDS

Conselho Editorial

Ayesha Akinkugbe (Nigéria)
Workalemahu A. Belachew (Etiópia)
Anna Ascott (Reino Unido)
Susannah Baron (Reino Unido)
Ramesh Bhat (Índia)
Jean Bologna (EUA)
Isabel Casas (Argentina)
David Chandler (Reino Unido)

Olivier Chosidow (França)
Steven Ersser (Reino Unido)
Guadelupe Estrada (México)
Claire Fuller (Reino Unido)
Chris Griffiths (Reino Unido)
Henning Grossman (Alemanha)
Rod Hay (Reino Unido)
Arjan Hogewoning (Países baixos)

Vineet Kaur (Índia)
Harvey Lui (Canadá)
Omar Lupi (Brasil)
John Masenga (Tanzânia)
Rachael Morris-Jones (Reino Unido)
Anisa Mosam (África do Sul)
Kelvin Mponda (Malawi)
Deepani Munidasa (Sri Lanka)

Ben Naafs (Países baixos)
Rune Philemon (Tanzânia)
Terence Ryan (Reino Unido)
Mafalda Soto (Tanzânia)
Aswan Tai (Austrália)
Gail Todd (África do Sul)
Shyam Verma (Índia)
Stephen Walker (Reino Unido)

Como receber a revista Community Skin Health

A revista Community Skin Health (SCP) está disponível em formato digital e em papel. A subscrição da edição digital ou em papel é gratuita, para tal visite: bit.ly/cshjournal

Também pode **descarregar** a aplicação CSH para o seu telemóvel ou tablet com Android e iOS.

Escreva um artigo

Se os cuidados de saúde dermatológicos forem do seu interesse, a CSH é uma excelente oportunidade para partilhar a sua experiência através do envio de artigos, relatórios e cartas. Visite o website da CSH para obter as Diretrizes para Autores. Envie a sua contribuição por e-mail para CSH@ILDS.org ou por correio para Community Skin Health, International Foundation for Dermatology, Willan House, 4 Fitzroy Square, London W1T 5HQ, UK,

Direitos de Autor

Os artigos podem ser fotocopiados, reproduzidos ou traduzidos, desde que não sejam utilizados para fins comerciais ou pessoais. O nosso agradecimento a cada autor/a e à Community Skin Health.

Editora

A Community Skin Health é publicada pela International League of Dermatological Societies (ILDS) como a revista oficial da International Foundation for Dermatology (IFD) <https://ilds.org/>

Declaração Legal

A Editora, International League of Dermatological Societies and Editors, não pode ser responsabilizada por erros ou consequências resultantes da utilização da informação contida na revista. Os pontos de vista e opiniões expressos não refletem necessariamente os da Editora, a International League of Dermatological Societies and Editors, nem os anúncios constituem qualquer endosso da Editora, a International League of Dermatological Societies and Editors.

ISSN 2632-8046



Fundada oficialmente em 1935, a International League of Dermatological Societies (ILDS) tem vindo a promover a saúde da pele em todo o mundo há mais de 80 anos. A sua precursora começou em 1889 no primeiro de muitos Congressos Mundiais de Dermatologia. Atualmente, a ILDS representa a dermatologia ao mais alto nível com mais de 170 membros de mais de 80 países. Representamos mais de 200 000 dermatologistas.

A International Foundation for Dermatology (IFD) foi criada em 1987 para realizar as atividades de dermatologia de saúde global da ILDS. Atualmente, a IFD apoia projetos em África, na Ásia-Pacífico e na América do Sul. A CSH é a revista oficial da IFD.



Associados à HIFA
Health information for All

Torne-se amigo/a da CSH

Por apenas 5\$, 5€ ou 5£ por mês, pode tornar-se um Amigo/a da CSH. O seu donativo regular ajudar-nos-á a enviar mais de 10 000 exemplares da revista aos profissionais de saúde de todo o mundo.

Para mais informações sobre como se tornar um Amigo/a, envie um e-mail para

CSH@ILDS.org



Se fizer compras online, pode apoiar financeiramente a revista sem qualquer custo adicional. Vários dos principais comerciantes farão um donativo com base no montante que gastar.

www.easyfundraising.org.uk

Promoting global
Community Skin Health
through education