



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS
FUNDAÇÃO ALFREDO DA MATTA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
CIÊNCIAS APLICADAS A DERMATOLOGIA
MESTRADO PROFISSIONAL**



**PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS COM
DERMATITE ATÓPICA ATENDIDOS EM CENTRO DE REFERÊNCIA**

PRISCILLA LIMA AFONSO BEZERRA

MANAUS

2023

PRISCILLA LIMA AFONSO BEZERRA

**PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS COM
DERMATITE ATÓPICA ATENDIDOS EM CENTRO DE REFERÊNCIA**

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

Orientadora: Profa. Dra. Rossilene Conceição da Silva Cruz

**MANAUS
2023**

FICHA CATALOGRÁFICA

B574pp Bezerra, Priscilla Lima Afonso
Perfil clínico e epidemiológico de pacientes pediátricos
com dermatite atópica atendidos em centro de referência /
Priscilla Lima Afonso Bezerra. Manaus : [s.n], 2023.
63 f.: color.; 42 cm.

Dissertação - PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
CIÊNCIAS APLICADAS A DERMATOLOGIA
MESTRADO PROFISSIONAL - Universidade do Estado
do Amazonas, Manaus, 2023.

Inclui bibliografia

Orientador: Dra. Rossilene Conceição da Silva Cruz

1. dermatite atópica. 2. eczema. 3. dermatologia
pediátrica. 4. atopia. I. Dra. Rossilene Conceição da
Silva Cruz (Orient.). II. Universidade do Estado do
Amazonas. III. Perfil clínico e epidemiológico de pacientes
pediátricos com dermatite atópica atendidos em centro de
referência

FOLHA DE JULGAMENTO

PRISCILLA LIMA AFONSO BEZERRA

“Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do Título de Mestre em Ciências Aplicadas a dermatologia, aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas a Dermatologia da Universidade do Estado do Amazonas em convênio com a Fundação Alfredo da Matta”.

Banca Julgadora:

Presidente

Membro

Membro

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, pelo apoio de sempre.
Aos meus filhos, meu amor incondicional.

AGRADECIMENTOS

À Fundação Alfredo da Matta pela oportunidade em realizar este mestrado profissional.

À Universidade do Estado do Amazonas pela formação e possibilidade de avançar mais uma importante etapa profissional e acadêmica.

À minha orientadora, Dra. Rossilene Cruz pelo incentivo, proporcionando muito aprendizado e admiração.

Aos docentes do programa, por nos guiarem neste projeto, compartilhando seu tempo e conhecimento.

Aos funcionários do Departamento de Controle de Doenças e Epidemiologia da instituição e da Diretoria de Ensino e Pesquisa pelo carinho e respeito com os quais me atenderam sempre, possibilitando a conclusão deste trabalho.

Aos colegas dessa jornada, com quem dividi as angústias, dúvidas, alegrias e vitórias durante essa etapa de nossa formação.

Ao meu amigo e companheiro de longa data, Allan Bezerra, pela parceria, auxílio e apoio nesta fase.

Aos meus filhos, Lucas e Miguel, pelo amor e compreensão de sempre e em especial neste período.

Aos meus pais, Nivaldo e Luiza, e minha irmã, Giselle, pelo apoio e suporte incondicionais sempre e em todos os momentos.

RESUMO

Introdução: A dermatite atópica é uma doença crônica e recidivante, de etiologia multifatorial, e que demanda acompanhamento periódico para seu pleno controle. Os sintomas em geral surgem na infância e por vezes persistem até a idade adulta, englobando questões que envolvem investimento financeiro, emocional e associação de outras doenças crônicas atópicas. A faixa etária infantil é população importante do ponto de vista epidemiológico no que concerne à dermatite atópica, sendo a principal faixa etária acometida. **Objetivo:** Investigar dados epidemiológicos referentes à dermatite atópica em centro de referência localizado no Estado do Amazonas e qualificar dados clínicos identificados na população pediátrica acometida por esta condição. **Método:** Todas as variáveis foram coletadas por meio de análise de prontuários de pacientes diagnosticados com dermatite atópica atendidos na Fundação Alfredo da Matta, no período de abril de 2021 a março de 2022, com idade inferior a 18 anos. Os dados clínicos foram analisados por meio de instrumento de coleta de dados para avaliação de sintomas, tempo de doença, manifestações dermatológicas e comorbidades. Nenhum prontuário foi excluído das análises. **Resultados e discussão:** Foram avaliados prontuários de 438 pacientes pediátricos. Identificou-se porcentagem expressiva de diagnósticos neste grupo, com taxa de 75% de consultas de dermatite atópica dentro desta faixa etária, corroborando dados clínicos e epidemiológicos identificados em estudos realizados em outras regiões, levando em conta a escassez de trabalhos publicados no Brasil, principalmente na região norte.

Palavras-chaves: dermatologia pediátrica, eczema, dermatite, perfil dermatológico, doença inflamatória, atopia, SCORAD.

ABSTRACT

Introduction: Atopic dermatitis is a chronic and relapsing disease, of multifactorial etiology, which requires periodic follow-up for its full control. Symptoms generally appear in childhood and sometimes persist into adulthood, encompassing issues involving financial and emotional investment and the association of other chronic atopic diseases. The child age group is an important population from an epidemiological point of view with regard to atopic dermatitis, being the main age group affected. **Objective:** To investigate epidemiological data regarding atopic dermatitis in a reference center located in the State of Amazonas and to qualify clinical data identified in the pediatric population affected by this condition. **Method:** All variables were collected through the analysis of medical records of patients diagnosed with atopic dermatitis treated at the Alfredo da Matta Foundation, from April 2021 to March 2022, aged less than 18 years. Clinical data were analyzed using a data collection instrument to assess symptoms, disease duration, dermatological manifestations and comorbidities. No medical records were excluded from the analyses. **Results and discussion:** The medical records of 438 pediatric patients were evaluated. A significant percentage of diagnoses was identified in this group, with a rate of 75% of atopic dermatitis consultations within this age group, corroborating clinical and epidemiological data identified in studies carried out in other regions, taking into account the scarcity of studies published in Brazil, mainly in the northern region.

Keywords: pediatric dermatology, eczema, dermatitis, dermatological profile, inflammatory disease, atopy, SCORAD.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fase infantil. Eritema confluyente, microvesiculação, descamação e crostas (Fonte: Fitzpatrick's Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology)	21
Figura 2 – Fase pré-puberal. Erupção generalizada, com pápulas inflamatórias confluentes, erosivas, escoriadas e com crostas (Fonte: Fitzpatrick's Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology)	22
Figura 3 – Fase pré-puberal. Espessamento da pele com linhas exageradas de pele e liquenificação nas regiões flexoras (Fonte: Fitzpatrick's Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology).....	22
Figura 4 – Fase adulta. Liquenificação com acometimento de região poplíteia e nádegas (Fonte: Azulay Dermatologia).....	23
Figura 5: Distribuição de atendimentos.....	32
Figura 6 - Distribuição de pacientes de acordo com a localidade	37
Figura 7 - Distribuição de pacientes na cidade de Manaus	39
Figura 8 - Distribuição de lesões no corpo	45

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição de pacientes por idade.....	35
Gráfico 2 - Número de consultas com relação à quantidade de pacientes.	35
Gráfico 3 - Distribuição por localização: Capital x Interior.....	36
Gráfico 4 - Número de consultas de pacientes provenientes do interior.	37
Gráfico 5 - Casos agudos x Casos crônicos.....	41
Gráfico 6 - Distribuição por gênero.....	41
Gráfico 7 - Presença de fatores predisponentes.....	42
Gráfico 8 - Comorbidades associadas.	43
Gráfico 9 - Infecções secundárias em pacientes crônicos.	43
Gráfico 10 - Localização das lesões.	44
Gráfico 11 - Aspectos clínicos dermatológicos.....	45
Gráfico 12 - Alterações de comportamento na dermatite atópica.	47
Gráfico 13 - Alterações de comportamento de acordo com a idade.	47

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição de pacientes por idade	34
Tabela 2 - Distribuição de atendimentos de acordo com o município.....	38
Tabela 3 - Distribuição de pacientes por bairros na cidade de Manaus.	40
Tabela 4 - Distribuição por gênero.	41

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	14
2.1 CONCEITO	14
2.2 EPIDEMIOLOGIA	14
2.3 FATORES DE RISCO	15
2.4 ETIOPATOGENIA.....	19
2.5 FATORES DESENCADEANTES.....	19
2.6 QUADRO CLÍNICO.....	20
2.7 DIAGNÓSTICO	23
2.8 TRATAMENTO	24
2.9 COMPLICAÇÕES.....	27
2.10 QUALIDADE DE VIDA E EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA DO PACIENTE	27
2.11 PREVENÇÃO PRIMÁRIA.....	28
4. OBJETIVOS	29
4.1 GERAL:	29
4.2 ESPECÍFICOS:.....	29
5. METODOLOGIA	30
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
7. CONCLUSÕES	49
8. PRODUTOS.....	50
9. REFERÊNCIAS	51
10. APÊNDICES.....	54
10.1 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	55
10.2 FOLDER DE ORIENTAÇÃO.....	56
10.3 INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO	57

1.INTRODUÇÃO

A dermatite atópica é uma doença inflamatória crônica e recidivante, prevalente no mundo inteiro, principalmente nos países industrializados, de etiologia multifatorial, caracterizada por prurido, que pode ser moderado a intenso e acomete principalmente pacientes na faixa etária pediátrica. Sua evolução ocorre em ciclos de melhora e recidiva e se manifesta clinicamente sob a forma de eczema (1).

O diagnóstico é essencialmente clínico, baseando-se em critérios diagnósticos clínico-laboratoriais, como presença de prurido, evolução da doença e história familiar e/ou pessoal de atopia. Os critérios de Ranifin e Rajka e os critérios de consenso da Academia Americana de Dermatologia distinguem as chamadas características essenciais, comuns e associadas da dermatite atópica e podem ser úteis no cenário clínico. As características essenciais são prurido intenso; lesões eczematosas agudas, subagudas ou crônicas; e curso da doença crônica ou recidivante. As lesões podem surgir em qualquer parte do corpo, com padrão de distribuição de acordo com a faixa etária do paciente. Lactentes apresentam lesões agudas bem distribuídas pelo corpo, com intenso eritema, edema, escoriações e exsudato seroso, principalmente em face e tronco. Na infância, as lesões se tornam mais localizadas e crônicas, com eritema, xerose e lesões de coçadura crônica especialmente em áreas de dobras. Adolescentes e adultos podem apresentar padrão difuso ou localizado, tipicamente em mãos, pálpebras e flexuras (2).

Encontra-se, dentre as alterações laboratoriais, presença de IgE total ou alérgenos-específicos elevados, não estando presente em todos os casos, e ocasionando em duas classificações da doença: associada a IgE (extrínseco) e não-associada a IgE (intrínseco) (2).

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 CONCEITO

A dermatite atópica, também conhecida como eczema atópico, é uma doença inflamatória crônica, recidivante e frequente, caracterizada por prurido intenso que acomete principalmente a faixa etária pediátrica, e associa-se frequentemente com a asma e a rinite alérgica. Observa-se aumento da prevalência nas últimas décadas, particularmente nos países desenvolvidos (2). É considerado problema de saúde global ao se levar em conta seu alto custo de tratamento e prejuízos à qualidade de vida dos pacientes, com razoável morbidade, e carga de cronicidade e peso comparáveis a doenças como epilepsia, fibrose cística e diabetes mellitus (2). A dermatite atópica geralmente surge durante a infância, com ampla gama de sinais e sintomas que interferem em atividades rotineiras, causam limitações funcionais, estresse psicossocial e estigmas (2). Observa-se, no âmbito emocional, alterações de comportamento mais frequentes em comparação com crianças hípidas, como dificuldades sociais, depressão e ansiedade (3). As implicações financeiras de seu tratamento afetam suas famílias, as gestões de saúde pública e sociedade em geral (2).

2.2 EPIDEMIOLOGIA

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, é previsto que a dermatite atópica afete ao menos 230 milhões de pessoas em todo o mundo, sendo a principal causa de doença não-fatal dentre as alterações cutâneas e a principal doença inflamatória de pele nos países desenvolvidos, sem distinções de gênero, raça e idade, com ocorrência frequente em famílias com outras atopias. A prevalência estimada na população pediátrica é de 15 a 25%, também se manifestando em adultos, em menor escala, em torno de 1 a 2% (4). Estudos estatísticos evidenciam que nas últimas décadas a incidência de dermatite atópica vem crescendo nos países industrializados em torno de 2 a 3%, especialmente nos Estados Unidos, Europa e Japão, possivelmente por questões genéticas, sociais ou ambientais (2). Apesar da manifestação ocorrer

em todas as idades, o pico de incidência se concentra na infância, com início por volta dos 6 meses em 45% dos casos, 60% ao longo do primeiro ano de vida e 80 a 90% antes do quinto ano de vida, sendo geralmente a primeira manifestação de outras condições atópicas, como alergia alimentar, rinite alérgica e asma, a chamada “marcha atópica”, que é caracterizada por uma sequência típica de doenças atópicas que precedem o desenvolvimento de outras condições de atopia ao longo da vida (2). Evidências indicam que 50% das crianças que desenvolvem dermatite atópica antes de 2 anos de vida, desenvolverão asma nos anos subsequentes (2). Além disso, crianças com dermatite atópica que desenvolvem rinite alérgica e asma são mais propensas a manifestar doença severa. Em geral, em idade escolar ou na fase de adolescência, há melhora importante do quadro clínico e remissão da doença. Uma pequena parcela persiste com sintomas na idade adulta, com curso crônico e recorrente (5). Estudos recentes indicam que a proporção de pacientes que persistem sintomáticos ou com recaídas após longo período assintomático, mesmo na idade adulta é maior do que se imaginava (2).

No Brasil, a prevalência de dermatite atópica varia de acordo com a região e idade dos pacientes, com número maior de casos em Norte e Nordeste (6).

2.3 FATORES DE RISCO

Fatores ambientais envolvidos englobam a vivência em centros urbanos, clima seco, com pouca incidência de raios ultravioleta, dieta rica em açúcares e ácidos graxos poli-insaturados, exposição a antibióticos antes dos 5 anos de idade, status socioeconômico elevado, núcleo familiar pequeno (2). O estresse se apresenta como fator bidirecional no que tange a influência do humor em doenças orgânicas, sendo importante fator de desencadeamento, agravamento e diminuição de sintomas de doenças alérgicas, dentre elas, a dermatite atópica (7), além de ser fator que interfere no prejuízo do seu controle, e na eficácia do tratamento (3).

A etiologia é multifatorial e envolve fatores genéticos, psicológicos e ambientais, bem como história familiar de atopia (8). A sensibilização alérgica dos indivíduos advém também de interações genéticas e ambientais (9). A persistência de sintomas na fase adulta está relacionada à idade precoce de

início dos sintomas, formas graves de apresentação, história familiar de dermatite atópica e sensibilização alérgica precoce (1). Os fatores ambientais desencadeantes envolvem deficiência de vitamina D, aeroalérgenos, produtos de limpeza e higiene, poluentes atmosféricos, colonizações bacterianas, alimentação, mudanças climáticas, e até mesmo alterações emocionais dos cuidadores dos pacientes (3). Agentes como sabões e detergentes agredem a pele, interferem na barreira cutânea e facilitam a interação entre irritantes e alérgenos e o sistema imune, gerando inflamação (1). Alérgenos de animais são importantes desencadeadores de doença alérgica em geral, assim como alérgenos de barata e ácaros, podendo ocorrer reatividade cruzada por sensibilização a estruturas altamente conservadas de invertebrados, tais como tropomiosina de frutos do mar, ou paramiosina de *Schistosoma mansoni* e *Onchocerca volvulus*, isto é, sensibilizações envolvendo fatores combinados de exposição alimentar e de aeroalérgenos (9). Outros fatores de risco envolvidos abrangem irritantes de contato com a pele, poluentes, fumaça de tabaco, água dura (rica em minerais como cálcio e magnésio), que pode ocasionar acúmulo de resíduos na pele e cabelos, impedindo a manutenção da hidratação natural da pele, ocasionando xerodermia (1).

Alterações de temperatura têm apresentado resultados díspares nos estudos, pois ao mesmo tempo em que se observa melhora da dermatite atópica em temperaturas mais altas, a sudorese funciona como irritante à pele, acentuando a inflamação. Locais com maiores índices pluviométricos apresentam menor prevalência, possivelmente pela menor exposição à radiação UV e regulação da filagrina como resultado da persistência da inflamação cutânea (1).

Os mecanismos ainda são desconhecidos, porém a dermatite atópica tem sido considerada desordem sistêmica, associada como fator de risco para várias desordens alérgicas e não-alérgicas, como alergias alimentares, doenças respiratórias, infecções cutâneas e extra-cutâneas, doenças inflamatórias e auto imunes, condições neuropsiquiátricas, linfomas e doenças cardiovasculares (2). Fatores de risco de grande importância também incluem a vivência em ambientes urbanos e locais com pouca exposição à radiação ultravioleta e com condições climáticas secas, ou seja, com baixa umidade e poucas precipitações. A análise de alérgenos em diferentes regiões brasileiras evidencia diferenças de

acordo com condições de temperatura e umidade do ar, do microclima de ambientes fechados e das condições externas (9).

A dieta interfere de forma considerável, se rica em açúcares e ácidos graxos poli-insaturados (comum em países ocidentais), exposição contínua a antibióticos antes dos cinco anos de idade, famílias de menor tamanho, com maior escolaridade e nível socioeconômico (2).

A exposição pré-natal e na fase de lactente ao mofo já foi evidenciada em estudos como sendo fator de risco ao desenvolvimento de dermatite atópica em bebês ao longo do primeiro ano de vida, com alterações no microbioma cutâneo, inclusive com associação de espécies *Malassezia* (10). Estudos indicam que evitar ou amenizar a exposição a ambientes com microbioma rico em espécies fúngicas durante períodos críticos de desenvolvimento fetal podem ajudar a prevenir o desenvolvimento da dermatite atópica especialmente no primeiro ano de vida (11). Agentes menos consistentes como risco para dermatite atópica incluem a exposição materna durante a gestação ou em fase pós natal ao estresse (possivelmente por interferência no sistema imunológico do feto) (1), tabaco, antibióticos ou consumo de bebidas alcólicas; aleitamento materno exclusivo de longa duração; vacinação infantil de rotina; infecções virais ou bacterianas; poluentes atmosféricos; ambientes agrícolas e animais domésticos com pelos. Todavia, certas exposições maternas podem amenizar o risco, incluindo a dieta e uso de probióticos (2).

Muitos estudos evidenciam a importância de bactérias do trato gastrointestinal na patogênese alérgica no que tange à estimulação do sistema imune. O intestino do neonato a princípio é estéril, e recebe colonização a partir da exposição à microbiota materna durante o momento do parto vaginal. O aleitamento materno interfere na manutenção da flora, com promoção do crescimento e atividade de *Lactobacillus* e *Bifidobacteria*. Nos lactentes, a presença de bactérias intestinais comensais ainda é menos frequente, o que interfere na predisposição ao desenvolvimento de doenças alérgicas. O uso de substâncias que agem no sistema imune é de grande interesse no controle destas doenças. Pro e prebióticos atuam desta forma, sendo aliados na escolha terapêutica (12). Estudos epidemiológicos mostram que incidência maior de infecções do trato gastrointestinal estão relacionadas a menor prevalência de alergias. O conhecido mecanismo de ruptura da barreira cutânea interfere

também na mucosa intestinal e na composição de sua microflora, com transferência de antígenos exógenos. Observou-se que o *Lactobacillus paracasei* foi identificado como acelerador da recuperação da barreira mucosa. Os prebióticos são substâncias não digeríveis que beneficiam o hospedeiro estimulando o crescimento ou atividade de um grupo específico de bactérias intestinais. Probióticos são microrganismos vivos com efeitos imunomodulatórios e ação benéfica na saúde do hospedeiro, devido à alteração da resposta imune, competindo com a flora intestinal perigosa, toxinas e melhorando a função de barreira intestinal, além da produção de citocinas pró e anti-inflamatórias. Mimetizam Th1, suprimem a resposta Th2 e atuam nos T reguladores, mostrando relação inversa com eosinófilos, imunoglobulina E e IFN- γ (13).

O mecanismo genético envolvido na patogênese da dermatite atópica é o declínio das células T reguladoras, cruciais na regulação da resposta imune. O desequilíbrio na ativação de citocinas Th1/Th2 está implicado no desenvolvimento da dermatite atópica, e crescem evidências de que a microbiota intestinal apresenta importante papel na regulação do sistema imune (13).

A ruptura da barreira cutânea leva a inflamação crônica com hiperplasia epidérmica e infiltrados intracelulares, incluindo células dendríticas, eosinófilos e células T. Atualmente, a dermatite atópica é considerada bifásica ou doença mediada por células T binárias em relação à desregulação imune. Um sinal de Th2 rico em IL-4, IL-5, IL-13, IL-25 e IL-31 predomina na fase aguda, enquanto um interruptor Th2-Th1 promove a cronicidade da doença (2). Foram observados 65 genes ligados à dermatite atópica, em sua grande maioria relacionados à mutação no gene da filagrina (FLG) (1).

O conceito de marcha atópica se refere à evolução natural de doenças alérgicas, com sintomas variáveis de acordo com a faixa etária do paciente, sendo variável nos diferentes períodos de vida. As doenças atópicas compartilham fatores genéticos e fisiopatológicos, com sensibilização a alérgenos e predomínio de Th2. A dermatite atópica se manifesta tipicamente nos primeiros meses de vida, podendo ser acompanhada pela sensibilização a outros alérgenos, alimentares e ambientais e infecções de vias aéreas superiores. Em geral, a dermatite atópica precede manifestações de asma e rinite alérgica (1).

2.4 ETIOPATOGENIA

Os conceitos de fisiopatogenia envolvidos englobam múltiplos agentes, com interações genéticas e ambientais, que contribuem de diversas formas para que haja disfunção da barreira epidérmica e disbiose da microbiota cutânea, com ampla variedade de apresentações clínicas (2). Duas hipóteses vêm sendo discutidas recentemente quanto à etiopatogenia: de fora para dentro, devido à disfunção da barreira epidérmica; e de dentro para fora, como resultado primário de alteração imune que desencadearia a resposta inflamatória a irritantes e alérgenos ambientais. A barreira cutânea é composta por um conjunto de sistemas que a protegem e estão intimamente relacionados, sendo eles: a barreira mecânica celular, composta por corneócitos; o manto lipídico, composto por lipídios produzidos pelos corpos lamelares da camada granulosa; manto ácido, sendo o pH ácido da superfície cutânea mantido entre 4,5 e 5,5, dificultando a multiplicação de bactérias; flora bacteriana residente, dificultando colonização por bactérias patogênicas. Possivelmente, todos os pacientes apresentam uma combinação de desregulação imunológica e disfunção de barreira cutânea, sendo ambas as hipóteses relevantes. A partir da ruptura da barreira física, inicia-se uma rápida resposta imune inata a fim de evitar invasão e replicação microbianas (1).

2.5 FATORES DESENCADEANTES

As infecções representam os principais fatores de complicação, devido a alterações no pH da pele e deficiência de peptídeos microbianos (1). Os pacientes são comumente mais colonizados por *Clostridium sp.* e *Staphylococcus sp.* do que crianças não-alérgicas (13). O *S. aureus* coloniza entre 5 e 30% da população geral e mais de 90% dos pacientes com dermatite atópica, podendo exacerbar ou manter a doença, sendo grande parte destes, produtores de toxinas, estando o aumento da frequência de colonização relacionado à gravidade da doença. Sinais como maior exsudação, fissuras periauriculares, pústulas superficiais e crostas melicéricas indicam infecção secundária, facilitada pelo ato de coçar, por gerar solução de continuidade. Os *S. aureus* também atuam como superantígenos, desencadeando uma resposta

IgE específica, além de induzirem apoptoses das células e inibição da ação de corticosteroides (1).

Infecções virais também podem cursar na dermatite atópica, como a erupção variceliforme de Kaposi, ou eczema herpético; eczema peri molusco; eczema *Coxsackium* (14).

Os fungos também podem atuar como fatores desencadeantes, principalmente as espécies do gênero *Malassezia*, sendo mais evidentes nos casos de difícil tratamento, em lesões na face e região cervical e em adolescentes (1).

A associação com alergia alimentar ainda é motivo de discussão, porém estudos recentes indicam relações positivas principalmente com relação a clara de ovo, leite de vaca e trigo em lactentes (1).

Os aeroalérgenos relacionados à dermatite atópica são derivados de ácaros da espécie *Dermatophagoides pteronyssinus* e *D. farinae*. Exposição a mofo em ambientes úmidos também aumenta risco de eczema (1).

A ideia de haver mecanismo de autoimunidade pode se embasar na observação de que os pacientes apresentam reatividade de IgE a uma variedade de antígenos proteicos humanos, e análises moleculares de alérgenos têm revelado similaridades entre antígenos ambientais e proteínas humanas (1).

Fatores neuro-psico-imunológicos também estão envolvidos e em até 70% dos pacientes com dermatite atópica existe associação comprovada com estresse, além de aumento da apresentação do sistema neuroendócrino. Níveis plasmáticos elevados de fator de crescimento neural (NGF), do peptídeo relacionado ao gene da calcitonina (CGRP) e da substância P são observados em pacientes com dermatite atópica e se relacionam de forma positiva com a doença. A filagrina é um importante hidratante natural do estrato córneo, e alterações do gene da filagrina são observadas em até 50% dos pacientes (1).

2.6 QUADRO CLÍNICO

Existem diversos fenótipos clínicos, relacionados à idade, raça e severidade da doença, sendo basicamente caracterizada por eczema pruriginoso, com descamação, associado a xerodermia (4). As características clínicas variam de acordo com a faixa etária do paciente, em geral (1). As lesões

crônicas se apresentam como eritematosas ou acastanhadas, com xerose, pele rachada ou descamando, com liquenificação e nódulos de prurigo. O prurido noturno, especialmente, é responsável por gerar distúrbios de sono, fadiga e alterações mentais (2).

Manifestações clínicas:

A fase infantil ocorre comumente entre o primeiro e o sexto mês de vida e se caracteriza por prurido intenso e lesões cutâneas como pápulas, eritema, vesículas e formação de crostas principalmente em face, região extensora dos membros e tronco, sendo comum a associação de infecção secundária. Dermatite seborreica também pode ser observada (1).



Figura 1 - Fase infantil. Eritema confluyente, microvesiculação, descamação e crostas (Fonte: Fitzpatrick's Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology)

A fase pré-puberal compreende dos 2 anos até a puberdade, com lesões prevalentes em regiões flexurais de joelhos e tornozelos, pescoço, punhos e tornozelos. As lesões agudas são substituídas por áreas de liquenificação, com manutenção de prurido, de difícil controle (1).



Figura 2 – Fase pré-puberal. Erupção generalizada, com pápulas inflamatórias confluentes, erosivas, escoriadas e com crostas (Fonte: Fitzpatrick's Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology)



Figura 3 – Fase pré-puberal. Espessamento da pele com linhas exageradas de pele e liquenificação nas regiões flexoras (Fonte: Fitzpatrick's Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology)

A fase adulta apresenta lesões mais liquenificadas, especialmente nas regiões flexurais e nas mãos. Crianças com sintomas mais severos e com alterações psicológicas importantes têm tendência de manter a doença na fase adulta, o que evidencia a importância da assistência emocional durante a infância (1).



Figura 4 – Fase adulta. Liquenificação com acometimento de região poplíteia e nádegas (Fonte: Azulay Dermatologia)

2.7 DIAGNÓSTICO

Não há teste diagnóstico específico ou marcador patognomônico para dermatite atópica, sendo este essencialmente clínico, cujo principal sintoma é o prurido associado às manifestações clínicas tipicamente observadas. Mesmo a dosagem de IgE não se encontra alterada em todos os pacientes, podendo ser identificados os casos intrínsecos (não-associados a IgE) e extrínsecos (associados a IgE). Lactentes e crianças menores podem apresentar sintomas atípicos, porém em geral o diagnóstico é fácil. Biópsias cutâneas podem ser úteis para se realizar diagnósticos diferenciais (2).

O principal critério diagnóstico é o Ranifin e Rajka, sendo o mais utilizado mundialmente.

A avaliação laboratorial auxilia na identificação de agentes desencadeadores da doença, sendo fundamental para nortear o tratamento e prevenção de contato com agentes agravantes. Eosinofilia identificada no sangue periférico e níveis elevados de IgE sérica total são achados frequentes

em pacientes com dermatite atópica, porém sem especificidade, indicando, em geral, correlação com a gravidade da doença (1).

O teste cutâneo de leitura imediata (TCLI) é um método prática para a identificação de anticorpos IgE em pacientes de quaisquer idades, sendo útil na identificação de agentes desencadeadores de sintomas, sendo a técnica de punctura a primeira linha. Os alérgenos alimentares de maior destaque são o leite de vaca, a clara do ovo, o amendoim e a soja. A determinação de níveis séricos de IgE específicos são importantes na identificação da sensibilização alérgica principalmente de alimentos, sendo que um terço dos pacientes com dermatite atópica moderada a grave apresentam alergia alimentar. O teste de contato para atopia permite detectar sensibilização relevante na ausência de IgE específica, consistindo na aplicação epicutânea de alérgenos de proteínas intactas, com uso de dispositivos próprios (1).

A provocação oral com alimentos é o padrão ouro no diagnóstico de alergia alimentar em crianças, devendo ser realizado controle duplo-cego, placebo controlado. Outros exames recentemente desenvolvidos incluem a quantificação de histamina liberada por basófilos, a determinação do nível de anticorpos séricos IgG e IgG4 específicos, a pesquisa e a quantificação de complexos antígeno-anticorpo, a determinação da expressão de CD63 em basófilos, a determinação dos níveis de anticorpo IgA anti-gliadina, anti-transglutaminase e anti-endomísio (1).

2.8 TRATAMENTO

O tratamento requer abordagem em múltiplas etapas, com foco inicial na redução do prurido e controle da doença. A escolha da terapêutica leva em conta a idade do paciente, intensidade de sintomas, comorbidades, custos, adesão (2). O agravamento das lesões e a intensidade dos sintomas trazem implicações diretas à vida do paciente, com consequências na adaptação social, escolar e no próprio âmbito familiar (8).

Quanto às alternativas terapêuticas, o uso de medicina alternativa, como fitoterápicos, não encontra embasamento científico, por vezes levando à piora de sintomas (15).

A primeira linha de tratamento envolve os hidratantes, que são compostos por combinações variáveis de emolientes, substâncias oclusivas e umectantes, de forma a reduzir as crises, melhorando a xerodermia e o prurido. Basicamente, a fim de diminuir a xerose, é necessário manter hábitos de banhos mornos curtos, entre 5 a 10 minutos, uso de sabonetes com pH entre 5 e 6, uso de toalhas macias e roupas de algodão. Nos períodos de crise é necessário associação de anti-inflamatórios tópicos, com imunomoduladores ou corticosteroides nas áreas afetadas (14). O uso de corticoides demanda cuidado, sendo sugeridos aqueles de maior potência por curtos períodos e os de baixa potência por períodos mais prolongados. A escolha do corticosteroide mais adequado se norteia pela gravidade da lesão. Os imunomoduladores tópicos, inibidores da calcineurina, são utilizados nas crises, combatendo a inflamação, não sendo, porém, primeira escolha (14).

O prurido crônico é definido como a manutenção deste sintoma por mais de seis semanas, interferindo na redução da qualidade de vida, com alterações de sono e humor, e sendo agravado por fatores como ansiedade e depressão. Diversos mediadores de prurido já foram estudados, dentre eles a histamina, que ainda não possui direta comprovação no prurido da dermatite atópica. A protease e receptores de protease ativada e seus agonistas, além da IL-31 têm participação importante no desencadeamento e agravamento das lesões (14).

A eliminação dos fatores desencadeantes é fundamental para manter longos períodos sem crises. Devem-se evitar tecidos ásperos e oclusivos, temperaturas quentes, dar preferência a sabonetes com pH neutro ou ácido. Para o controle de infecções secundárias é importante a limpeza local com antissépticos tópicos e uso de antibióticos sistêmicos ou tópicos, não sendo recomendado o uso por longos períodos ou profilático.

O tratamento da dermatite atópica grave e refratária é norteado com imunossupressão sistêmica, sendo apenas a ciclosporina aprovada no Brasil. Entre os fármacos imunossupressores usados com frequência, temos os corticosteroides sistêmicos, a ciclosporina, a azatioprina, o micofenolato de mofetil, metotrexato, interferon gama, imunoglobulina intravenosa e imunobiológicos (14).

A fototerapia já é utilizada há tempos na terapêutica de outras condições inflamatórias, como vitiligo e psoríase, sendo boa opção em dermatite atópica no

controle do prurido, lesões de pele e alterações do sono, com possibilidades de períodos de remissão de sintomas de até seis meses (14).

Hospitalização pode ser necessária em casos graves e refratários ao tratamento ambulatorial, sendo boa oportunidade para avançar na investigação de possíveis patógenos e alérgenos associados (14).

Imunoterapia específica é recurso terapêutico eficaz e seguro, porém não recomendado como de uso rotineiro para ácaros em pacientes com dermatite atópica (14). A compreensão da fisiopatogenia ainda tem poucos avanços no entendimento da relação genótipo-fenótipo. Há evidências para que se considere a dermatite atópica com acentuado desvio sistêmico de reação do tipo Th2, sendo a IgE total um biomarcador para a classificação simples dos pacientes, em intrínseca (não associada à IgE) e extrínseca ou alérgica (associada à IgE). Os alvos do uso de imunobiológicos no tratamento são as citocinas e receptores de citocinas, tendo como representantes o anti-receptor de interleucina-4 (dupilumabe), anti-interleucina-13 (lebrikizumabe e tralokinumabe), anti-interleucina-17, anti-interleucina-22, anti-interleucina-31, todos sendo estudos recentes em crianças, nos últimos cinco anos (14).

O tratamento deve ser norteado pela classificação em subgrupos de pacientes, levando em conta defeitos genéticos da barreira cutânea, deficiências de imunidade inata ou adaptativa, reações de autorreatividade, que iniciam ou mantêm a doença. A abordagem deve ser individualizada. O alvo do tratamento com imunobiológicos são citocinas e receptores de citocinas. Exemplos de imunobiológicos recentemente estudados são dupilumabe (anti-receptor de IL-4), com boa resposta na diminuição de prurido, melhora da qualidade de vida e de sintomas como ansiedade e depressão, já sendo medicação aprovada pelo FDA; lebrikizumabe e tralokinumabe (anti IL-13) seguem com estudos em andamento; secukinumabe (anti IL-17) necessita de estudos para sua utilização em dermatite atópica; anti IL-22 ainda não possui estudos clínicos; anticorpo monoclonal humanizado de IL-31 reduziu prurido em pacientes com dermatite atópica grave, com melhora do eczema (14).

Outras moléculas de interesse compreendem a linfopoiética timoestrômica, homólogo do receptor quimioatraente expresso em linfócitos Th2, inibidor de Janus Kinase, inibidores de fosfodiesterase 4, anti-receptor H4 de histamina, anti-IgE e seguem em estudos em andamento (14).

2.9 COMPLICAÇÕES

Defeitos da barreira cutânea associados a alterações da imunidade inata da pele podem favorecer o surgimento de complicações por infecções bacterianas, principalmente por *S. aureus*, que atuam como alérgenos, exacerbando e mantendo inflamação, desencadeando superinfecções, cursando inclusive com insuficiência cardíaca e sepse. Complicações oftalmológicas também podem ser observadas. Os fatores neuro-psico-imunológicos atuam de forma direta na dificuldade de controle da doença e na adesão ao tratamento, gerando ciclo vicioso de piora dos sintomas (14).

Quanto ao risco de desenvolvimento de câncer, estudos indicam que a dermatite atópica pode estar associada a maior risco de carcinoma de células escamosas, embora esta relação ainda seja contraditória (16).

2.10 QUALIDADE DE VIDA E EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA DO PACIENTE

Os aspectos de cronicidade, recidivância, prurido, perturbação de sono e de rotina diária e as alterações de exame físico são base para a definição da gravidade da doença e da qualidade de vida dos pacientes. Existem diversos escores de classificação de severidade, sendo um dos mais utilizados o SCORAD (*SCORing Atopic Dermatitis*) e o EASI (*Eczema Area and Severity Index*), que definem os sinais da dermatite atópica e a extensão das lesões (2). O SCORAD foi criado em 1992 pela Força Tarefa Europeia em Dermatite Atópica, tendo sido validado em diversos ensaios clínicos sobre dermatite atópica, sendo método útil na avaliação da eficácia do tratamento em determinado ponto (17). A principal vantagem é a simplicidade do método, de fácil aplicação na rotina ambulatorial (18). SCORAD acima de 50 indica grau severo, ao passo que abaixo de 25 indica grau leve. Há ainda a ferramenta que independe da atuação do profissional médico, sendo preenchida pelo próprio paciente, que é o PO-SCORAD, orientada pelo próprio paciente, sendo um dos instrumentos preferidos para avaliação de sintomas relatados pelo paciente (2), por ser um instrumento de auto avaliação, que permite ao paciente avaliar o curso da própria enfermidade, utilizando-se de critérios objetivos e subjetivos,

derivados principalmente do SCORAD de forma ilustrada, adaptada ao paciente (17).

Outro instrumento de análise de sintomas, priorizando o prurido, é o ISS (*Itch Severity Scale*), guiada e aplicada pelo examinador, com boa importância na avaliação da eficácia do tratamento (19).

O Índice de Qualidade de Vida em Dermatite Atópica em Crianças (IDQOL) e o Impacto da Dermatite Atópica na Família (DFIQ) também são versões validadas para a língua portuguesa. Evidentemente, crianças com dermatite atópica grave apresentam piores índices de qualidade de vida (14).

De forma geral, os instrumentos de mensuração de qualidade de vida impactam na avaliação das demandas de tratamento dos pacientes, tomadas de decisão clínica, além de auxiliar relações de causa e efeito gerados pela doença, principalmente na faixa etária pediátrica (20).

A educação terapêutica do paciente se dá por meio de atividades educacionais, combinando informações ao paciente e sua família e aquisição de habilidades, diminuindo a gravidade da doença e melhorando a qualidade de vida, sem imposições, por meio de reuniões que promovem atividades organizadas sobre hábitos a serem adotados e apoio psicológico, com trocas de experiências entre famílias e a equipe de saúde. No Brasil, existem nove grupos de apoio referidos pela Associação dos Amigos da Dermatite Atópica (AADA), porém nenhum na Região Norte (14).

2.11 PREVENÇÃO PRIMÁRIA

A prevenção primária pode ser feita por meio de probióticos, que atuam na prevenção de doenças alérgicas em geral, inclusive na dermatite atópica. O microbioma que o lactente apresenta antes do uso do suplemento parece ser determinante na resposta à prevenção. As variáveis envolvidas englobam tipo, dose, época de início do suplemento, tempo de uso, veículo em que foi introduzida a bactéria, entre outros fatores (14).

Uso precoce de hidratantes em casos predispostos, com história familiar positiva para atopias, por alguns meses, é medida preventiva para desenvolvimento da dermatite atópica (14).

4.OBJETIVOS

4.1 GERAL:

Determinar o perfil clínico e epidemiológico de pacientes pediátricos com dermatite atópica.

4.2 ESPECÍFICOS:

- Verificar a prevalência por sexo e idade, em pacientes abaixo dos 18 anos de idade, atendidos na Fundação Alfredo da Matta.
- Identificar fatores predisponentes, hábitos, contatos com alérgenos, que possam ter relação com o desenvolvimento da doença.
- Caracterizar perfil clínico dos pacientes, com localizações de lesões, aspectos dermatológicos (eritema, descamação, entre outros), se aguda ou crônica, de comorbidades.

5.METODOLOGIA

A metodologia utilizada durante a pesquisa respeitou as etapas apresentadas abaixo:

- Desenho do estudo

Estudo transversal, retrospectivo, com análise de prontuários.

- População da amostra

População entre 0 e 17 anos atendida na Fundação Alfredo da Matta com diagnóstico de dermatite atópica. O estudo foi feito de abril de 2021 a março de 2022.

- Aspectos éticos

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Alfredo da Matta, com aprovação do Parecer Consubstanciado sob número 5.751.396.

- Amostra

Amostra em livre demanda, estimativa realizada de acordo com SAME, levando em conta pacientes atendidos nos ambulatórios geral e de pediatria da Fundação Alfredo da Matta que atenderam aos critérios de inclusão.

- Critérios de inclusão

Crianças e adolescentes atendidos da Fundação Alfredo da Matta, com idades entre 0 e 17 anos 11 meses e 30 dias, com diagnóstico de dermatite atópica, atendidos no ambulatório de dermatologia pediátrica, entre abril de 2021 e março de 2022.

- Critérios de exclusão

Seriam excluídos prontuários com informações incompletas, como informações clínicas pouco detalhadas e dados epidemiológicos sem relevância.

- Instrumento de pesquisa

Análise de informações em prontuários arquivados entre abril de 2021 e março de 2022. Coleta de dados que exploraram dados clínicos e epidemiológicos. Após seleção de pacientes, foram acessados os prontuários para coleta de dados e organização em planilha Excel. Os dados coletados foram submetidos a análise estatística.

- Coleta de dados

Foram utilizados os seguintes descritores de busca: outras dermatites atópicas (L20.8), dermatite atópica, não especificada (L20.9); e coletados de prontuários dados clínicos e epidemiológicos referentes à dermatite atópica infantil, sendo estes: gênero, idade da criança, idade de início dos sintomas, história familiar de atopia, alergias presentes, presença de doença respiratória associada, outras comorbidades, localização das lesões, aspectos dermatológicos: eritema, descamação, pápula, vesículas, escamas, crostas, liquenificação, lesões isoladas ou confluentes, doença aguda ou crônica e presença de prurido.

Foram analisados prontuários eletrônicos gerados por meio do sistema HygiaWeb, preconizado para atendimentos médicos na Fundação Alfredo da Matta.

Foram registrados **29.023 atendimentos médicos**, entre primeiras consultas e consultas de seguimento, no período de **abril de 2021 a março de 2022**, sendo **3.258 consultas pediátricas**, filtrando-se por idade, de 0 a 17 anos, totalizando **11,23% do total de consultas**.

Foram aplicados filtros incluindo os **CIDs L20, L20.8 e L20.9**, referentes a dermatite atópica, outras dermatites atópicas e dermatite atópica não especificada, tendo como resultado 1.059 consultas dentre todas as idades. Aplicando os filtros de idade, contabilizando os **pacientes de 0 a 17 anos**, foram encontrados **787 atendimentos**. Estes atendimentos corresponderam a 438 pacientes no período.

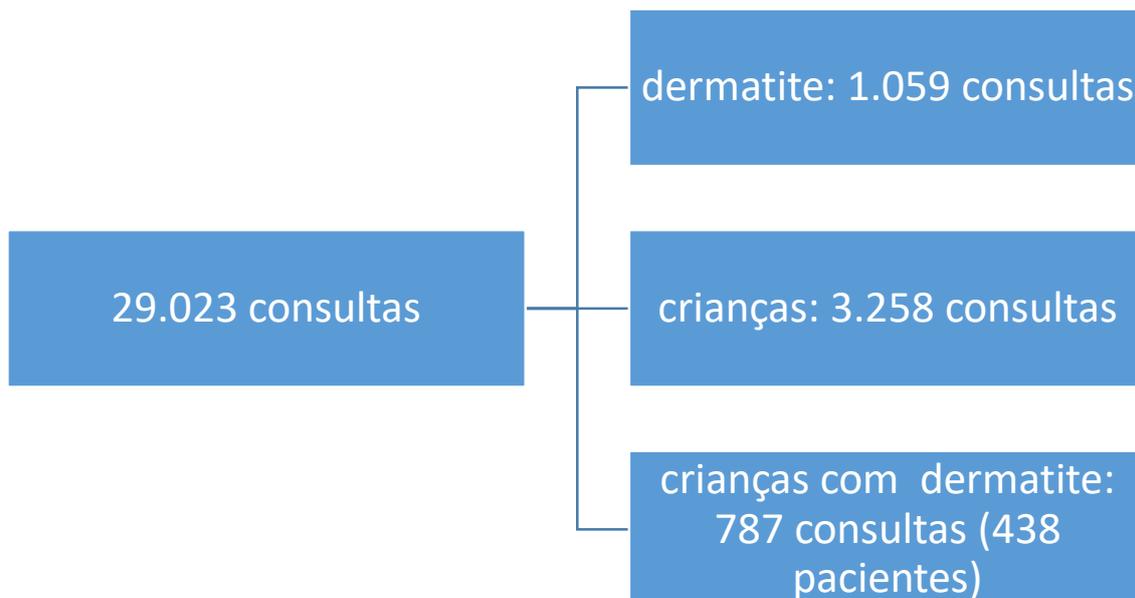


Figura 5: Distribuição de atendimentos

- Plano analítico

Os dados foram alocados em planilha Excel e foram posteriormente gerados gráficos e tabelas comparativos entre as variáveis.

- Produto

Confecção de cartilha de orientação acerca de rotinas inerentes aos cuidados de manutenção em pacientes com dermatite atópica;

Promoção da adoção de uma ficha clínica para avaliação dos pacientes no Ambulatório de dermato pediatria e adoção das escalas de avaliação da qualidade de vida;

Incentivo à formação de grupo de apoio multidisciplinar, pertencente à Associação de Apoio à Dermatite Atópica.

Material a ser inserido no website da FUHAM de forma a ampliar as informações já existentes.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados 438 pacientes pediátricos com diagnóstico de dermatite atópica atendidos no período.

Vale destacar que ao longo deste período, dos 3.258 atendimentos pediátricos, 787 foram por **dermatite atópica**, ou seja, **24% dos atendimentos infantis** realizados na fundação receberam o diagnóstico de dermatite atópica.

Entre todos os atendimentos de dermatite atópica, 1.059 consultas, foram realizadas 787 consultas em crianças, o que evidencia uma taxa de 75% de atendimentos infantis, porcentagem acima do que se observa em literatura de que grande parte dos pacientes com dermatite atópica são da faixa etária infantil e adolescente, porém estudos evidenciam aumento da prevalência na faixa etária adulta, com prevalência estimada em até 25% na faixa etária infantil (2). A grande maioria dos casos de dermatite atópica atendidos na Fundação Alfredo da Matta são da faixa etária pediátrica. Foram, finalmente, 438 pacientes pediátricos que realizaram atendimentos neste período.

Com relação à distribuição por gênero, houve 62,1% de atendimentos de meninas e 37,9% de meninos. A casuística varia entre os estudos (21).

Analisando-se a distribuição dos atendimentos por idade, houve equilíbrio na distribuição de atendimentos entre as faixas etárias, com maior frequência na faixa dos 6 anos, com 8,45% dos atendimentos. Também não foram observadas discrepâncias na distribuição de atendimentos entre as classificações etárias de lactentes, primeira e segunda infância e adolescência.

Ressalte-se que muitos casos de busca pelo atendimento neste período já envolviam pacientes com manifestação crônica da doença. Pacientes já na segunda infância e adolescência apresentavam manifestação de sintomas desde a primeira infância, com períodos de crises alternados com amenização de sintomas.

IDADE (anos)	QUANTIDADE DE PACIENTES	%
0	23	5,25%
1	24	5,48%
2	24	5,48%
3	19	4,34%
4	33	7,53%
5	30	6,85%
6	37	8,45%
7	26	5,94%
8	31	7,08%
9	24	5,48%
10	32	7,31%
11	30	6,85%
12	29	6,62%
13	24	5,48%
14	15	3,42%
15	14	3,20%
16	14	3,20%
17	9	2,05%
TOTAL	438	100,00%

Tabela 1 - Distribuição de pacientes por idade

Distribuição por idade

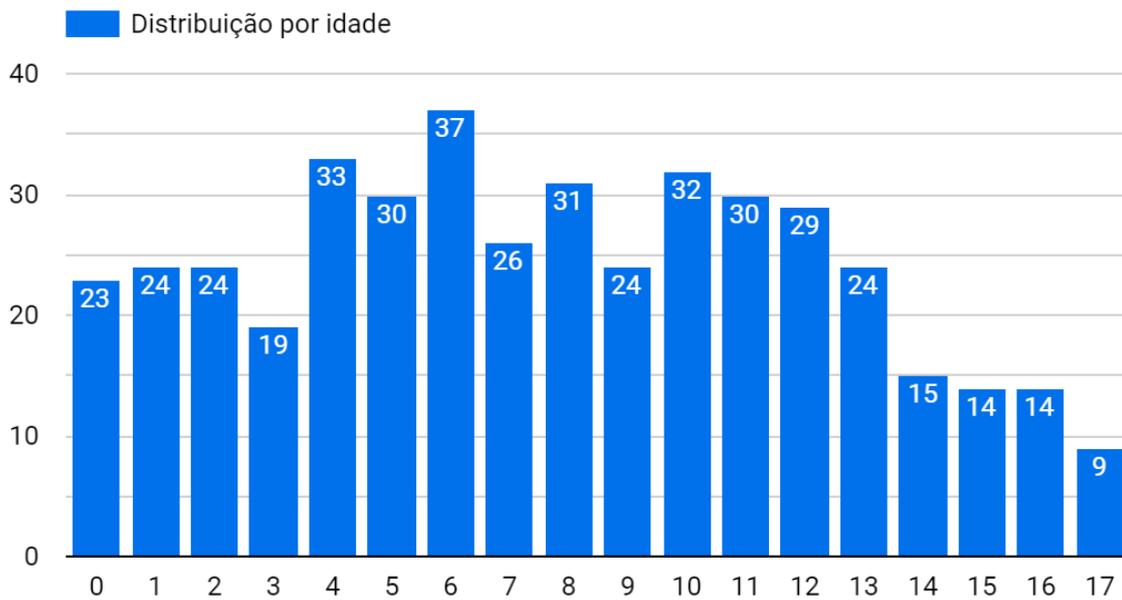


Gráfico 1 - Distribuição de pacientes por idade

Número de Consultas x Quant. Pacientes

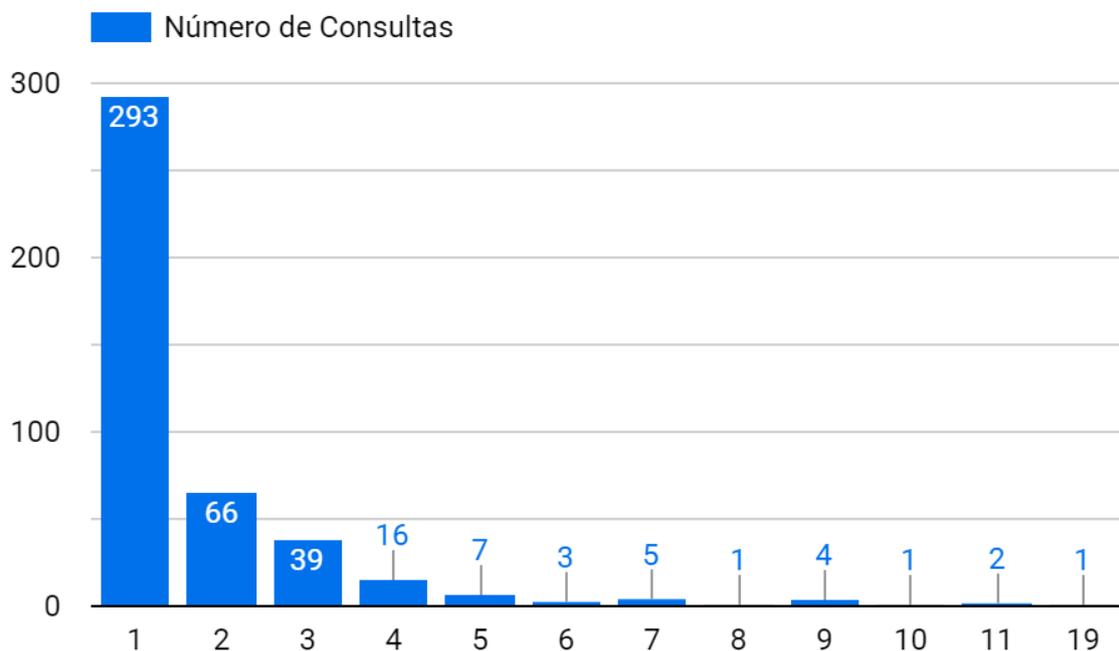


Gráfico 2 - Número de consultas com relação à quantidade de pacientes.

Observou-se que 293 pacientes compareceram a apenas uma consulta ao longo do ano observado, sendo duas consultas ocorridas em 66 casos, e acima de 3 consultas com 74 pacientes. Em geral, os casos com mais de 5 consultas englobaram os tratamentos de fototerapia, que demanda

deslocamento à Fundação, sendo tratamento realizado no próprio local, e que gera um abertura de consulta médica. Por outro lado, quase 300 pacientes compareceram a uma consulta apenas, e não retornaram, sendo os motivos possíveis o controle das crises de acordo com as orientações recebidas no atendimento único, ou dificuldades em manter o seguimento, dependendo do local de moradia, com dificuldades de acesso por não residirem na cidade de Manaus. Houve uma grande prevalência de casos provenientes de outros municípios ou da zona rural do município de Manaus.

Distribuição por Localização

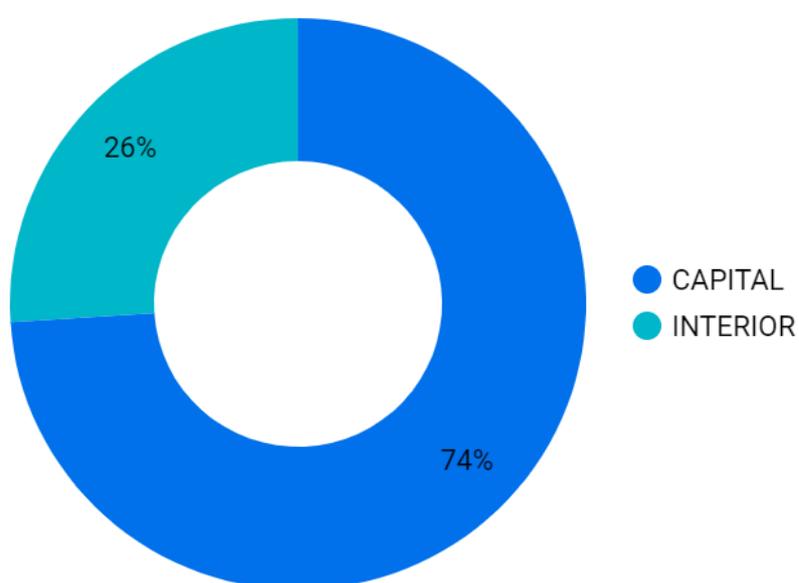


Gráfico 3 - Distribuição por localização: Capital x Interior.

Observou-se número expressivo de pacientes provenientes de zona rural e outros municípios além de Manaus, com 26% de atendimentos. A maioria dos pacientes compareceu a uma única consulta, possivelmente não possuindo recursos para manter o seguimento, além das grandes distâncias e limitações de opções de transporte dentro do estado do Amazonas. Outro ponto a ser considerado é a falta de informação com relação a locais descentralizados de atendimento dermatológico, sendo a Fundação Alfredo da Matta tradicionalmente reconhecida como instituição referência em atendimentos especializados, que possui triagem própria.

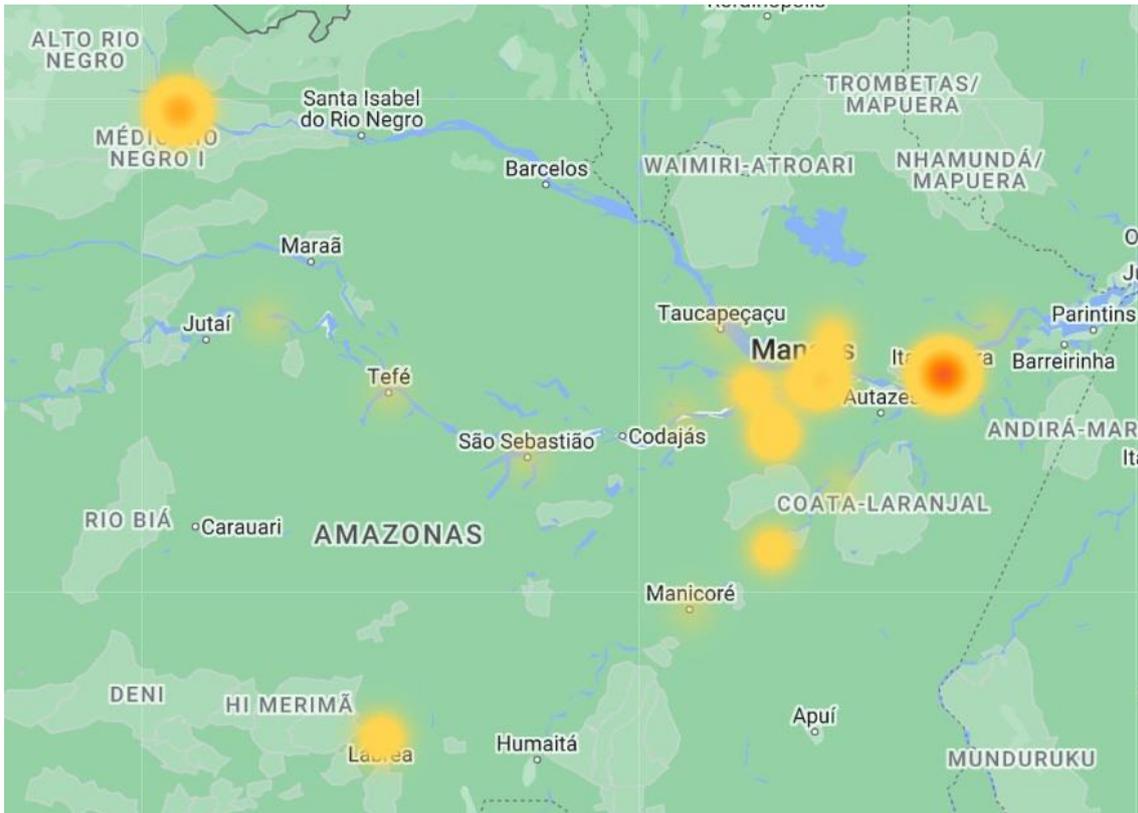


Figura 6 - Distribuição de pacientes de acordo com a localidade

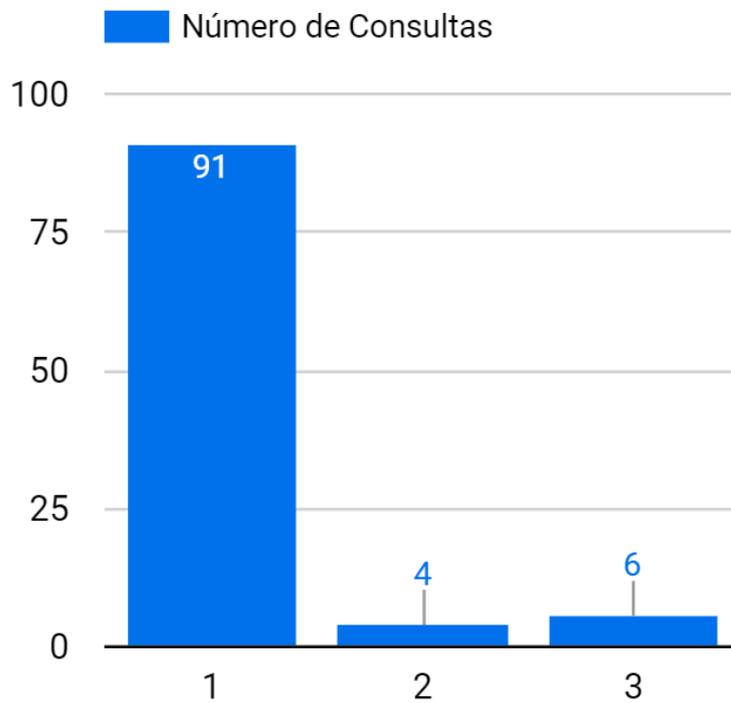


Gráfico 4 - Número de consultas de pacientes provenientes do interior.

	MUNICÍPIO	Quant. Pac...
1.	ITACOATIARA, AMAZONAS	37
2.	SÃO GABRIEL DA CACHOEI...	20
3.	CAREIRO DA VÁRZEA, AMA...	11
4.	CAREIRO CASTANHO, AMA...	7
5.	LABREA, AMAZONAS	5
6.	MANACAPURU, AMAZONAS	4
7.	NOVO ARIPUANÃ, AMAZO...	4
8.	RIO PRETO DA EVA, AMAZ...	3
9.	FONTE BOA, AMAZONAS	1
10.	BORBA, AMAZONAS	1
11.	IRANDUBA, AMAZONAS	1
12.	COARI, AMAZONAS	1
13.	SAO SEBASTIAO DO UATU...	1
14.	MANICORE, AMAZONAS	1

Tabela 2 - Distribuição de atendimentos de acordo com o município.

Os municípios com maior número de pacientes foram Itacoatiara, com distância de 268 km de Manaus, com deslocamento via barco que pode durar até 8h, tendo gerado, ainda assim, 37 atendimentos em apenas 1 ano e São Gabriel da Cachoeira, localizado no outro extremo do estado do Amazonas, que possui enormes dimensões, na região do médio Rio Negro, com acesso também via fluvial e distância de 850 km de Manaus, custando até 4 dias de barco.

Discussões sobre a eficiência da atenção primária no interior do estado são fundamentais e a possibilidade de uso da telemedicina como ferramenta de auxílio a este tipo de demanda é ponto a ser considerado como investimento pelo poder público.

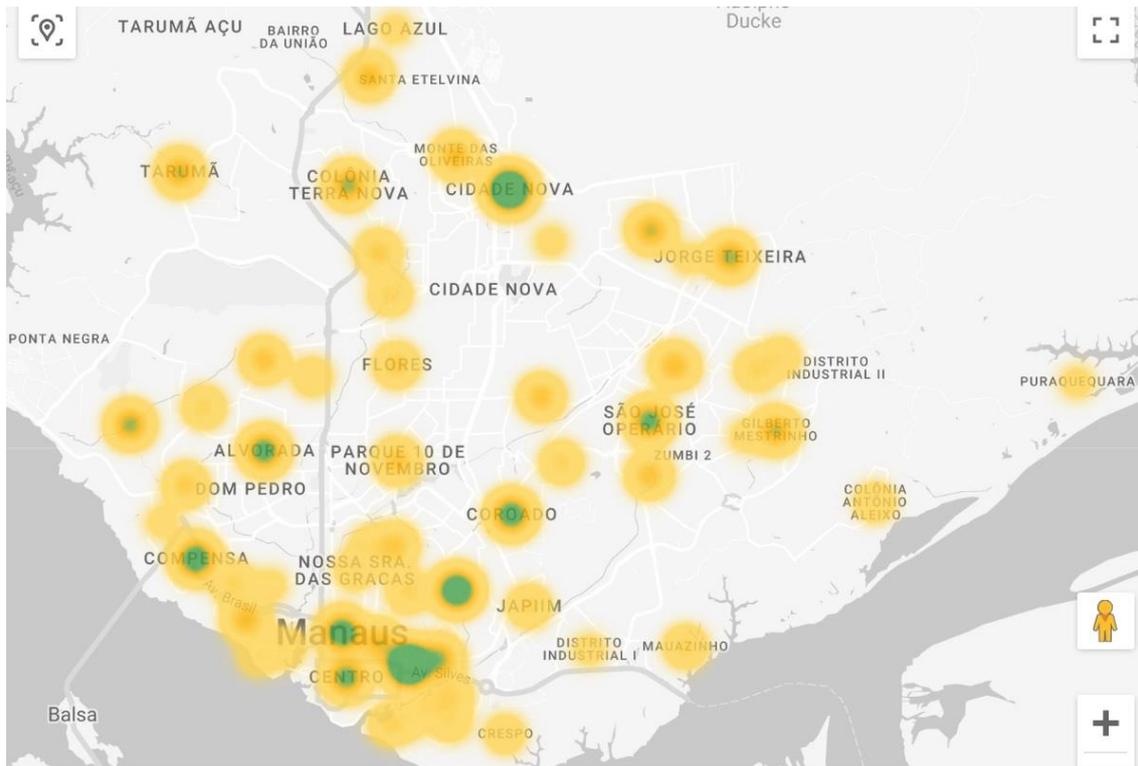


Figura 7 - Distribuição de pacientes na cidade de Manaus

Com relação à distribuição de atendimentos entre os bairros da cidade de Manaus, houve grande concentração na zona Centro-Sul e no bairro Cidade Nova, mais populoso. O bairro Cachoeirinha foi o que gerou maior número de atendimentos, com 32 pacientes, seguido de Petrópolis e Cidade Nova, ambos com 17, zona rural com 13 pacientes, Compensa com 13 pacientes, Coroado com 12 pacientes, Centro com 11 pacientes, Nova Cidade e São José com 10 pacientes cada.

Novamente, discute-se a possibilidade da descentralização dos atendimentos, com a possibilidade de atendimentos especializados em dermatologia em policlínicas, principalmente quando se consideram os casos que não demandaram consultas subsequentes, com necessidade de retornos ou casos mais leves.

	BAIRRO	Quant. Pac...
1.	CACHOEIRINHA, MANAUS	32
2.	PETROPOLIS, MANAUS	17
3.	CIDADE NOVA, MANAUS, AM	17
4.	ZONA RURAL, MANAUS	13
5.	COMPENSA, MANAUS	13
6.	COROADO, MANAUS	12
7.	CENTRO, MANAUS	11
8.	NOVA CIDADE, MANAUS	10
9.	SÃO JOSÉ, MANAUS	10
10.	RAIZ, MANAUS	8
11.	JORGE TEIXEIRA, MANAUS	8
12.	COLONIA TERRA NOVA, M...	8
13.	CIDADE DE DEUS, MANAUS	7
14.	TARUMA, MANAUS	7
15.	GILBERTO MESTRINHO, M...	7
16.	ALVORADA, MANAUS	6
17.	SANTO ETELVINA, MANAUS	6
18.	SANTO ANTONIO, MANAUS	6
19.	PRAÇA 14, MANAUS	6
20.	LIRIO DO VALE, MANAUS	6

Tabela 3 - Distribuição de pacientes por bairros na cidade de Manaus.

Com relação à distribuição de atendimentos entre casos agudos e crônicos, foram registradas 294 consultas com apenas um atendimento médico, que gerou orientações, tratamento clínico domiciliar, sem retorno posterior. Foram, portanto, 144 pacientes que retornaram, mantiveram sequência e acompanhamento regular, com mais de uma consulta. Acima de 3 consultas no ano ocorreram para 372 casos, incluindo a necessidade de realizar fototerapia em casos crônicos, que geram atendimento registrado semanalmente.

AGUDA/CRÔNICA

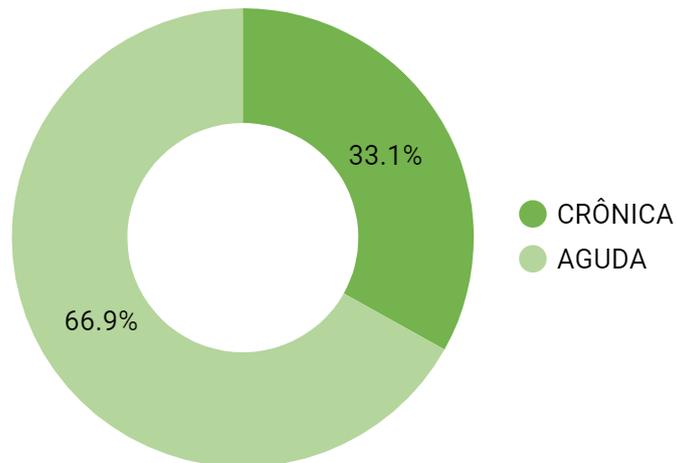


Gráfico 5 - Casos agudos x Casos crônicos.

Quanto à distribuição por gênero, observou-se maior quantidade de casos entre meninas, com 62,1% dos atendimentos, dado diferente ao encontrado na literatura.

GÊNERO	QUANTIDADE DE PACIENTES	%
Feminino	272	62,10%
Masculino	166	37,90%
TOTAL	438	100,00%

Tabela 4 - Distribuição por gênero.

Distribuição por Gênero

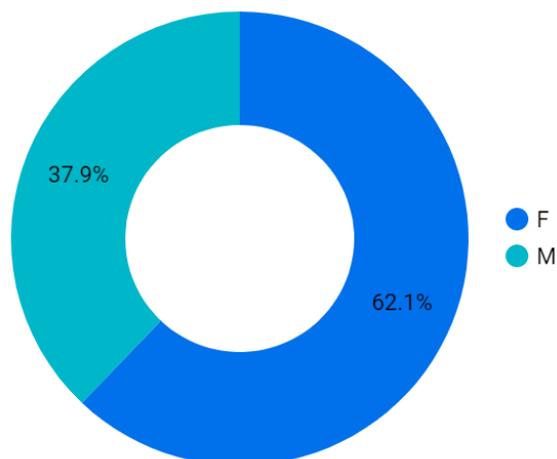


Gráfico 6 - Distribuição por gênero.

Quanto a fatores prévios predisponentes do paciente ao desenvolvimento de dermatite, 11,9% relataram atopias e 10,3% alergias associadas. Houve maior prevalência de rinite crônica, com 71,5% de relatos. Estudos longitudinais destacam que a persistência de dermatite atópica na idade adulta se deve, entre outros fatores, à associação com outras atopias e rinite alérgica (1). Rinite é agravo frequente em nosso meio, inclusive na faixa etária pediátrica. Grande relevância também se dá à queixa de piora dos sintomas relacionada ao calor, com 76,5% de casos o relacionando como fator desencadeante de crises e de piora das lesões. O Amazonas é um estado localizado na zona equatorial, apresentando clima quente e úmido, em alguns meses com temperaturas que atingem sensação térmica acima dos 40°C. Estudos norte-americanos, por outro lado, documentaram menor prevalência de dermatite em locais com maior incidência de raios UV, possivelmente pela maior transformação de vitamina D, com ação imunossupressora local. A baixa umidade está relacionada a menor prevalência de dermatite (1). Em nosso meio, com clima equatorial úmido, a umidade média anual fica em média acima de 90%, com alto índice de evaporação e altas temperaturas ao longo do ano (27). A interferência da excessiva umidade pode ter efeito potencializador do desenvolvimento de dermatite atópica com maior relevância na infância e adolescência. Outro ponto a ser considerado é a necessidade de uma frequência maior de banhos relatadas pelos familiares, tendo em vista o clima propiciar maior sudorese e desconforto. Localidades com maior temperatura podem documentar menor controle de dermatite, por conta do aumento da transpiração, que atua como irritante. O excesso de banhos e uso de produtos de higiene pessoal com maior frequência também interferem na barreira cutânea e pioram a inflamação (1).

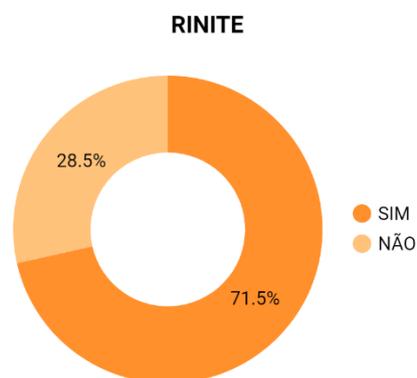


Gráfico 7 - Presença de fatores predisponentes.

As comorbidades observadas de forma geral foram asma, em 1,8%, verrugas em 22,8%, psoríase em 4,1%, infecções cutâneas secundárias (furúnculo, impetigo) em 17,8%, molusco em 28,5%, escabiose / pediculose em 58,7%, prurigo estrófulo em 61%, acne em 0,9%.

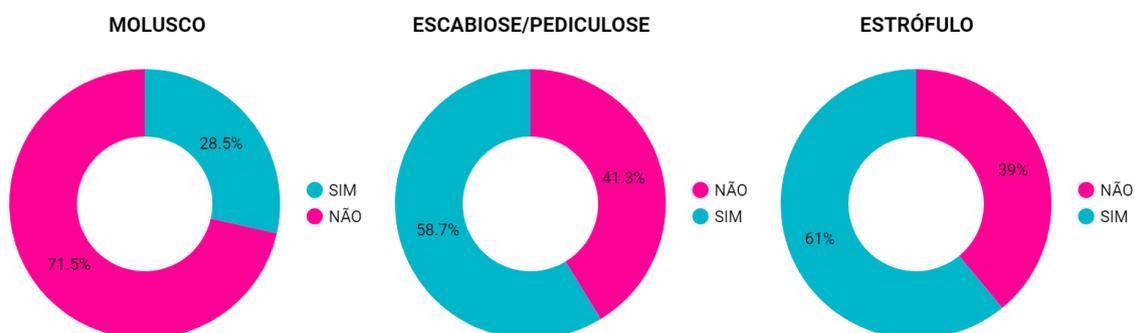


Gráfico 8 - Comorbidades associadas.

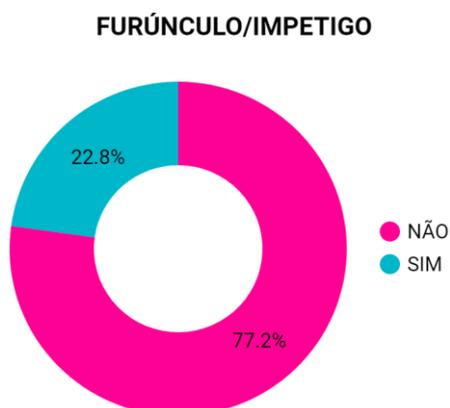


Gráfico 9 - Infecções secundárias em pacientes crônicos.

Separando-se apenas os pacientes que apresentaram seguimento com frequência maior que duas consultas em 1 ano, nota-se que a incidência de infecções cutâneas secundárias à dermatite, possivelmente desencadeada pelo ato da coçadura, aumenta para 69,4%.

O clima quente e úmido encontrado em nossa região são fatores que predis põem também o surgimento do impetigo, afetando comumente o rosto, mas também outras partes do corpo. Condições inflamatórias, como a dermatite atópica, com lesão na barreira epidérmica causada pelo prurido, instalam facilmente o impetigo secundário (22).

O eczema por si também é fator de risco ao desenvolvimento de furunculose, sendo a dermatite atópica um dos fatores predisponentes, bem como escabiose e pediculose (22), também observados em nossa casuística.

A alteração da barreira cutânea também predispõe o surgimento de verrugas. O clima da região favorece a proliferação de molusco contagioso e, segundo a Sociedade de Dermatologia da Atenção Primária do Reino Unido, as lesões de molusco contagioso nos pacientes portadores de dermatite atópica tendem a persistir por mais tempo e serem mais numerosas (23).

Localizações mais frequentes de lesões foram em rosto, com 43,6%, seguido de tronco e dobras, com 39% cada, em membros, com 22,8%, em extremidades (pés, mãos) em 8,4% e em glúteos em 4,1%.

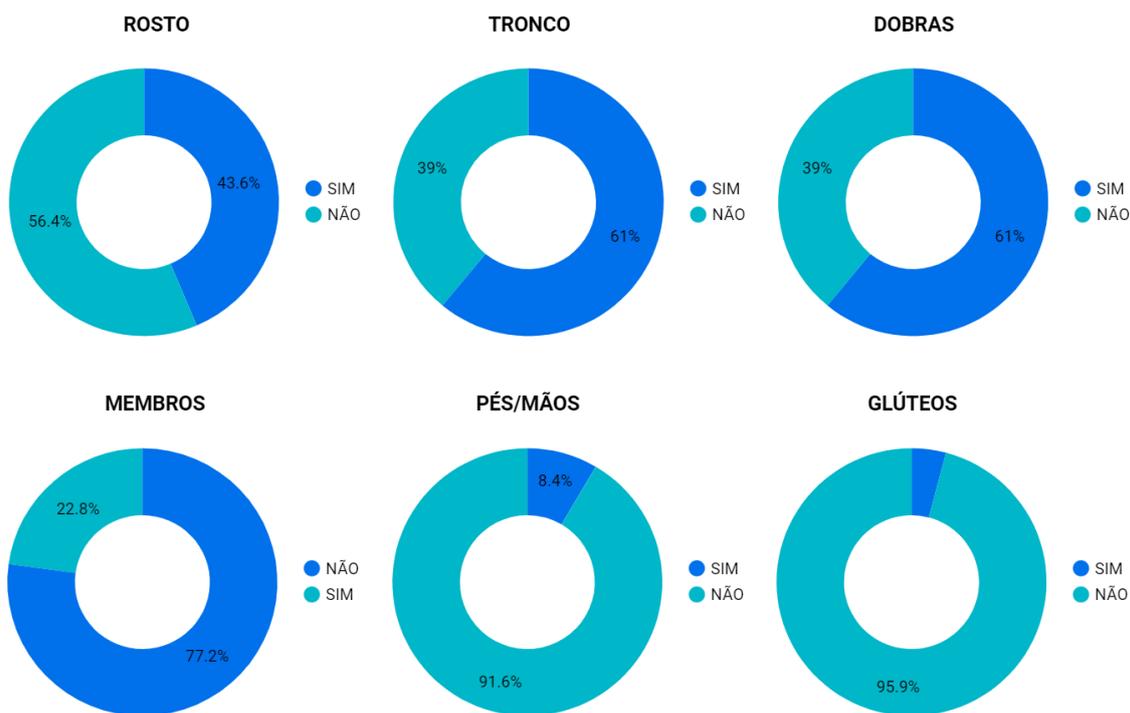


Gráfico 10 - Localização das lesões.

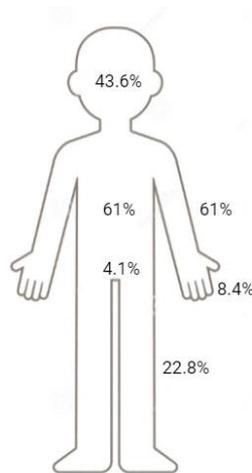


Figura 8 - Distribuição de lesões no corpo

Com relação aos aspectos clínicos, dermatológicos das lesões, foram relatados prurido em todos os pacientes, com eritema em 42,2, descamação em 60%, mancha hipocrômica em 63%, ceratose em 31,7%, liquenificação em 34,5%.

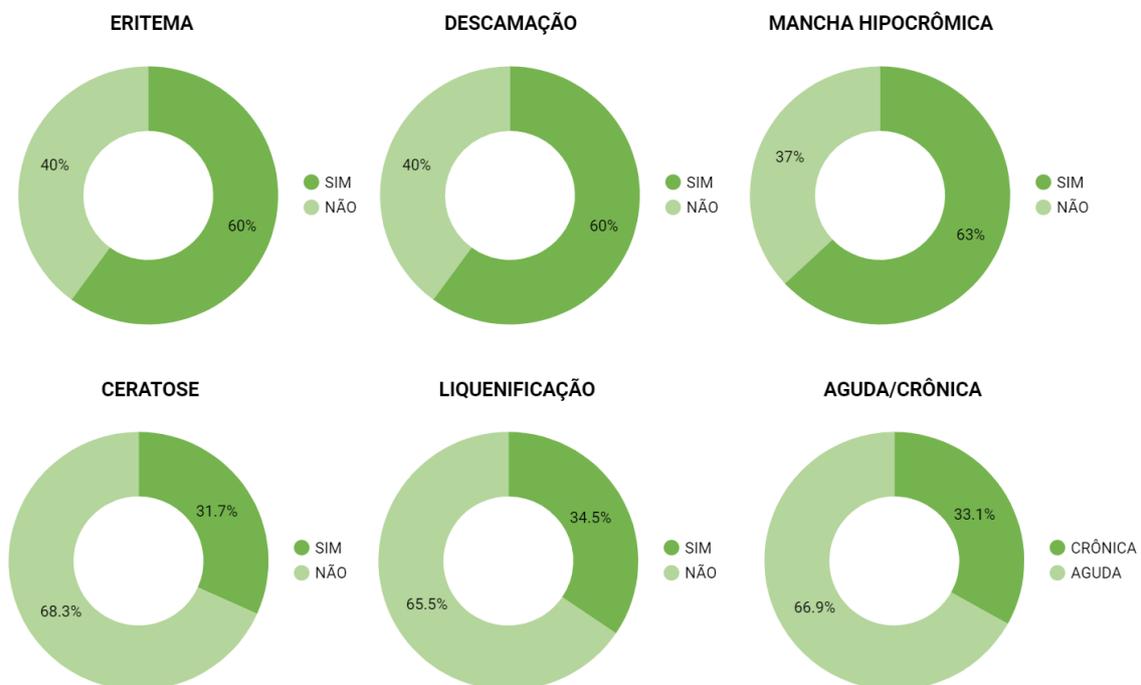


Gráfico 11 - Aspectos clínicos dermatológicos.

Notou-se também dois casos de gemelares, adolescentes, que realizaram acompanhamento médico especializado, residentes no bairro Compensa, sendo

uma diagnosticada com estrófulo, ceratose folicular adquirida, pitíriase versicolor e dermatite atópica, com lesões de dermatite em face e membros, tendo apresentado melhora ao uso de emolientes, hidratantes e inibidor de calcineurina. A irmã gemelar, apresentou os diagnósticos de dermatite atópica, ceratose pilar e molusco contagioso, tendo realizado tratamento semelhante, à exceção do molusco, que necessitou curetagem. Isso corrobora a associação genética da condição inflamatória, como mutações do gene da filagrina, e o avanço nos estudos que propiciem desenvolvimento de drogas que atuem no controle pós-transcricional de expressão de genes ou terapias que restabeleçam a expressão da filagrina na pele, com restabelecimento da integridade da barreira cutânea (24).

Observou-se grande prevalência de alterações comportamentais, incluindo distúrbio de sono, quase sempre provocado pelo prurido de difícil controle. O sintoma de prurido foi observado em 100% dos pacientes. Associado a ele, relatos de irritabilidade, agitação, com piora proporcional à intensidade do prurido. Em contrapartida, sinais de ansiedade e estresse também foram elencados como fator de piora relevante, desencadeando crises e recidivas da doença. Alterações de saúde mental têm relação de causa e efeito na dermatite atópica, haja vista interferência na regulação do sistema imune, sendo importante o apoio e seguimento psicológico dos pacientes, em especial aqueles com sintomas moderados a intensos e os que relatam o estresse como fator desencadeante de crises.

Um ponto de extrema relevância em nosso meio diz respeito ao calor, sendo colocado como principal fator de piora por 76,5% dos casos crônicos, recidivantes.

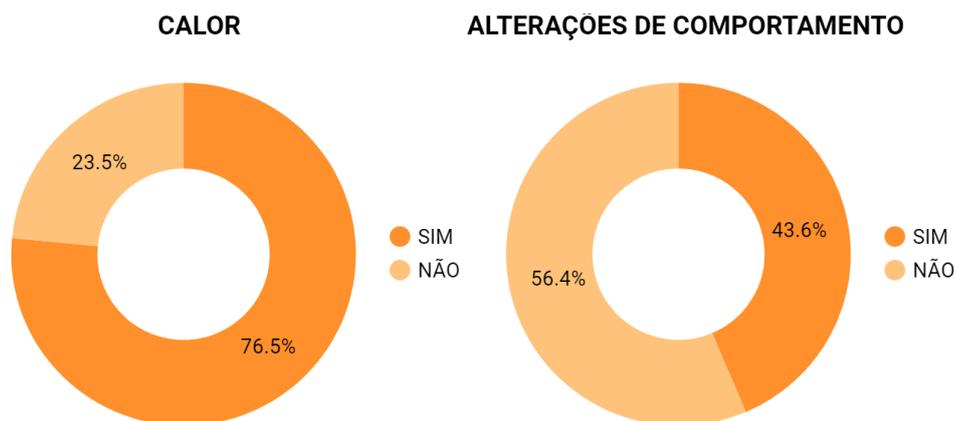


Gráfico 12 - Alterações de comportamento na dermatite atópica.

É importante analisar a dermatite atópica como quadro psicossomático. A condição altera a dinâmica familiar, com prejuízos sociais, dado o estigma, falta de conhecimento da sociedade acerca de não se tratar de doença transmissível, gerando dificuldades nos relacionamentos interpessoais, principalmente na adolescência (25). Em se tratando de condição crônica, a qualidade de vida da criança é afetada proporcionalmente à intensidade de seu quadro clínico, o que inclui membros da família, dado o estresse em manter tantos cuidados na rotina. A exaustão física e mental, labilidade emocional, ansiedade, dificuldades de concentração na escola são frequentes relatos na literatura (26), também identificados em nossa casuística. Observa-se relatos de alterações de comportamento em 41,1% das crianças acima de 10 anos e adolescentes.

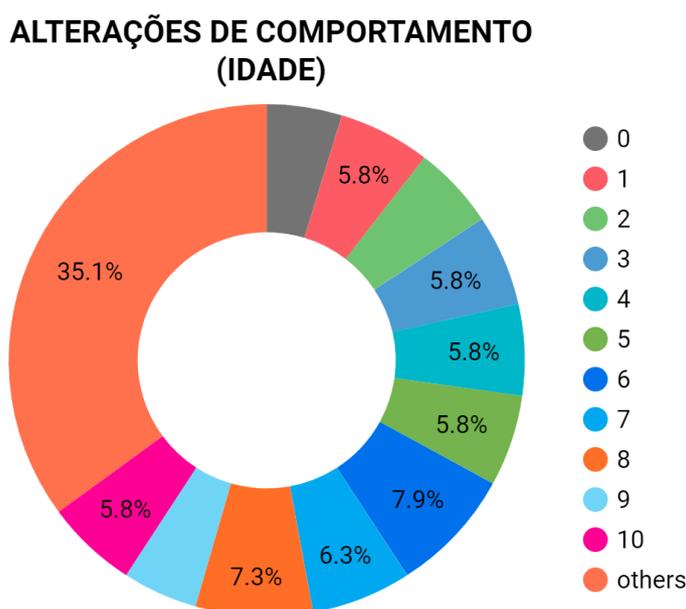


Gráfico 13 - Alterações de comportamento de acordo com a idade.

É interessante que haja participação da Fundação e incentivo à participação das famílias em grupos de apoio multidisciplinares, alguns já existentes em outros municípios brasileiros, como a **AADA** (Associação de Apoio à Dermatite Atópica), que são realizadas de forma tanto presencial quanto virtual, sendo realizadas em centro de convenções, hospitais gerais e infantis, maternidades, sociedades de pediatria, serviços ambulatoriais de dermatologia, contando com palestras informativas, trocas de experiências entre as famílias, podendo haver divisões entre faixas etárias infantis e adolescentes. Os grupos de apoio são uma ferramenta extra no envolvimento das famílias e na manutenção da adesão ao tratamento e suporte psicológico fundamental a estes indivíduos, tendo em vista o fator emocional em desequilíbrio ser inclusive um fator desencadeante de crises atópicas.

7. CONCLUSÕES

A dermatite atópica é uma doença inflamatória crônica e recidivante, prevalente no mundo inteiro, principalmente nos países industrializados, mas também em países em desenvolvimento, como o Brasil, com etiologia multifatorial, caracterizada por prurido, que pode ser moderado a intenso e acomete principalmente pacientes na faixa etária pediátrica. Sua evolução ocorre em ciclos de melhora e recidiva e se manifesta clinicamente sob a forma de eczema.

Neste estudo, buscou-se identificar as características demográficas e clínicas de crianças e adolescentes acometidos por dermatite atópica atendidos na Fundação Alfredo da Matta ao longo de um ano, elencando-se 438 pacientes, o que correspondeu a 100% dos atendimentos no período.

Os indivíduos eram provenientes de diversos bairros da capital, em especial da zona Sul, porém com porcentagem significativa de quase um quarto dos atendimentos de oriundos de zona rural e outros municípios, com notável dificuldade em manter seguimento clínico, dadas as limitações de acesso e deslocamento dentro do estado, que conta basicamente com “estradas fluviais”.

Particularidades regionais também foram analisadas, levando-se em conta o clima equatorial, quente e úmido, e de que forma o calor e o suor pode agravar as manifestações de dermatite.

As questões de saúde mental são relevantes na condução da condição, pois sintomas de estresse e ansiedade são fatores de gatilho para o surgimento de recidivas. O prurido noturno é causa de irritabilidade e distúrbio de sono, o que também gera estresse, e piora das lesões, por consequência.

Novos estudos que abordem os aspectos regionais da região Norte e de que forma os aspectos clínicos são influenciados são necessários.

É fundamental o apoio psicológico aos pacientes com sintomas moderados a graves, sujeitos a muitas recidivas e sintomas muito persistentes, de difícil controle e com necessidades de muitos atendimentos.

8. PRODUTOS

Como produto desta pesquisa, além de ampliação de conhecimentos sobre os aspectos clínicos e epidemiológicos no contexto regional amazônico, atendidos na Fundação Alfredo da Matta, desenvolveu-se material educativo a ser ofertado às crianças, adolescentes e suas famílias, com esclarecimentos sobre a manutenção de hábitos e condutas com relação à pele e à saúde em geral, levando-se em conta intervenções de prevenção e controle específicos à Região Amazônica. Elaborou-se este material também a ser inserido no website da FUHAM, na aba de Epidemiologia, Agravos e Doenças, Dermatite Atópica, aproveitando-se o material já existente e ampliando com imagens e mais informações à comunidade em geral (anexo 10.3).

Também se elaborou uma ficha clínica para avaliação dos pacientes com dermatite atópica no ambulatório de dermatologia pediátrica da FUHAM, na finalidade de padronização e organização de atendimentos, elencando de forma prática informações relevantes para a condução de cada caso, como a presença de comorbidades, alergias, fatores predisponentes (anexo 10.4).

9. REFERÊNCIAS

1. Especial A. Guia prático de atualização em dermatite atópica - Parte I: etiopatogenia , clínica e diagnóstico . Posicionamento conjunto da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia e da Sociedade Brasileira de Pediatria. 2017;1(2):131–56.
2. Torres T, Ferreira EO, Gonçalo M, Mendes-bastos P. Update on Atopic Dermatitis A Dermatite Atópica em Revisão. Orden Dos Médicos [Internet]. 2019;32(9):606–13. Available from: <https://doi.org/10.20344/amp.11963>
3. Dias NG, Gon MCC, Henrique CA, Barros LMA, Calheiros TDC. Fatores desencadeantes em dermatoses crônicas de crianças com perfis internalizante e externalizante segundo relato materno. Psico. 2016;47(1):46.
4. Lorusso AC, Carugno A, Barruscotti S, Sabena A, Brazzelli V, Dermatologica C, et al. Dalla terapia con emollienti e idratanti ai tessuti dedicati alla dermatite atopica: revisione della letteratura. Dalla Ter con emollienti e idratanti ai Tess dedicati alla dermatite atopica Revis della Lett. 2013;126(2):379–83.
5. Orfali RL, Shimizu MM, Takaoka R, Zaniboni MC, Ishizaki AS, Costa AA, et al. Atopic dermatitis in adults: Clinical and epidemiological considerations. Vol. 59, Revista da Associacao Medica Brasileira. 2013. p. 270–5.
6. Campos ALB, Araújo FM de, Santos MAL dos, Santos A de AS dos, Pires CAA. Impacto Da Dermatite Atópica Na Qualidade De Vida De Pacientes Pediátricos E Seus Responsáveis. Rev Paul Pediatr. 2017;35(1):5–10.
7. Calado G, Loureiro G. Stress e doença alérgica: Mecanismos subjacentes. Rev Port Imunoalergologia. 2012;20(1):9–21.
8. Fontes Neto PTL, Weber MB, Fortes SD, Cestari TF. A dermatite atópica na criança: uma visão psicossomática. Rev Psiquiatr do Rio Gd do Sul. 2006;28(1):78–82.
9. Aparecida F, Soares A, Rodrigues G, Segundo S, Alves R, Hideki Ynoue L, et al. PERFIL DE SENSIBILIZAÇÃO A ALÉRGENOS DOMICILIARES Artigo Original Artigo Original Artigo Original Artigo Original Artigo Original. Rev Assoc Med Bras. 2007;53(1):25–33.

10. Lee E, Yong K, Kang M, Lee S, Yoon J, Cho H, et al. Prenatal mold exposure is associated with development of atopic dermatitis in infants through allergic inflammation &. *J Pediatr (Versão em Port [Internet]*. 2020;96(1):125–31. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpdp.2018.11.011>
11. Lee E, Choi KY, Kang M, Lee S, Yoon J, Cho H, et al. Prenatal mold exposure is associated with development of atopic dermatitis in infants through allergic inflammation. *J Pediatr (Versão em Port [Internet]*. 2020;96(1):125–31. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpdp.2018.11.011>
12. Lise M, Mayer I, Silveira M. Use of probiotics in atopic dermatitis. *Rev Assoc Med Bras*. 2018;64(11):997–1001.
13. Souza FS, Cocco RR, Sarni ROS, Mallozi MC, Solé D. Prebióticos, probióticos e simbióticos na prevenção e tratamento das doenças alérgicas. *Rev Paul Pediatr*. 2010;28(1):86–97.
14. Especial A. Guia prático de atualização em dermatite atópica - Parte II : abordagem terapêutica . Posicionamento conjunto da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia e da Sociedade Brasileira de Pediatria. 2017;1(2):157–82.
15. Aguiar Júnior N dos R, Costa IMC. O uso da medicina alternativa ou complementar em crianças com dermatite atópica. *An Bras Dermatol [Internet]*. 2011 Feb [cited 2021 Mar 17];86(1):167–8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962011000100033&lng=pt&tlng=pt
16. Wang L, Bierbrier R, Drucker AM, Chan AW. Noncutaneous and Cutaneous Cancer Risk in Patients with Atopic Dermatitis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Dermatology*. 2020;156(2):158–71.
17. Stalder JF, Barbarot S, Wollenberg A, Holm EA, De Raeve L, Seidenari S, et al. Patient-Oriented SCORAD (PO-SCORAD): A new self-assessment scale in atopic dermatitis validated in Europe. *Allergy Eur J Allergy Clin Immunol*. 2011;66(8):1114–21.
18. Stalder JF, Taïeb A, Atherton DJ, Bieber P, Bonifazi E, Broberg A, et al. Severity scoring of atopic dermatitis: The SCORAD index: Consensus report of the european task force on atopic dermatitis. *Dermatology*.

- 1993;186(1):23–31.
19. Bruscky DMV, Melo ACCDB, Sarinho ESC. Cross-cultural adaptation and validation of the itching severity scale in children and adolescents with atopic dermatitis. *Rev Paul Pediatr* [Internet]. 2017 [cited 2021 Mar 17];35(3):244–51. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/2017;35;3;00016>
 20. Deon KC, Santos DM de SS dos, Reis RA, Fegadolli C, Bullinger M, Santos CB dos. Tradução e adaptação cultural para o Brasil do DISABKIDS® Atopic Dermatitis Module (ADM). *Rev da Esc Enferm da USP*. 2011;45(2):450–7.
 21. Leão R, Shimizu MM, Takaoka R, Zaniboni MC, Ishizaki AS, Costa AA, et al. Original article Atopic dermatitis in adults : clinical and epidemiological considerations &. 2013;9(3):270–5.
 22. *Dermatologia DC De. Documento Científico Infecções Bacterianas Superficiais Cutâneas*. 2022;(Figura 1):1–14.
 23. *Dermatologia DC De. Documento Científico Dermatoviroses – Verrugas e Molusco Contagioso*. 2021;1–13.
 24. Lai-cheong JE, Mcgrath JA. Avanços no entendimento da base genética de doenças hereditárias monogênicas da barreira epidérmica : novas pistas para os principais genes que podem estar envolvidos na patogênese da dermatite atópica . * *Advances in understanding the genetic basis of i. An Bras Dermatol*. 2006;81(6):563–7.
 25. Ferreira VRT, Müller MC, Jorge HZ. Dinâmica das relações em famílias com um membro portador de dermatite atópica: Um estudo qualitativo. *Psicol em Estud*. 2006;11(3):617–25.
 26. Sehra S, Holbreich M, Kaplan MH, Tuana FMB, Mousdicas N, Travers JB. Clinical correlations of recent developments in the pathogenesis. 2008;83(1):57–73.
 27. GUITARRARA, Paloma. "Clima equatorial"; *Brasil Escola*. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/geografia/clima-equatorial.htm>. Acesso em 26 de julho de 2023

10. APÊNDICES

10.1 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1. Gênero da criança:
 masculino feminino
2. Idade da criança: _____
3. Bairro / zona: _____
4. Idade de início dos sintomas: _____
5. Doenças alérgicas presentes: _____
6. Outras comorbidades: _____
7. Localização das lesões: _____
8. Aspectos dermatológicos:
 eritema descamação pápula vesículas
 escamas crostas liquenificação
 lesões isoladas lesões confluentes
 aguda crônica
 presença de prurido

10.2 FOLDER DE ORIENTAÇÃO



Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas a Dermatologia



Fundação Hospitalar Alfredo da Matta



UEA
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS

Mantenha Bons Hábitos

- Alimente-se de forma saudável;
- Beba água;
- Durma bem;
- Pratique atividades físicas;
- Controle o estresse.

Entenda a DERMATITE ATÓPICA

Fundação Hospitalar de Dermatologia Tropical e Venereologia Alfredo da Matta
Av Codajás, 24, Cachoeirinha
Manaus, AM



Acesse conteúdo digital através do QR Code



Cuidados na hora do banho

- Tome banhos rápidos
- Usar água morna ou fria
- Use sabonete neutro

A dermatite é uma doença crônica e não é transmissível. Com o tempo, costuma melhorar.

Siga as Orientações Médicas

Compareça às consultas. Existem vários tratamentos que controlam a dermatite.



É importante hidratar!

Sempre utilize hidratantes após o banho. Evite o uso em caso de feridas na pele.

10.3 INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO

1. Idade de início dos sintomas: _____
2. História familiar de atopias: () sim () não
3. Doenças alérgicas presentes: _____
4. Outras comorbidades: _____
5. Localização das lesões: _____
6. Aspectos dermatológicos:
 - () eritema () descamação () pápulas
 - () vesículas () exsudação () edema
 - () escamas () crostas () liquenificação
 - () lesões isoladas () lesões confluentes
 - () presença de prurido () escoriação
 - () liquenificação () ressecamento
7. Outros critérios:
 - () xerose () catarata subcapsular anterior
 - () ictiose, hiperlinearidade palmar, ceratose pilar () escurecimento periorbital
 - () Prick-test positivo () eritema ou palidez facial
 - () aumento de IgE sérica () pitíriase alba
 - () tendência a infecções de pele () prurido com a transpiração
 - () tendência a dermatite inespecífica () pregas anteriores no pescoço
 - de mãos e pés () intolerância a lã e solventes
 - () eczema de mamilo () acentuação perifolicular
 - () queilite () intolerância alimentar
 - () conjuntivite recorrente () ceratocone
 - () prega de Dennie-Morgan () dermatografismo branco
 - () influência de fatores ambientais / emocionais
8. Intensidade do prurido: 0 a 10 _____
9. Intensidade do distúrbio de sono: 0 a 10 _____