

Karine Cappelletti

**DERMATITE ATÓPICA: PREVALÊNCIA E PERFIL DA POPULAÇÃO
ATENDIDA EM UM AMBULATÓRIO DE DERMATOLOGIA
PEDIÁTRICA**

Dissertação apresentada à Universidade
de Caxias do Sul, para obtenção do
Título de Mestre em Ciências da Saúde.

Caxias do Sul

2024

Karine Cappelletti

**DERMATITE ATÓPICA: PREVALÊNCIA E PERFIL DA POPULAÇÃO
ATENDIDA EM UM AMBULATÓRIO DE DERMATOLOGIA
PEDIÁTRICA**

Dissertação apresentada à Universidade
de Caxias do Sul, para obtenção do
Título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: José Mauro Madi

Caxias do Sul

2024

UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

COORDENADOR DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Prof. Dr. José Mauro Madi

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Universidade de Caxias do Sul
Sistema de Bibliotecas UCS - Processamento Técnico

C247d Cappelletti, Karine

Dermatite atópica [recurso eletrônico] : prevalência e perfil da população atendida em um ambulatório de dermatologia pediátrica / Karine Cappelletti. – 2024.

Dados eletrônicos.

Dissertação (Mestrado) - Universidade de Caxias do Sul, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2024.

Orientação: José Mauro Madi.

Modo de acesso: World Wide Web

Disponível em: <https://repositorio.ucs.br>

1. Dermatite atópica - Crianças. 2. Doenças inflamatórias da pele - Fatores de risco. 3. Dermatologia pediátrica. 4. Cuidados médicos ambulatoriais para crianças. I. Madi, José Mauro, orient. II. Título.

CDU 2. ed.: 615.5-053.2

Catalogação na fonte elaborada pela(o) bibliotecária(o)
Márcia Servi Gonçalves - CRB 10/1500

Karine Cappelletti

**DERMATITE ATÓPICA: PREVALÊNCIA E PERFIL DA POPULAÇÃO
ATENDIDA EM UM AMBULATÓRIO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA**

Presidente da banca:

Prof. Dr. José Mauro Madi

Banca examinadora:

Prof. Dra. Raquel Saccani

Prof. Dra. Heloísa Teodoro

Prof. Dr. Breno Fauth de Araújo

DERMATITE ATÓPICA: PREVALÊNCIA EM UM AMBULATÓRIO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA

Karine Cappelletti

Dissertação de Mestrado submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Caxias do Sul, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde. Linha de pesquisa: Saúde Materno-infantil

Caxias do Sul, 12 de dezembro de 2024.

Banca Examinadora:

Dra. Raquel Saccani
UCS

Dra. Heloísa Teodoro
UCS

Dr. Breno Fauth de Araújo
UCS

Dr. José Mauro Madi
UCS
Orientador

Dedicatória

Dedico este trabalho com todo o meu amor e gratidão aos meus pais, Claudemir e Laudete. Vocês são minha maior fonte de inspiração, força e motivação. Acreditaram em mim em todos os momentos, me ensinaram o valor do esforço e da perseverança e, com seu exemplo, me mostraram que nada é impossível. Esta conquista é, sem dúvida, fruto do amor e do apoio incondicional que sempre me ofereceram. Amo vocês e sou eternamente grata por tudo o que fizeram e continuam fazendo por mim.

Agradecimentos

Ao meu orientador, Prof. Dr. José Mauro Madi pela orientação sábia, incentivo constante e pela generosidade em compartilhar seu vasto conhecimento. A sua orientação não só aprimorou este trabalho, mas também contribuiu significativamente para meu crescimento pessoal e profissional.

À Universidade de Caxias do Sul, pela distinta formação acadêmica e pelos recursos oferecidos ao longo desta jornada.

Aos professores do Mestrado em Ciências da Saúde pela excelência no ensino e pela inspiração continua. Em especial, ao Prof. Dr. Emerson Rodrigues que com dedicação e sabedoria, desempenhou um papel fundamental nesta jornada acadêmica. Seu conhecimento e ensinamentos foram essenciais para o sucesso deste trabalho.

Às alunas Brenda, Bruna, Eduarda, Gabriela, Gabrielly, Joana e Luana pela ajuda na coleta de dados e montagem do banco de dados, além do incentivo para a conclusão dessa jornada.

À minha amiga e colega Patrícia Bolson, agradeço pela amizade, paciência e apoio durante esta jornada. Sua presença, tanto no ambulatório quanto fora dele, foi um alicerce importante nos momentos mais desafiadores. Agradeço por compartilhar suas experiências e por seu incentivo constante. Ter você ao meu lado foi fundamental para que eu pudesse concluir este trabalho com mais confiança e leveza.

Às amigas e colegas professoras da disciplina de Dermatologia, Mayara, Roberta e Taciana pelo incentivo e apoio.

À minha irmã, Camila, por todo o incentivo, carinho e companheirismo. Sua presença e apoio foram fundamentais e fizeram toda a diferença durante esta jornada.

Ao meu esposo Carolos Eduardo, fonte de amor, apoio e paciência. Sua presença ao meu lado durante todo este processo foi fundamental para que eu conseguisse seguir em frente, mesmo nos momentos de cansaço e incerteza.

Ao meu querido filho Henrique, minha maior inspiração que com sua energia e amor, trouxe luz aos meus dias. Mesmo nos momentos mais

desafiadores, sua presença me motivou a seguir em frente. Este trabalho é, em grande parte, fruto do seu amor e da alegria que você traz à minha vida.

Agradeço à CAPES pela concessão da bolsa de mestrado, que foi fundamental para o desenvolvimento deste trabalho. Esta bolsa não só viabilizou minha formação acadêmica, mas também representou uma oportunidade única de crescimento e aprendizado.

Sumário

Dedicatória	vii
Agradecimentos	viii
1. INTRODUÇÃO	1
2. REFERÊNCIAS	8
3. ARTIGO	12
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPECTIVAS	28

Esta dissertação de Mestrado Acadêmico Stricto Sensu é apresentada no formato exigido pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Caxias do Sul. A mesma é constituída da secção de “Introdução com referências bibliográficas”, a inclusão do artigo original submetido/publicado em periódico Qualis A na classificação da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal em Nível Superior (CAPES), e as “Considerações Finais e Perspectivas”.

1.INTRODUÇÃO

As doenças dermatológicas são comuns entre os que buscam atendimento médico e estão entre as principais razões para a procura por serviços ambulatoriais específicos.¹ Embora algumas condições dermatológicas possam ser tratadas ao nível da atenção primária, muitas delas necessitam de cuidados especializados, sendo encaminhadas, portanto, para serviços terciários. No entanto, existe uma tendência entre os responsáveis pela formulação das políticas de saúde em não valorizar essas doenças, subestimando as suas gravidades e o impacto na saúde. Este fato motivou a criação de um ambulatório para atendimento aos portadores de dermatite atópica (DA) na Universidade de Caxias do Sul, na abrangência da 5ª Coordenadoria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

Por ser a pele o maior e mais visível órgão do corpo humano, suas alterações são facilmente percebidas, gerando constrangimento, exclusão social e, por vezes, importante sofrimento psicológico.² Indivíduos que apresentam doenças dermatológicas percebem que a sua saúde está prejudicada, sentem-se limitados em suas atividades diárias e enfrentam uma perda de vitalidade e redução da qualidade de vida.³ Assim, essas doenças podem ser debilitantes, originando faltas à escola e ao trabalho, além de aumento e predisposição à ansiedade e à depressão.^{2,4} Como na população adulta, essas doenças podem causar grande impacto na saúde mental da criança e de seus familiares. Condições consideradas por muitos aparentemente simples, como a DA, podem se apresentar de forma grave, causando danos psicológicos e físicos, resultando em absenteísmo escolar e ocupacional por parte dos familiares.^{5,6}

As doenças dermatológicas, por serem comuns entre as crianças, são responsáveis por, em média, 30% das consultas pediátricas na atenção primária.⁷ A prevalência das dermatoses, além de variar entre faixas etárias, apresenta diferenças em suas apresentações clínicas, nas respostas aos tratamentos, nos riscos de comprometimento extra-cutâneo, nas comorbidades associadas e nos prognósticos. Além disso, os fatores de risco podem diferir entre adultos e crianças, a despeito de ser a mesma doença.⁸

A DA, também chamada de eczema atópico, apresenta grandes variações entre países e grupos étnicos. Na Europa e nos EUA, dados recentes sugerem que a prevalência entre crianças é de aproximadamente 20%, e entre adultos, varia entre 7% e 14%. Aproximadamente 80% dos sintomas iniciais da DA ocorrem durante os primeiros anos de vida, e cerca de 60% dos indivíduos apresentam remissões na adolescência.⁹

Um estudo realizado nos serviços de Dermatologia Pediátrica na cidade de Porto Alegre (RS) demonstrou, por meio da análise de escores de qualidade de vida, que pacientes com DA apresentam um importante prejuízo em sua qualidade de vida. A pontuação foi alta nas questões relacionadas à presença de sintomas, distúrbios de sono e necessidade de mudança na vestimenta para encobrir as lesões.¹⁰ Outras publicações apresentaram dados semelhantes e sugeriram que a diminuição da qualidade de vida estivesse relacionada a fatores como insatisfação com a aparência, depressão, vergonha, tristeza, ansiedade, pior qualidade de sono, estigmatização e restrição da vida social.¹¹

As crianças com DA representam um grupo distinto, com diferentes padrões de evolução, idades de início da doença, manifestações clínicas, níveis de gravidade, duração da condição e riscos de comorbidades.¹²

O impacto econômico da DA também é significativo, englobando não apenas os custos médicos diretos, como consultas e tratamentos, mas também custos indiretos, que envolvem a perda de produtividade para os pacientes e cuidadores. Essa combinação de despesas pode sobrecarregar tanto os indivíduos quanto os sistemas de saúde.¹³

1.1.1 Fisiopatologia

A prevalência de DA tem aumentado nos últimos 30 anos, embora os motivos desencadeantes não estejam totalmente estabelecidos.

A atopia é caracterizada pela regulação anormal da produção de IgE em resposta a alérgenos ambientais, manifestando-se em condições como asma, rinite alérgica e DA.¹⁴ A fisiopatologia da DA é complexa e multifacetada, envolvendo diversos fatores, como a falha na barreira cutânea, alterações nas respostas do sistema imunológico, hipersensibilidade induzida pela imunoglobulina E e influências

ambientais. Além disso, essa condição resulta de uma interação entre genes predisponentes, características do hospedeiro, anomalias farmacológicas e fatores imunológicos.¹⁵

1.1.2 Genética

O cenário genético da DA é complexo, posto que diversos genes estão associados à doença, especialmente aqueles que codificam proteínas estruturais da pele e os principais componentes do sistema imunológico. Uma descoberta recente e significativa foi a forte relação entre a DA e mutações no gene filagrina (FLG), localizado no cromossomo 1, considerado um fator de risco genético. Aproximadamente 10% da população do mundo ocidental apresenta essas mutações, enquanto cerca de 50% dos indivíduos com DA as possuem. Essas mutações originam deficiências funcionais na FLG, resultando em uma BC comprometida.¹⁵ Clinicamente estas alterações se manifestam como pele seca e um maior risco de eczema. No entanto, nem todos os pacientes com DA têm essas mutações, e outras variações genéticas também podem estar implicadas. A combinação dessas variações genéticas com fatores ambientais e de desenvolvimento parecem contribuir para o surgimento da doença.

Os padrões familiares também evidenciam um forte componente hereditário e crianças cujos pais são afetados apresentam um risco significativamente maior de desenvolver a condição.¹⁶ Nas famílias afetadas pela DA, o risco de desenvolvimento da doença é consideravelmente elevado. Por exemplo, entre pares de gêmeos monozigóticos a taxa de concordância é de cerca de 75%, o que significa que, se um dos gêmeos tiver a condição, o outro terá 75% de chance de desenvolvê-la. Entre pares de gêmeos dizigóticos essa taxa cairá para aproximadamente 30%.¹⁷

Outros fatores hereditários que aumentam o risco de DA incluem histórico familiar de asma e alergias, o que quase dobrará as chances da criança desenvolver a condição se ambos os pais tiverem essas doenças. A presença de asma, sibilância e sensibilização alérgica também apresentam taxas relevantes.¹⁸

1.1.3 Disfunção da barreira cutânea

A pele é importante anteparo contra inúmeros danos físicos, químicos e biológicos. Proksch et al. analisaram as principais características da falha da BC na DA.¹⁹ Estudos revelam uma variedade de loci genéticos associados à função da BC. Embora o papel desses genes na patogênese da DA ainda precise ser investigado, três fatores contribuem para a disfunção da barreira: redução na expressão gênica da FLG, deficiência de ceramidas e superexpressão de proteases epidérmicas.¹⁹

A FLG, codificada pelo gene FLG, desempenha importante papel na manutenção da BC. Ela é responsável pela ligação cruzada dos filamentos de queratina em feixes densos e pela hidratação do estrato córneo. Portanto, mutações neste gene são fatores de risco significativos para a DA.¹⁵

As ceramidas desempenham um papel crucial na retenção de água na camada mais externa da pele, o estrato córneo. Em pacientes com DA existe uma redução nessas partículas, resultando em maior perda transepidérmica de água, originando a xerose cutânea.²⁰ Já as proteases atuam na descamação dos desmossomos da camada córnea e incluem a calicreína 5, 7 e 14. A mutação no gene SPINK5 está associada à intensificação dos sintomas da DA.²¹

1.1.4 Fatores ambientais

Vários fatores de risco ambientais para a DA são considerados potencialmente causais, embora apenas alguns sejam reconhecidos. Diversos estudos associam a exposição à poluição do ar ao aumento da DA em crianças e adultos, especialmente em áreas urbanas, pois a exposição aos poluentes pode comprometer a função da barreira epidérmica, como evidenciado pela perda transepidérmica de água (TEWL).²² Em um estudo, indivíduos com DA e que foram expostos ao dióxido de nitrogênio (NO₂) apresentaram um aumento na TEWL, indicando uma degradação da BC, em comparação com a pele com DA antes da exposição e com a pele saudável após a exposição.²³ O NO₂ é um subproduto extremamente tóxico da queima de hidrocarbonetos. As principais fontes de NO₂ são os motores de combustão interna, a exemplo dos motores a diesel e as centrais térmicas.

Os mecanismos que podem levar à deterioração da BC incluem a geração de radicais livres devido à poluição e a peroxidação lipídica de ácidos graxos

polinsaturados nas membranas celulares, semelhante ao que ocorre em outros sistemas orgânicos. Além disso, a função da barreira da pele é afetada pela exposição a partículas, resultando na redução da expressão de E-caderina e de proteínas estruturais no estrato córneo, como citoqueratina e FLG, além do aumento da produção de metaloproteinases de matriz.²⁴

Condições superlotadas e precárias de habitação, além da exposição à contaminantes e alérgenos internos, são particularmente problemáticas em famílias de baixo nível socioeconômico, contribuindo para um aumento significativo da morbidade relacionada à DA. A sensibilização a alérgenos, como ácaros, mofo e fumaça passiva podem desencadear crises e agravar a doença. Ambientes com infestações parasitárias, ventilação inadequada e carpetes favorecem o acúmulo de alérgenos, dificultando a remoção eficiente desses fatores desencadeantes.²⁵ Níveis socioeconômicos e de escolaridade mais baixos estão associados a maior gravidade da DA e dificuldades no manejo da doença. Vários estudos mostram que indivíduos com menor status socioeconômico apresentam sintomas mais graves, pontuações mais altas no Índice de Área e Gravidade do Eczema (EASI) e uma qualidade de vida dermatológica inferior.²⁵ Isso se deve principalmente ao alto custo relacionado ao tratamento, especialmente nos casos mais graves em que são necessárias medicações sistêmicas. Outro ponto importante a ser considerado envolve a falta de flexibilidade no local de trabalho e, muitas vezes, licenças médicas limitadas, o que impossibilita o trabalhador de levar os filhos para consultas dermatológicas.

1.2 Manifestações Clínicas

As lesões eczematosas costumam apresentar uma distribuição corporal relacionada à idade. Em crianças com menos de 2 anos, as lesões agudas manifestam-se como pápulas e vesículas pruriginosas (lesões elevadas com menos de 1cm), frequentemente acompanhadas de exsudato seroso e crostas. Normalmente, essas lesões exibem um eritema pouco definido e afetam o rosto, o tronco, as superfícies extensoras dos membros e, por vezes, a região de fraldas.²⁶ A partir dos dois anos, a DA é caracterizada por pele seca, eritema mais claro, pápulas e placas liquenificadas que acometem superfícies flexoras, mãos e pés. O envolvimento facial é menos comum, mas quando ocorre, tende a apresentar uma distribuição perioral e periorbital. A partir dos dois anos também são observadas

manifestações polimórficas com diferentes tipos de lesões cutâneas, como eczema numular ou variantes morfológicas, incluindo o tipo folicular, que se caracteriza por pápulas foliculares densamente agrupadas.²⁶

Adolescentes e adultos geralmente apresentam pápulas e placas simétricas, frequentemente associadas à liquenificação e escoriações. As áreas mais afetadas incluem regiões flexoras, rosto, pescoço e extremidades distais. Além disso, em adultos, é mais comum o envolvimento das mãos, mamilos ou pálpebras. De modo geral, a doença tende a ser mais grave em casos persistentes do que em casos de início tardio, superior a 18 anos. A DA em adultos pode apresentar uma variedade de características clínicas, incluindo formas atípicas. De fato, foram identificados diversos fenótipos de DA em adultos, pois a doença pode manifestar-se com características clínicas não convencionais.²⁷

Em adultos e adolescentes, além do eczema flexural, o eczema na cabeça e pescoço e o eczema nas mãos, são os fenótipos clínicos mais frequentes (84,9% e 84,2%, respectivamente). Também podem ocorrer outras apresentações, como dermatite “em retrato” (20,1%), eczema difuso (6,5%), eczema semelhante ao numular (5,8%), prurigo nodular semelhante (2,1%) e eritrodermia (0,7%).²⁸

1.3 Fatores de Risco

Pesquisas têm sido realizadas com o objetivo de compreender as causas que levam alguns indivíduos a desenvolverem asma e outras doenças atópicas, como rinite e eczema. Um fator de risco significativo é o histórico familiar de doenças atópicas, mas diversos fatores ambientais também desempenham um papel importante na manifestação dessas condições. Silverberg e Simpson utilizaram dados do Inquérito Nacional de Saúde Infantil dos Estados Unidos, para analisar a ocorrência de diversos problemas de saúde infantil. Foi obtida uma amostra com 79.667 crianças entre 7 e 8 anos de idade que apresentaram alguma comodidade nos últimos 12 meses. A prevalência de DA foi de 12,97%, sendo evidenciada maior prevalência de comorbidades atópicas nesses pacientes. A presença de asma nos últimos 12 meses nos pacientes com DA foi de 19,8%, enquanto na sua ausência foi de 7,9%. A existência da relação entre DA e asma e rinite alérgica foi bem descrita com índices de confiança relevantes,²⁹ corroborando a ideia de que há relação entre a presença da DA e maior incidência e gravidade de asma e de rinite, principalmente

na forma grave do quadro cutâneo. Kobyletzki et al. referiram que crianças com DA apresentaram duas vezes mais chances de desenvolver asma e três vezes maior probabilidade de desenvolver rinite alérgica, em comparação com as crianças que não apresentam eczema.³⁰ Sugerem que a disfunção na integridade da pele, como a causada por mutações no gene da FLG poderia facilitar a penetração de alérgenos, aumentando assim o risco de doenças alérgicas nas vias aéreas.

1.4 Diagnóstico e Tratamento

Não existem, atualmente, métodos de triagem específicos para identificar a DA. O diagnóstico baseia-se no histórico do paciente e nos sintomas clínicos apresentados. A diferenciação entre a DA e outras condições cutâneas, como dermatite de contato, dermatite seborreica, escabiose e psoríase é difícil e complexa.³¹ No entanto, em algumas situações, um histórico familiar de atopia e a distribuição das lesões podem auxiliar na definição do diagnóstico. Fatores como anormalidades nutricionais, malignidades e doenças de queratinização ou imunodeficiências, que também apresentam sintomas cutâneos, devem ser considerados no diagnóstico diferencial da DA.³²

A última atualização do consenso de DA da European Guideline recomenda fortemente o uso de medicamentos sistêmicos para os casos graves: ciclosporina, imunobiológicos e, em casos excepcionais, corticosteroides sistêmicos.³³ As diretrizes da Academia Americana de Dermatologia (AAD), por outro lado, fazem uma forte recomendação para o uso de dupilumabe, tralokinumabe, abrocitinibe, baricitinibe e upadacitinibe, além de uma recomendação condicional para o uso de azatioprina, ciclosporina, metotrexato e micofenolato. As diretrizes da AAD desaconselham o uso de corticosteróides sistêmicos, possivelmente pela associação com um maior risco de eventos adversos.³⁴

Podem ser acrescentados à terapia: tratamentos tópicos, a exemplo de hidratação com terapias emolientes; terapias anti-inflamatórias; corticoterapia tópica; inibidores de calcineurina tópica; antibioticoterapia tópica e anti-histamínicos.³⁵

2. REFERÊNCIAS

1. Hay RJ, Johns NE, Williams HC, Bolliger IW, Dellavalle RP, Margolis DJ, et al. The global burden of skin disease in 2010: an analysis of the prevalence and impact of skin conditions. *J Investig Dermatol*. 2014 Jun;134(6):1527-34.
2. Dalgard FJ, Gieler U, Tomas-Aragones L, Lien L, Poot F, Jemec GBE, et al. The psychological burden of skin diseases: a cross-sectional multicenter study among dermatological out-patients in 13 European countries. *J Investig Dermatol*. 2015 Apr;135(4):984-91.
3. Lim HW, Collins SAB, Resneck JS, Bolognia JL, Hodge JA, Rohrer TA, et al. The burden of skin disease in the United States. *J Am Acad Dermatol*. 2017 May;76(5):958-72.e2.1.
4. Manzoni APDDS, Pereira RL, Townsend RZ, Weber MB, Nagatomi ARDS, Cestari TF. Assessment of the quality of life of pediatric patients with the major chronic childhood skin diseases. *An Bras Dermatol*. 2012 Jun;87(3):361–8.
5. LaRosa C, Makkar H, Grant-Kels JM. Approach to the total body skin examination in adults and children: Kids are not just little people. *Clinics in Dermatology*. 2017 Jan;35(6):500–3.
6. Hollestein LM, Nijsten T. An Insight into the Global Burden of Skin Diseases. *Journal of Investigative Dermatology*. 2014 Jun;134(6):1499–501.
7. Prindaville B, Antaya RJ, Siegfried EC. Pediatric Dermatology: Past, Present, and Future. *Pediatric Dermatol*. 2015 Jan;32(1):1–12.
8. Vakirlis E, Theodosiou G, Apalla Z, Arabatzis M, Lazaridou E, Sotiriou E, et al. A retrospective epidemiological study of skin diseases among pediatric population attending a tertiary dermatology referral center in Northern Greece. *CCID*. 2017 Apr;10:99–104.
9. Bylund S, B. von Kobyletzki L, Svalstedt M, Svensson Åke. Prevalence and Incidence of Atopic Dermatitis: A Systematic Review. *Acta Derm Venereol* [Internet]. 2020 Jun. 9 [cited 2024 Nov. 11];100(12):320-9. Available from: <https://medicaljournalssweden.se/actadv/article/view/1691>
10. Ludwig MWB, Oliveira MDS, Muller MC, Moraes JFDD. Qualidade de vida e localização da lesão em pacientes dermatológicos.

An Bras Dermatol. 2009 Apr;84(2):143–50.

11. Beattie PE, Lewis-Jones MS. A comparative study of impairment of quality of life in children with skin disease and children with other chronic childhood diseases: QoL impairment in children with skin disease vs. other diseases. *British J Dermatol*. 2006 Jul;155(1):145–51.
12. Chaudhary F, Lee W, Escander T, Agrawal DK. Exploring the complexities of atopic dermatitis: pathophysiological mechanisms and therapeutic approaches. *J Biotechnol Biomed*. 2024;7(3):314-328.
13. Chovatiya R, Begolka WS, Thibau IJ, Silverberg JI. Financial burden and impact of atopic dermatitis out-of-pocket healthcare expenses among black individuals in the United States. *Arch Dermatol Res*. 2021 Sept;314(8):739–47
14. Purvis DJ, Thompson JMD, Clark PM, Robinson E, Black PN, Wild CJ, et al. Risk factors for atopic dermatitis in New Zealand children at 3.5 years of age. *Br J Dermatol*. 2005 Apr;152(4):742–9.
15. Palmer CNA, Irvine AD, Terron-Kwiatkowski A, Zhao Y, Liao H, Lee SP, et al. Common loss-of-function variants of the epidermal barrier protein filaggrin are a major predisposing factor for atopic dermatitis. *Nat Genet*. 2006 Apr;38(4):441–6.
16. Irvine AD, McLean WHI, Leung DYM. Filaggrin Mutations Associated with Skin and Allergic Diseases. *N Engl J Med*. 2011 Oct;365(14):1315–27.
17. Thomsen SF, Ulrik CS, Kyvik KO, Hjelmberg J v B, Skadhauge LR, Steffensen I, et al. Importance of genetic factors in the etiology of atopic dermatitis: a twin study. *Allergy Asthma Proc*. 2007;28(5):535–9.
18. Thakur A, Malhotra S, Malhotra S. Scoring atopic dermatitis and six sign atopic dermatitis: Comparison of prognostic and predictive value in atopic dermatitis. *Indian J Paediatr Dermatol*. 2013;14(1):13.
19. Proksch E, Fölster-Holst R, Jensen JM. Skin barrier function, epidermal proliferation and differentiation in eczema. *J Dermatol Sc*. 2006 Sept;43(3):159–69
20. Lynde CW, Andriessen A, Barankin B, Gannes GD, Gulliver W, Haber R, et al. Moisturizers and Ceramide-containing Moisturizers May Offer Concomitant Therapy with Benefits. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2014 March;7(3):18–26
21. Moffatt MF. SPINK5: A gene for atopic dermatitis and asthma. *Clin Experimental Allergy*. 2004 March;34(3):325–7.

22. Eberlein-König B, Przybilla B, Kühnl P, Pechak J, Gebefügi I, Kleinschmidt J, et al. Influence of airborne nitrogen dioxide or formaldehyde on parameters of skin function and cellular activation in patients with atopic eczema and control subjects. *J Allergy Clin Immunol*. 1998 Jan;101(1):141–3.
23. Jin SP, Li Z, Choi EK, Lee S, Kim YK, Seo EY, et al. Urban particulate matter in air pollution penetrates into the barrier-disrupted skin and produces ROS-dependent cutaneous inflammatory response in vivo. *J Dermatol Sci*. 2018 Aug;91(2):175–83.
24. Kim HJ, Bae IH, Son ED, Park J, Cha N, Na HW, et al. Transcriptome analysis of airborne PM 2.5 - induced detrimental effects on human keratinocytes. *Toxicology Letters*. 2017 May;273:26–35.
25. Fadadu RP, Abuabara K, Balmes JR, Hanifin JM, Wei ML. Air Pollution and Atopic Dermatitis, from Molecular Mechanisms to Population-Level Evidence: A Review. *IJERPH*. 2023 Jan;20(3):2526.
26. Langan SM, Irvine AD, Weidinger S. Atopic dermatitis. *The Lancet*. 2020 Aug;396(10247):345–60.
27. Lim HW, Collins SAB, Resneck JS, Bolognia JL, Hodge JA, Rohrer TA, et al. The burden of skin disease in the United States. *J Am Acad Dermatol*. 2017 May;76(5):958-972.e2.
28. Stingeni L, Bianchi L, Antonelli E, Caroppo ES, Ferrucci SM, Ortoncelli M, et al. Moderate- to- severe atopic dermatitis in adolescents treated with dupilumab: A multicentre Italian real- world experience. *Acad Dermatol Venereol*. 2022 Aug;36(8):1292–9.
29. Silverberg JI, Simpson EL. Association between severe eczema in children and multiple comorbid conditions and increased healthcare utilization. *Pediatric Allergy Immunol*. 2013 Aug;24(5):476–86.
30. Von Kobyletzki LB, Bornehag CG, Hasselgren M, Larsson M, Lindström CB, Svensson Å. Eczema in early childhood is strongly associated with the development of asthma and rhinitis in a prospective cohort. *BMC Dermatol*. 2012 Dec;12(1):11.
31. Deleuran M, Vestergaard C. Clinical heterogeneity and differential diagnosis of atopic dermatitis. *Br J Dermatol*. 2014 Jul;170:2–6.

32. Napolitano M, Fabbrocini G, Martora F, Genco L, Noto M, Patruno C. Children atopic dermatitis: Diagnosis, mimics, overlaps, and therapeutic implication. *Dermatol Ther* [Internet]. 2022 Dec.
33. Wollenberg A, Kinberger M, Arents B, Aszodi N, Avila Valle G, Barbarot S, et al. European guideline (EuroGuiDerm) on atopic eczema: part I – systemic therapy. *Acad Dermatol Venereol*. 2022 Sept;36(9):1409–31.
34. Robinson L, Strowd LC. American Academy of Dermatology Guidelines for Managing Atopic Dermatitis. *Adv Exp Med Biol*. 2024;1447:217–25.
35. Angelova-Fischer I, Rippke F, Richter D, Filbry A, Arrowitz C, Weber T, et al. Stand-alone Emollient Treatment Reduces Flares After Discontinuation of Topical Steroid Treatment in Atopic Dermatitis: A Double-blind, Randomized, Vehicle-controlled, Left-right Comparison Study. *Acta Derm Venerol*. 2018;98(5):517–23.

3.ARTIGO

DERMATITE ATÓPICA: PREVALÊNCIA E PERFIL DA POPULAÇÃO ATENDIDA EM UM AMBULATÓRIO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA

RESUMO

Introdução e justificativa: A dermatite atópica é uma doença inflamatória cutânea crônica, de etiologia multifatorial, que afeta milhões de pessoas em todo o mundo. É um distúrbio complexo caracterizado pelo desequilíbrio da função imunológica e pela alteração da barreira cutânea.

Objetivos: Descrever a prevalência de dermatite atópica e o perfil da população atendida em um Ambulatório de Dermatologia Pediátrica.

Metodologia: Estudo observacional transversal retrospectivo realizado no período de agosto/2018 a dezembro/2023. Foram descritas as seguintes variáveis: faixa etária na primeira consulta, sexo, número de consultas realizadas, seguimento e diagnóstico, histórico familiar e pessoal de asma e rinite, necessidade de biopsia com vistas ao diagnóstico, necessidade de internação hospitalar prévia devido à doença, uso de medicações sistêmicas para controle da condição - corticóide, anti-histamínico, imunobiológicos e história de atopia pessoal e/ou familiar.

Resultados: Foram analisados 286 prontuários, dos quais 216 (75%) apresentavam diagnóstico confirmado de dermatite atópica e 70 (25%) apresentavam outros tipos de dermatoses. Os pacientes com dermatite atópica apresentaram uma mediana de 3 consultas e 29 meses de seguimento, versus 1 consulta e 8 meses de seguimento no grupo das outras dermatopatias. No histórico familiar de atopias, 15,7% dos pacientes apresentaram relato de asma e 13,6% de rinite. O histórico pessoal de asma foi de 24,1% e 12,2% de rinite. Apenas 1,4% dos pacientes com atopia

necessitaram de biópsia.

Conclusão: Os resultados deste estudo mostraram que os pacientes com dermatite atópica necessitaram de mais consultas e de um tempo maior de acompanhamento em comparação com aqueles com outras dermatopatias. Foi observado um percentual mais elevado de histórico familiar e pessoal de asma e rinite entre os pacientes com dermatite atópica, e apenas um pequeno número deles necessitou de biópsia para confirmação da doença.

Palavras-chaves: Dermatite atópica, Dermatologia, Epidemiologia clínica, Prevalência, Fatores de risco.

INTRODUÇÃO

As doenças dermatológicas são frequentes entre aqueles que buscam atendimento médico, figurando entre as principais causas de procura por serviços ambulatoriais especializados. Embora algumas condições dermatológicas possam ser tratadas na atenção primária, muitas requerem cuidados especializados e, por isso, são encaminhadas para serviços terciários.¹

Esta pesquisa se destaca pelo fato de abordar um tema ainda pouco investigado: a dermatite atópica (DA) em um Ambulatório de Dermatologia Pediátrica. Embora a DA seja uma das doenças dermatológicas mais comuns na infância, os estudos disponíveis sobre a gestão dessa condição no contexto específico dos ambulatórios pediátricos são limitados. Há uma escassez de dados que relatem o perfil dos pacientes acometidos, os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde e os impactos que a doença exerce na qualidade de vida das crianças afetadas e suas famílias.

A relevância deste estudo está na necessidade de ampliar a compreensão sobre a DA, uma doença crônica de evolução imprevisível, que pode ser altamente incapacitante.² A condição afeta não apenas a saúde física das crianças, mas também gera um grande impacto emocional e social, tanto para os pacientes quanto para suas famílias.³ Os sintomas, como prurido intenso, lesões cutâneas e infecções secundárias, podem afetar de forma grave a qualidade de vida, dificultando atividades cotidianas e prejudicando o bem-estar emocional das crianças.^{2,4} Além disso, o fato de ser uma doença com recorrências frequentes, exacerbadas por fatores ambientais, como mudanças climáticas e estresse, torna o manejo da DA uma tarefa complexa e desafiadora para os profissionais de saúde.⁵

Apesar da gravidade e da prevalência da dermatite atópica, essa condição nem sempre recebe a devida atenção no contexto da dermatologia pediátrica, seja por falta de recursos, seja por uma percepção de que a doença não apresenta complicações imediatas.⁶ O reconhecimento da dermatite atópica como uma doença potencialmente debilitante e de longo prazo reforça a importância de uma investigação mais aprofundada sobre os fatores relacionados à doença. Este estudo, portanto, preenche uma lacuna crítica na literatura, ao investigar como os

ambulatórios de dermatologia pediátrica lidam com a dermatite atópica, ao mesmo tempo em que contribui para um maior entendimento dos desafios enfrentados pelos profissionais de saúde e pelo próprio sistema de atendimento. Além disso, visa chamar a atenção para a necessidade de um olhar mais atento e especializado para essa condição, promovendo um tratamento mais eficaz e um apoio psicológico mais adequado tanto para as crianças e adolescentes quanto para suas famílias.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional transversal retrospectivo. A população estudada foi composta por pacientes atendidos no ambulatório de dermatologia pediátrica do Centro Clínico da Universidade de Caxias do Sul, entre agosto de 2018 e dezembro de 2023. O ambulatório, criado em 2018, atende pacientes provenientes do Sistema Único de Saúde (SUS), encaminhados ao serviço terciário por médicos clínicos ou pediatras das Unidades Básicas de Saúde de Caxias do Sul e da 5ª Coordenadoria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

A amostra foi selecionada por conveniência, sendo composta por 286 pacientes. Definiu-se como critério de inclusão: pacientes atendidos no período estudado, entre agosto de 2018 a dezembro de 2023 e critério de exclusão pacientes cujos prontuários não constassem na base de dados. Todos os pacientes atendidos no período foram avaliados, os prontuários foram alocados em dois grupos: o de dermatite atópica (DA) e o de outras dermatopatias.

As variáveis analisadas neste estudo incluíram: faixa etária na primeira consulta, sexo, número de consultas realizadas, tempo de seguimento e diagnóstico. Também foram considerados o histórico familiar e pessoal de asma e rinite, outras comorbidades, a necessidade de biópsia para diagnóstico, internação hospitalar prévia devido à doença e o uso de medicações sistêmicas para controle da condição, como corticóides, anti-histamínicos e imunobiológicos. Os dados foram coletados através da revisão dos prontuários.

Utilizou-se a análise descritiva através dos cálculos de medidas de tendência central, média e mediana e medida de dispersão, intervalo interquartil. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Caxias do Sul e aprovado com o número 6.257.093 de 23/08/2023.

RESULTADOS

Foram avaliados 286 prontuários, sendo 216 relacionados à dermatite atópica e 70 a outras dermatoses. A Tabela 1 apresenta as características dos grupos em relação a idade, sexo, número de consultas e tempo de seguimento. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos em relação ao sexo e à idade na primeira consulta. A mediana do número de consultas foi significativamente maior entre os pacientes com dermatite atópica (3 consultas) em comparação aos pacientes com outras dermatopatias (1 consulta). Pacientes com dermatite atópica apresentaram um tempo de seguimento mediano de 29 meses, enquanto o seguimento foi mais curto no grupo das outras dermatoses, com uma mediana de apenas 8 meses.

Tabela 1: Características gerais, número de consultas e tempo de seguimento

Váriaveis	Dermatite Atópica	Outras dermatoses
N=286	216 (75%)	70 (25%)
Sexo masculino	112 (39,2%)	39 (13,6%)
Sexo feminino	104 (36,4%)	31 (10,8%)
Idade (em anos)*	7,0 [6,0]	8,0 [6,0]
Número de consultas	3,0 [2,0]	1,0 [1,0]
Mínimo	1,0	1,0
Máximo	52	8
Seguimento em meses*	29 [53,63]	8 [0,13]
Mínimo	0	0
Máximo	81,7	21,3

*idade e seguimento estão expressos em mediana e Intervalo entre Quartis (IQR)

A distribuição das faixas etárias foi expressiva no grupo de dermatite atópica, com maior frequência observada entre as crianças em idade escolar (6 a 10 anos incompletos) (39,5%), seguidas pelos pré-escolares (2 a 6 anos incompletos) (20,3%) e adolescentes (10 a 19 anos) (10,5%). Em contrapartida, as outras dermatopatias apresentaram uma distribuição mais dispersa, com frequência menor entre lactantes (0 a 1 ano incompleto) e crianças pequenas (1 a 2 anos incompletos). (Tabela 2).

Tabela 2: Frequências de faixa etária

Váriaveis	Dermatite Atópica	Outras dermatoses
Lactante	3 (1%)	4 (1,4%)
Criança pequena	12 (4,2%)	2 (0,7%)
Pré-escolar	58 (20,3%)	14 (4,9%)
Escolar	113 (39,5%)	40 (14%)
Adolescente	30 (10,5%)	10 (3,5%)

Pacientes com dermatite atópica (DA) apresentaram uma prevalência de 15,7% de histórico familiar positivo para asma, contrastando com a ausência de histórico familiar de asma nos pacientes com outras dermatopatias. Observou-se também um histórico familiar positivo para rinite em 13,6% dos pacientes com DA, enquanto nenhuma ocorrência foi relatada no grupo controle. No grupo com DA, 24,1% dos pacientes apresentaram histórico pessoal de asma, e 12,2% tinham histórico de rinite.

Tabela 3: Frequências de histórico familiar e pessoal de asma e rinite.

Váriaveis	Dermatite
	Atópica
Histórico familiar de asma	45 (15,7%)
Histórico familiar de rinite	39 (13,6%)
Histórico pessoal de asma	69 (24,1%)
Histórico pessoal de rinite	35 (12,2%)

A necessidade de biópsia foi rara entre os pacientes com dermatite atópica (DA), sendo que apenas 1,4% dos pacientes necessitaram desse procedimento. Apenas 14,7% dos pacientes com DA necessitaram de tratamento sistêmico: 8,4% fizeram uso de corticoterapia, 5,2% de anti-histamínicos e 1,7% de imunobiológicos. No entanto, o grupo das outras dermatoses não utilizou esse tipo de tratamento. A prevalência de outras comorbidades foi de 14,7% entre os pacientes com DA, enquanto nenhum paciente no grupo controle relatou tais condições.

Tabela 4: Variáveis relacionadas ao diagnóstico e tratamento

Váriaveis	Dermatite Atópica
Internação hospitalar prévia devido a doença	6 (12,1%)
Necessidade de biópsia para o diagnóstico	4 (1,4%)
Uso de tratamento sistêmico	31 (14,7%)
Corticoterapia	24 (8,4%)
Anti-histamínicos	15 (5,2%)
Imunobiológicos	5 (1,7%)
Presença de outras comorbidades	42 (14,7%)

DISCUSSÃO

A análise de cinco anos de funcionamento do Ambulatório de Dermatologia Pediátrica da Universidade de Caxias do Sul possibilitou a coleta de diversos dados que caracterizassem a população atendida. A prevalência de dermatoses na infância é alta, tanto em países em desenvolvimento quanto em países desenvolvidos. Fung et al. avaliaram a prevalência e o padrão de doenças dermatológicas entre alunos de escolas primárias e secundárias, atendidos em um centro de serviços de saúde estudantil em Hong Kong, desses um total de 31,3% apresentavam uma ou mais doenças de pele.⁷ Noronha et al. avaliaram a prevalência das dermatoses pediátricas atendidas no Hospital de Clínicas de Curitiba, relatando 24% dos atendimentos pediátricos devido a esse motivo.⁸ É Dentre as dermatoses pediátricas a DA é uma das mais importantes por ser comum e por ser um problema de saúde pública global. Conforme constatado na publicação de Urban et al.⁹

Em nosso estudo, identificamos alta prevalência de DA (75%), condição que costuma fazer parte do grupo de doenças eczematosas. Esses dados alinham-se com algumas pesquisas, como a de Bopp et al., que detectou o predomínio dos eczemas (15,98%), em comparação com outras doenças de pele.¹⁰ Serruya também descreveu maior incidência de eczemas (22,5%) secundados pelas micoses superficiais.¹¹ O estudo do ADP/UCS também identificou resultados semelhantes aos de Pizzol e o de Cestari, caracterizados por apresentar maior incidência de eczemas (31,7%).^{12,13} A DA, por ser uma doença complexa e multifatorial, pode ter seu diagnóstico dificultado por fatores que alterem o seu quadro clínico, como tratamentos inadequados e escoriações ou manifestações atípicas da doença. Dessa forma, em alguns casos se faz necessário o uso da análise anatomopatológica da lesão para auxiliar nessa definição diagnóstica. Em nosso estudo 1,4% das crianças necessitaram realizar biópsia de pele, esse dado sugere que, na maioria dos casos, o diagnóstico de dermatite atópica pode ser feito com base na história clínica e exame físico, reservando a biópsia para casos complexos ou atípicos. Importante destacar também a natureza crônica e recorrente da DA que frequentemente exige intervenções regulares para controle dos sintomas e manejo

de exacerbações. No ADP/UCS, no período estudado, uma criança com quadro grave de DA foi levada 52 vezes para consulta. Esse dado também destaca a importância do papel dos serviços de saúde primária e especializada no acompanhamento e prevenção de complicações.

Em relação ao seguimento dos pacientes, os portadores de DA apresentaram uma mediana de 29 meses, enquanto as outras dermatoses de 8 meses. Esse seguimento prolongado observado no grupo com DA indica a necessidade de uma abordagem de longo prazo para o manejo, refletindo o curso crônico e a possibilidade de episódios de exacerbação que requerem monitoramento constante.

Não houve diferença de incidência entre o sexo dos pacientes em nosso estudo, diferentemente de outros que relataram o sexo feminino como o mais afetado pela doença.^{14,15}

Este estudo também identificou que a história prévia pessoal ou familiar de atopia esteve significativamente associada ao desenvolvimento de DA. Já está bem estabelecido que esses fatores se relacionam com a doença, como já demonstraram Thakur *et al* e Matthewman *et al*. Em seus estudos foi observada associação positiva entre atopia parental e a manifestação e gravidade da DA de início precoce em crianças, situação atribuída à genética no aparecimento e desenvolvimento da doença.^{16,17} No estudo de Kobyletzki *et al*. foi evidenciado que o eczema na infância está fortemente relacionado ao desenvolvimento de asma e rinite. Crianças com início precoce de eczema ou que apresentam maior gravidade ou persistência da condição têm maior probabilidade de desenvolver essas doenças respiratórias.¹⁸ Um estudo longitudinal avaliou a associação do histórico parental de DA e de asma com a dermatite atópica infantil; 8.530 crianças foram acompanhadas e concluiu-se que a associação entre a doença atópica dos pais e o risco de DA na prole variam de acordo com o tipo de doença atópica, sendo o eczema parental o melhor marcador para a predisposição de DA nos filhos.¹⁹

Em nosso estudo a presença de rinite no histórico familiar reflete a natureza atópica da DA, que compartilha frequentemente fatores de risco com outras doenças atópicas, como rinite alérgica e asma. No grupo dos pacientes com outras dermatoses houve ausência desses fatores, o que reforça a associação entre DA e comorbidades respiratórias, sugerindo que pacientes com DA podem estar em maior

risco de desenvolver condições como asma e rinite alérgica, o que pode ter implicações na abordagem terapêutica integrada para tratar essas comorbidades de forma abrangente.

A maior parte dos pacientes atendidos no ADP/UCS apresentou quadros leves a moderados de DA e controle da doença somente com terapia tópica. No entanto, em 14,7% dos casos houve necessidade de terapêutica sistêmica, isso evidencia que, em casos graves de dermatite atópica, é necessário considerar terapias mais intensas para controlar a inflamação cutânea, o que destaca a necessidade de estratégias de manejo individualizadas conforme a gravidade dos sintomas e resposta aos tratamentos tópicos. Por ser o único serviço da região especializado no manejo da DA, se observa pacientes com doenças de alta gravidade, 1,7% dos pacientes necessitaram de imunobiológicos, o que indica que, em casos refratários a outros tratamentos, pode ser necessário considerar terapias imunomoduladoras, especialmente em pacientes com resposta insuficiente ao tratamento convencional.²⁰

Em relação ao tratamento, 5,2% dos pacientes fizeram uso de anti-histamínicos de primeira geração por ser útil para o manejo do prurido, um sintoma comum e debilitante da dermatite atópica. Uma revisão recente publicada na Cochrane não identificou evidências consistentes que sustentassem a eficácia dos tratamentos anti-histamínicos para diminuição do prurido, em comparação ao placebo, embora a qualidade da evidência tenha sido considerada de baixa a moderada.²¹ No ADP/UCS prescreve-se anti-histamínicos de primeira geração com o objetivo de melhorar a qualidade do sono do paciente nos momentos de crise, em função da sonolência causada por ele, e não propriamente para a melhora do sintoma.

O tratamento da DA na infância, além das dificuldades associadas aos complexos mecanismos das próprias doença, apresenta um fator adicional: a participação direta dos tutores. A DA é uma condição cutânea crônica que requer tratamentos prolongados e variados. É necessário, com frequência, adaptar o ambiente doméstico para garantir o controle adequado da doença. Essas mudanças são essenciais para que seja otimizada a eficácia das medicações e a melhorar da qualidade de vida dos pacientes, ainda que tais mudanças possam se caracterizar,

eventualmente, como um obstáculo no cotidiano das famílias.

Os cuidadores de pacientes dermatológicos são frequentemente pouco colaboradores e aderentes à terapia tópica e, em muitas vezes, não dão a devida importância ao uso de hidratantes e mudanças na rotina das crianças. Em contraponto observa-se o uso exagerado de corticosteróides, pois ao perceberem a melhora da doença oferecem as medicações por tempo inadequado, ocasionando diversos prejuízos.²² São várias as explicações para o comprometimento diminuído com o cuidado da DA. Para os pais de crianças com doenças de pele, as razões mais comuns identificadas no cotidiano para a inadvertência ao tratamento medicamentoso, além dos custos e o desconforto em relação aos efeitos adversos, somam-se o esquecimento, ordens confusas, falta de tempo para a medicação ou falta de conhecimento sobre a doença ou o tratamento.^{22,23} Fatores como falta de apoio entre os pais, desaprovação do tratamento, dificuldade em tomar banho, horário de dormir tardio, ausência de apoio social, preocupação com o eczema, sentimentos de discriminação e percepção da gravidade da doença também foram associados à não adesão por um grupo de pais de crianças portadoras de DA.²⁴ Além disso, preferências do paciente, experiências anteriores com intervenções e modo de administração do medicamento também podem influenciar na adesão.⁴

Embora haja uma infinidade de tratamentos para a DA, terapias tópicas como os corticosteróides continuam sendo o tratamento de primeira linha, assim como o uso de emolientes, os quais foram prescritos para todos os pacientes com DA.²²

Em relação a distribuição da DA nas faixas etárias, este estudo do ADP/UCS identificou uma maior frequência entre as crianças em idade escolar, seguidas por pré-escolares e adolescentes. Nossos resultados associam-se aos de grandes estudos, como o de Napolitano *et al.*, metanálise que demonstrou que 45% dos casos de DA ocorrem antes dos seis meses de idade, 60% antes do primeiro ano de vida e 89% antes dos cinco anos de idade.²⁵ Na literatura concernente encontram-se outras referências citadas no estudo de Napolitano.^{26,27} Lyons *et al.* descreveram que 90% dos casos de DA ocorreram antes dos cinco anos de idade.²⁸ Acreditamos que a diferença entre este estudo e os dados observados no ADP/UCS esteja relacionada à demora para que a criança chegasse ao serviço terciário, que pode ser explicada pelo encaminhamento tardio pelos profissionais da atenção

básica ou pelo pediatra, pelo número reduzido de consultas ou pela procura tardia dos cuidadores por atendimento.

CONCLUSÃO

Os dados deste trabalho revelam que os pacientes com DA necessitam de um número maior de consultas e de um tempo de seguimento mais prolongado, evidenciando a complexidade do manejo da doença e a necessidade de cuidados contínuos. Além disso, a história pessoal e familiar de atopia e rinite se mostrou relevante, sugerindo uma predisposição genética que pode influenciar a gravidade e a evolução da condição.

Esses achados reforçam a necessidade de uma maior valorização da DA nas políticas públicas de saúde, considerando não apenas sua alta prevalência, mas também as consequências psicológicas, sociais e os custos associados ao tratamento contínuo. Os resultados deste estudo podem servir como base para aprimorar as estratégias de tratamento e monitoramento, além de informar sobre a carga dos cuidados de saúde associados à dermatite atópica, incentivando uma abordagem integrada e personalizada.

Os dados coletados também demonstram que seria válido desenvolver um programa de capacitação para médicos, com o objetivo de aprimorar o diagnóstico precoce, o manejo adequado e o encaminhamento correto dos casos de DA. A capacitação resultaria em um atendimento mais eficaz e de qualidade, além de aumentar a conscientização sobre a importância dessa condição dentro do sistema de saúde público, promovendo melhores resultados para os pacientes e suas famílias.

REFERÊNCIAS

1. Hay RJ, Johns NE, Williams HC, Bolliger IW, Dellavalle RP, Margolis DJ, et al. The global burden of skin disease in 2010: an analysis of the prevalence and impact of skin conditions. *J Investig Dermatol*. 2014 Jun;134(6):1527-34.
2. Dalgard FJ, Gieler U, Tomas-Aragones L, Lien L, Poot F, Jemec GBE, et al. The psychological burden of skin diseases: a cross-sectional multicenter study among dermatological out-patients in 13 European countries. *J Investig Dermatol*. 2015 Apr;135(4):984-91.
3. Lim HW, Collins SAB, Resneck JS, Bolognia JL, Hodge JA, Rohrer TA, et al. The burden of skin disease in the United States. *J Am Acad Dermatol*. 2017 May;76(5):958-72.e2.1.
4. Manzoni APDDS, Pereira RL, Townsend RZ, Weber MB, Nagatomi ARDS, Cestari TF. Assessment of the quality of life of pediatric patients with the major chronic childhood skin diseases. *An Bras Dermatol*. 2012 Jun;87(3):361–8.
5. Vakirlis E, Theodosiou G, Apalla Z, Arabatzis M, Lazaridou E, Sotiriou E, et al. A retrospective epidemiological study of skin diseases among pediatric population attending a tertiary dermatology referral center in Northern Greece. *CCID*. 2017 Apr;10:99–104.
6. Chaudhary F, Lee W, Escander T, Agrawal DK. Exploring the complexities of atopic dermatitis: pathophysiological mechanisms and therapeutic approaches. *J Biotechnol Biomed*. 2024;7(3):314-328.
7. Fung WK, Lo KK. Prevalence of Skin Disease Among School Children and Adolescents in a Student Health Service Center in Hong Kong. *Pediatric Dermatol*. 2000 Nov;17(6):440–6.
8. Noronha L., Martins VDM, Medeiros F, Torres LFB, Fillus Neto J. Estudo epidemiológico de 662 lesões de pele pediátricas analisadas histologicamente e revisão de literatura. *An Bras Dermatol*. 2001;76(1):1-4.
9. Urban K, Chu S, Giesey RL, Mehrmal S, Uppal P, Nedley N, et al. The global, regional, and national burden of atopic dermatitis in 195 countries and territories: An ecological study from the Global Burden of Disease Study 2017. *JAAD Int*. 2020 Nov 30;2:12-18.

10. Bopp C, Bernardi CD, Müller R, Bakos L, Gervini RL, Kosminski B, et al. Análise interpretativa das dermatoses mais frequentes em Porto Alegre - Rio Grande do Sul, Brasil. *An Bras Dermatol*. 48
11. Serruya J. Incidência das dermatoses na Guanabara. *An Bras Dermatol*. 1974;49(4):237-44.
12. Pizzol JL. Incidência de dermatose em crianças de zero a seis anos de idade no município de Viana, Espírito Santo, no ano de 1985. *An Bras Dermatol*. 1988 Jan-Feb;63(1):15-7.
13. Cestari T, Gobbato G, Albé M, Superti W, Bernardi C. Resultados de um serviço especializado de dermatologia pediátrica. *An Bras Dermatol* [Internet]. 1992;67.
14. Chovatiya R, et al. Clinical phenotyping of atopic dermatitis using combined itch and lesional severity. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2021Jan;127(1): 83-90.e2
15. Mohammedamin RSA, van der Wouden JC, Koning S, van der Linden MW, Schellevis FG, van Suijlekom-Smit LWA, et al. Increasing incidence of skin disorders in children? A comparison between 1987 and 2001. *BMC Dermatol*. 2006 March;6:4.
16. Thakur A, Malhotra S, Malhotra S. Scoring atopic dermatitis and six sign atopic dermatitis: Comparison of prognostic and predictive value in atopic dermatitis. *Indian J Paediatr Dermatol*. 2013;14(1):13.
17. Matthewman J, Schultze A, Strongman H, et al. Cohort studies on 71 outcomes among people with atopic eczema in UK primary care data. *Nat Commun*. 2024;15:9573.
18. Von Kobyletzki LB, Bornehag CG, Hasselgren M, Larsson M, Lindström CB, Svensson Å. Eczema in early childhood is strongly associated with the development of asthma and rhinitis in a prospective cohort. *BMC Dermatol*. 2012 Dec;12(1):11.
19. Wadonda-Kabondo N, Sterne JAC, Golding J, Kennedy CTC, Archer CB, Dunnill MGS, et al. Association of parental eczema, hayfever, and asthma with atopic dermatitis in infancy: birth cohort study. *Arch Dis Childhood*. 2004 Oct;10:917–21.

20. Wang FP, Tang XJ, Wei CQ, Xu LR, Mao H, Luo FM. Dupilumab treatment in moderate-to-severe atopic dermatitis: A systematic review and meta-analysis. *J Dermatol Sc.* 2018;90(2):190–8.
21. Matteredne U, Böhmer MM, Weisshaar E, Jupiter A, Carter B, Apfelbacher CJ. Oral H1 antihistamines as 'add-on 'therapy to topical treatment for eczema. Cochrane Skin Group, org. Cochrane Database of Systematic Reviews
22. Barnes L, Kaya G, Rollason V. Topical Corticosteroid-Induced Skin Atrophy: A Comprehensive Review. *Drug Saf.* 2015 May;38(5):493–509.
23. Langan SM, Irvine AD, Weidinger S., Atopic dermatitis. *The Lancet.* 2020 Aug;396(10247):345-60.
24. Blessmann Weber M, De Tarso Da Luz Fontes Neto P, Prati C, Soirefman M, Mazzotti N, Barzenski B, et al. Improvement of pruritus and quality of life of children with atopic dermatitis and their families after joining support groups. *Acad Dermatol Venereol.* 2008 Aug;22(8):992–7.
25. Napolitano M, Fabbrocini G, Martora F, Genco L, Noto M, Patruno C. Children atopic dermatitis: Diagnosis, mimics, overlaps, and therapeutic implication. *Dermatol Ther [Internet].* 2022 Dec.
26. Silverberg JI, Simpson EL. Association between severe eczema in children and multiple comorbid conditions and increased healthcare utilization. *Pediatric Allergy Immunol.* 2013 Aug;24(5):476–86.
27. Axon E, Chalmers JR, Santer M, Ridd MJ, Lawton S, Langan SM, et al. Safety of topical corticosteroids in atopic eczema: an umbrella review. *BMJ Open.* 2021 Jul;11(7):e046476.
28. Lyons JJ, Milner JD, Stone KD. Atopic Dermatitis in Children. *Immunol Allergy Clinics of North America.* 2015 Feb;35(1):161–83.

4.CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPECTIVAS

A dermatite atópica pode ser uma doença grave e incapacitante. O ambulatório de dermatologia pediátrica trouxe uma realidade que estava escondida, apresentou uma demanda que estava reprimida, de casos graves, pacientes sem assistência, em uso de tratamentos inadequados, com danos físicos e psicológicos muito importantes, para as suas vidas e de suas famílias. O ambulatório, além de contribuir para o aprendizado acadêmico dos alunos do curso de Medicina e Psicologia, e na formação dos médicos do Programa de Residência Médica em Pediatria, também objetiva incentivar a pesquisa. O ADP/UCS tem mantido crescimento exponencial, sendo um serviço de referência no estado para o tratamento de dermatite atópica.