

FUNDAMENTOS E PRÁTICAS

PEDIÁTRICAS E NEONATAIS

Edição XXX

Capítulo 17

DERMATITE ATÓPICA NA INFÂNCIA: ASPECTOS CLÍNICOS, DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

CATHERINE FACHINI MAZIEIRO¹
FERNANDA GRESSLER TOMM¹
JULIA TOIGO BORTONCELLO¹
LÍVIA PETRY HOLZ¹

¹Discente - Medicina da Universidade de Caxias do Sul.

Palavras-chave: Atopia; Eczema; Dermatologia.

DOI

10.59290/0761222114

EP EDITORA
PASTEUR

INTRODUÇÃO

A dermatite atópica (DA) é uma doença inflamatória crônica e recorrente da pele, caracterizada principalmente por prurido, xerose e lesões eczematosas. Apresenta elevada prevalência na infância, com início frequente nos primeiros anos de vida, e constitui importante causa de impacto na qualidade de vida das crianças e de seus familiares. A prevalência varia entre populações e regiões, refletindo a influência de fatores genéticos, ambientais e socioeconômicos (DURANGO; FUXENCH, 2024; SAVVA *et al.*, 2024).

A etiopatogenia da DA é multifatorial e envolve a interação entre predisposição genética, alterações da barreira cutânea, disfunção imunológica e fatores ambientais. Alterações em proteínas responsáveis pela integridade epidérmica, como a filagrina, podem comprometer a função de barreira, aumentando a perda de água e a penetração de irritantes e alérgenos. Consequentemente, ocorre ativação de respostas imunológicas, especialmente do tipo 2, com participação de citocinas como interleucina-4 e interleucina-13. Alterações do microbioma cutâneo, particularmente a maior colonização por *Staphylococcus aureus*, também contribuem para a manutenção da inflamação e das exacerbações da doença (CRIADO *et al.*, 2024; MOHAMMAD *et al.*, 2024).

O diagnóstico é predominantemente clínico e deve considerar a história, o exame físico e a exclusão de diagnósticos diferenciais. O manejo adequado requer abordagem individualizada, com medidas de cuidado da barreira cutânea, controle da inflamação e prevenção de exacerbações. Nos casos de maior gravidade, podem ser necessárias terapias sistêmicas e imunobiológicas (DE BENEDETTO *et al.*, 2024).

O objetivo deste capítulo é abordar os principais aspectos da dermatite atópica na infância,

com enfoque nos fatores de risco e desencadeantes, manifestações clínicas, diagnóstico, avaliação da gravidade, comorbidades, marcha atópica, tratamento, prevenção de exacerbações, complicações, educação dos pais e prognóstico.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, realizada com o objetivo de reunir e analisar informações atuais sobre a dermatite atópica na infância, com enfoque em seus aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos. A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados PubMed/MEDLINE, SciELO e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), complementada pela consulta a diretrizes, consensos e fontes de atualização médica, incluindo UpToDate e Medscape. Foram utilizados, de forma isolada e combinada, os descritores “*dermatite atópica*”, “*atopic dermatitis*”, “*eczema*”, “*children*”, “*pediatric*”, “*diagnosis*”, “*treatment*” e “*therapy*”, utilizando os operadores booleanos AND e OR.

Os critérios de inclusão foram: artigos publicados nos idiomas português e inglês, no período de 2016 a 2026, que abordassem diretamente a dermatite atópica na população pediátrica e os temas relacionados aos objetivos deste capítulo. Foram priorizados estudos de revisão, consensos, diretrizes, estudos observacionais e ensaios clínicos, disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, estudos disponibilizados apenas na forma de resumo, publicações que não abordassem diretamente a temática proposta e trabalhos que não apresentassem informações relevantes para os objetivos da revisão.

Após a aplicação dos critérios de seleção, os estudos foram submetidos à leitura e análise do conteúdo, sendo as informações organizadas de

forma descritiva em categorias temáticas. Foram contemplados os seguintes aspectos: fatores de risco e desencadeantes; manifestações clínicas, diagnóstico e diagnósticos diferenciais; avaliação da gravidade; comorbidades e marcha atópica; tratamento, incluindo cuidados básicos, corticosteroides tópicos, inibidores da calcineurina, terapias sistêmicas e tratamento das infecções; prevenção de exacerbações; complicações; educação dos pais e prognóstico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Manifestações Clínicas

A dermatite atópica apresenta manifestações clínicas variáveis de acordo com a idade, o estágio evolutivo da doença e a intensidade do processo inflamatório. O prurido é considerado uma das características mais importantes e frequentemente constitui a principal queixa, podendo levar a escoriações, alterações do sono e prejuízo da qualidade de vida. As lesões podem apresentar-se como eritema, pápulas, vesículas, exsudação e formação de crostas nas fases mais agudas, enquanto a evolução crônica pode resultar em xerose, descamação, liquenificação e fissuras (BIEBER, 2008; WEIDINGER; NOVAK, 2016).

A distribuição das lesões apresenta relação característica com a faixa etária. Nos lactentes, a doença costuma surgir nos primeiros meses de vida, com acometimento predominante da face, especialmente bochechas e couro cabeludo, podendo estender-se para o tronco e superfícies extensoras dos membros. A região das fraldas geralmente é poupada. Nessa fase, predominam lesões eritematosas, papulovesiculares, exsudativas e crostosas, embora a apresentação possa variar entre os pacientes. Na infância, especialmente após os dois anos, as lesões apresentam maior predomínio nas superfícies flexoras, principalmente fossas antecubitais e poplíteas, podendo também acometer pescoço, punhos,

tornozelos e mãos. A xerose e a liquenificação tornam-se mais evidentes nos casos crônicos, decorrentes do prurido e do ato repetido de coçar (WILLIAMS, 2005; EICHENFIELD *et al.*, 2014). Em adolescentes e adultos, há predomínio de lesões em áreas flexoras, além de possível acometimento de pescoço, mãos, face e região periocular. Nos casos crônicos, são frequentes liquenificação e fissuras, enquanto o prurido persistente contribui para um ciclo inflamatório de difícil controle.

Alguns sinais associados podem auxiliar no reconhecimento da doença, como xerose, pitíriase alba, ceratose pilar, prega de Dennie-Morgan, palidez centro-facial e acentuação das linhas palmares. Esses achados não são obrigatórios para o diagnóstico. A doença apresenta períodos de exacerbação e remissão, podendo ser agravada por clima, ressecamento, irritantes, infecções, estresse e outros desencadeantes (WEIDINGER; NOVAK, 2016; WOLLENBERG *et al.*, 2023).

Fatores de risco e fatores desencadeantes

Fatores ambientais podem contribuir tanto para o desenvolvimento quanto para a exacerbação da doença. Baixa umidade, temperaturas extremas, poluição atmosférica e exposição a substâncias irritantes estão entre os fatores descritos. No cotidiano, sabonetes, detergentes, fragrâncias e cosméticos podem agravar a disfunção da barreira cutânea. Calor e sudorese também podem intensificar o prurido e favorecer as exacerbações em indivíduos suscetíveis (FARAZ *et al.*, 2024; SHOBNAM *et al.*, 2024).

As alterações do microbioma cutâneo também possuem papel relevante, especialmente a maior colonização por *Staphylococcus aureus*, que pode contribuir para a manutenção da inflamação e agravamento das lesões. Infecções secundárias, particularmente bacterianas e virais, podem igualmente desencadear ou inten-

sificar os quadros de DA (MOHAMMAD *et al.*, 2024).

O estresse psicológico pode atuar como fator agravante por meio da interação entre mecanismos neuroimunes, inflamatórios e alterações da barreira cutânea. Dessa forma, a identificação dos fatores desencadeantes deve ser individualizada, considerando a relação temporal entre a exposição e a piora dos sintomas.

Diagnóstico e diagnósticos diferenciais

Cerca de 50% dos casos de DA são diagnosticados até o primeiro ano de vida, caracterizando-se como uma doença de início frequentemente precoce. O diagnóstico é essencialmente clínico, baseado na história, morfologia e distribuição das lesões, presença de prurido e exclusão de outras condições eczematosas. A variabilidade clínica, com apresentações aguda, subaguda e crônica, pode dificultar o reconhecimento da doença. A apresentação varia conforme a idade: em lactentes, predominam lesões na face e superfícies extensoras, enquanto em crianças maiores há maior acometimento das superfícies flexoras, especialmente regiões antecubital e poplíteas. A xerose é frequente e está relacionada à alteração da barreira cutânea, aumentando a suscetibilidade a irritantes e alérgenos (WEIDINGER; NOVAK, 2016). Os critérios de Hanifin e Rajka organizam as manifestações em critérios maiores, como prurido, distribuição e morfologia típicas e recorrência ou cronicidade, e menores, como xerose, história pessoal ou familiar de atopia, ceratose pilar, pitíriase alba, palidez centro-facial e prega de Dennie-Morgan. A história familiar de asma ou rinite alérgica pode contribuir para a avaliação, mas sua ausência não exclui o diagnóstico (WEIDINGER; NOVAK, 2016).

Não existe exame laboratorial específico para confirmar ou excluir a DA. A Imuno-

globulina E sérica pode estar elevada em alguns pacientes, mas não é necessária para o diagnóstico e não deve ser utilizada isoladamente. Assim, a avaliação deve permanecer fundamentada na história clínica e no exame dermatológico, considerando idade, morfologia, distribuição, prurido e caráter recorrente ou crônico (WEIDINGER; NOVAK, 2016; SOLÉ *et al.*, 2017).

Entre os principais diagnósticos diferenciais estão a dermatite seborreica, especialmente em lactentes, geralmente com menor intensidade de prurido e evolução mais autolimitada; a escabiose, caracterizada por prurido intenso, piora noturna, acometimento de espaços interdigitais, punhos, axilas, região genital e presença de casos semelhantes entre contatos; e as dermatites de contato, cuja relação com exposição a agentes específicos e distribuição nas áreas de contato auxilia na diferenciação. A psoríase também deve ser considerada, especialmente diante de placas eritematosas bem delimitadas e descamativas, frequentemente em superfícies extensoras. Em lactentes, a dermatite da área das fraldas constitui outro diagnóstico diferencial, sendo relevante observar a distribuição das lesões e a relação com umidade e agentes irritantes (EICHENFIELD *et al.*, 2014; BLUMEPYTAVI *et al.*, 2014). Em casos de início muito precoce, manifestações atípicas, comprometimento sistêmico ou ausência de resposta ao tratamento habitual, deve-se reconsiderar o diagnóstico e investigar outras doenças que possam mimetizar a DA. Dessa forma, o diagnóstico adequado depende da correlação entre idade, história clínica, morfologia, distribuição, intensidade do prurido, evolução e fatores desencadeantes.

Avaliação de gravidade

A avaliação da gravidade da dermatite atópica deve ser sistematizada, especialmente em

crianças, utilizando instrumentos validados para quantificar a extensão e intensidade das lesões e acompanhar a resposta ao tratamento. Os principais são o SCORAD (*Scoring Atopic Dermatitis*) e o EASI (*Eczema Area and Severity Index*), amplamente empregados na prática clínica e em estudos científicos. O SCORAD avalia três componentes: extensão da doença (20%), intensidade das lesões (60%) e sintomas subjetivos (20%), principalmente prurido e perda de sono. A intensidade considera eritema, edema/pápulas, escoriação, exsudação/crostras, liquenificação e xerose. A pontuação varia de 0 a 103 pontos, permitindo estimar a gravidade e acompanhar sua evolução. O EASI avalia a extensão e intensidade das lesões em quatro regiões corporais: cabeça e pescoço, membros superiores, tronco e membros inferiores. São considerados eritema, infiltração/pápulas, escoriação e liquenificação. Diferentemente do SCORAD, não inclui diretamente sintomas subjetivos, como prurido e alterações do sono. Sua pontuação varia de 0 a 72 pontos e apresenta boa reprodutibilidade. A escolha depende do objetivo e do contexto da avaliação. Além dos escores, deve-se considerar o impacto da doença na qualidade de vida da criança e da família. Prurido, alterações do sono, dificuldades escolares, limitações nas atividades e repercussões emocionais podem ser importantes mesmo quando a extensão das lesões é pequena (EICHENFIELD *et al.*, 2014; WOLLENBERG *et al.*, 2023). Portanto, a avaliação da gravidade deve integrar extensão, intensidade, sintomas, resposta terapêutica e impacto psicossocial, permitindo individualizar o tratamento e acompanhar a evolução clínica.

Marcha atópica e comorbidades

A DA está frequentemente associada a outras manifestações do espectro atópico, especialmente alergia alimentar, asma e rinite alérgica,

podendo também ocorrer conjuntivite alérgica. Na infância, a DA, principalmente quando de início precoce e maior gravidade, está relacionada a maior probabilidade de desenvolvimento de outras doenças alérgicas. Esse conjunto de manifestações está relacionado ao conceito de marcha atópica, que descreve a ocorrência temporal de diferentes doenças atópicas, embora sua sequência não seja obrigatória e possa variar entre os indivíduos. Classicamente, a marcha atópica descreve o surgimento da dermatite atópica e da alergia alimentar nos primeiros meses de vida, seguido por manifestações respiratórias, principalmente asma e rinite alérgica. A DA frequentemente precede essas manifestações, sobretudo em crianças com doença precoce e grave. Entretanto, essa progressão não ocorre em todos os pacientes, devendo ser compreendida como uma tendência epidemiológica, e não como uma sequência inevitável (SPERGEL, 2010; YANG; FU; ZHOU, 2020).

A disfunção da barreira cutânea característica da DA pode facilitar a exposição e sensibilização a alérgenos, contribuindo para respostas imunológicas do tipo 2 e para o desenvolvimento de alergias alimentares e doenças respiratórias. A idade de início, a gravidade, além de fatores genéticos e ambientais, podem influenciar essas associações. A DA também está associada a maior suscetibilidade à colonização e infecções cutâneas. O *Staphylococcus aureus* é frequentemente encontrado na pele desses pacientes, especialmente nas áreas lesionadas, embora sua presença representa muitas vezes colonização e não infecção. A maior carga bacteriana está relacionada à gravidade da doença e pode contribuir para a manutenção da inflamação. Além disso, estudos epidemiológicos sugerem associação também a algumas doenças autoimunes, embora os mecanismos ainda não estejam completamente estabelecidos

e a presença de DA não implique necessariamente o desenvolvimento dessas condições. Diante dessas associações, o acompanhamento da criança deve ultrapassar a avaliação cutânea, investigando sintomas sugestivos de alergia alimentar, asma, rinite, conjuntivite e infecções cutâneas, além de manifestações autoimunes quando clinicamente indicadas. A investigação deve ser orientada pela história e pelos sintomas, evitando exames indiscriminados. Assim, o acompanhamento longitudinal e individualizado permite reconhecer precocemente manifestações associadas e avaliar de forma mais abrangente o impacto da doença sobre a saúde e a qualidade de vida da criança.

TRATAMENTO

Tratamento não medicamentoso

A dermatite atópica manifesta-se por meio de pele seca, prurido e quebra da integridade da epiderme. Como maneiras de manter esses sinais e sintomas controlados, deve-se incorporar hábitos diários de forma precoce e a longo prazo, como o uso de hidratantes e emolientes livres de aditivos, fragrâncias e perfumes, que restauram o estrato córneo da pele, pelo menos duas vezes ao dia e após o banho ou a lavagem das mãos. O banho dos pacientes com DA, idealmente, devem ser curtos, com temperatura da água morna e, além disso, deve-se evitar sabonetes com pH elevado e formulações antissépticas. Ressalta-se a importância de realizar a lavagem das roupas com sabão suave, evitando amaciante e alvejante, do uso de roupas feitas de algodão e de evitar ingestão de alimentos específicos se houver alergia alimentar conhecida.

Ademais, o tratamento psicoterapêutico é de suma importância para aliviar o estresse e os fatores emocionais associados à DA, como insônia, isolamento social e depressão, que também podem ser desencadeadores de crises

da doença. A fototerapia e a cobertura com bandagens supervisionadas por profissionais capacitados também são opções terapêuticas disponíveis para o prurido e o alívio de episódios de agudização (BRASIL, 2025).

Em adição às medidas descritas acima, a educação dos pais caracteriza-se como um dos pilares do tratamento e deve ser individualizada e incluir orientações práticas para o manejo diário da DA, com demonstração da aplicação correta de emolientes e medicamentos tópicos, incluindo quantidade, frequência e técnica de aplicação, além do reconhecimento de sinais de exacerbação e das situações em que é necessário intensificar ou reduzir o tratamento. Estratégias como materiais educativos escritos, demonstrações práticas, planos terapêuticos individualizados, acompanhamento precoce e programas estruturados de educação podem facilitar o autocuidado e favorecer a adesão ao tratamento (SIDBURY *et al.*, 2014).

Corticosteroides tópicos

Como primeira linha de tratamento em crianças com DA utiliza-se os corticoides tópicos, e sua escolha depende da idade dos pacientes, grau de inflamação da pele e área do corpo acometida. No Sistema Único de Saúde (SUS), estão disponíveis a dexametasona e o acetato de hidrocortisona, corticoides de baixa potência e que não têm restrição de idade para uso, e o furoato de mometasona, de média potência quando em creme e de alta potência quando veiculado em pomada, que é indicada para pacientes maiores de 2 anos (BRASIL, 2025).

Inibidores da calcineurina

Além dos corticoides, há também o tacrolimo, um inibidor da calcineurina que atua como imunossupressor, utilizado em pacientes refratários aos tratamentos convencionais para prevenção de surtos da doença. Devem ser usados em pacientes maiores de 2 anos, e seu

uso está liberado para áreas sensíveis como rosto, pescoço e genitais.

A ciclosporina, medicação administrada por via sistêmica e que age como inibidor da calcineurina, atua por meio da inibição do citocromo P450 e da glicoproteína P, bloqueando a produção de algumas citocinas inflamatórias. Essa medicação foi incorporada no SUS para tratamento de pacientes com DA moderada a grave sem restrição de idade. O tratamento com ciclosporina deve durar de 8 a 12 meses, podendo-se estender seu uso por mais um ano se houver tolerância. Durante o uso deste medicamento, deve-se monitorar função renal e pressão arterial, em razão de alterações laboratoriais de ureia ou creatinina documentadas em estudos de revisão sistemática. Ademais, é contraindicada a terapia concomitante da ciclosporina com fototerapia, sendo reforçada a necessidade de proteção solar durante o período do tratamento. Sugere-se que, se houver recidiva de sintomas após o término do tratamento com ciclosporina, seja iniciado tratamento com metotrexato (BRASIL, 2025).

Terapias sistêmicas

Entre as opções de terapias sistêmicas está o metotrexato, um antimetabólito análogo do ácido fólico, que é um imunossupressor e tem como característica a inibição da proliferação celular e da resposta inflamatória. Os principais eventos adversos são estomatite ulcerativa, leucopenia, náusea e desconforto abdominal, além de fadiga e maior predisposição a infecções. É um medicamento que promove controle adequado da doença e pode ser utilizado em associação com tratamentos tópicos.

Além das medicações imunossupressoras, tem-se o dupilumabe, um anticorpo monoclonal humano que inibe a sinalização da interleucina-4 e da interleucina-13, e que está indicado no SUS para crianças de 6 meses a menores de 12

anos que apresentem falha terapêutica, intolerância ou contraindicação à ciclosporina ou ao metotrexato e que necessitam de terapia sistêmica para controle da doença. Este medicamento promove melhora substancial dos sinais e sintomas da dermatite atópica, acarretando melhora da qualidade de vida dos pacientes. Os principais eventos adversos são relacionados à aplicação da injeção, como edema, prurido e eritema, além de conjuntivite, na maioria dos casos de fácil manejo.

Por fim, há o upadacitinibe, inibidor seletivo e reversível da enzima Janus Quinase tipo 1 (JAK1), que tem como finalidade a redução da inflamação sistêmica. A terapia com upadacitinibe no SUS foi integrada para adolescentes de 12 anos a menores de 18 anos de idade, com pelo menos 40 quilogramas de peso e com dermatite atópica com falha, intolerância ou contraindicação aos demais tratamentos sistêmicos imunossupressores. Devido à documentação de neutropenia como efeito adverso, o tratamento não deve ser iniciado se o paciente tiver contagem absoluta de linfócitos menor que 500 células/mm³, contagem absoluta de neutrófilos menor que 1000 células/mm³ ou com nível de hemoglobina menor que 8 g/dL. Outros efeitos adversos são infecção do trato respiratório superior, hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia e náusea (BRASIL, 2025).

Prevenção da exacerbação

A prevenção das exacerbações da dermatite atópica baseia-se na manutenção da integridade da barreira cutânea e no controle da inflamação subclínica. O uso regular de hidratantes deve fazer parte do tratamento de manutenção. Em pacientes com exacerbações recorrentes, recomenda-se uma abordagem proativa, com aplicação intermitente de corticosteroides tópicos ou inibidores da calcineurina nas áreas previamente acometidas, mesmo na ausência de

lesões ativas. Essa estratégia reduz a frequência das exacerbações e prolonga os períodos de remissão (SIDBURY *et al.*, 2014).

Complicações

Pacientes com DA apresentam maior predisposição a infecções cutâneas bacterianas e virais, especialmente pela frequente colonização por *Staphylococcus aureus*. A impetiginização das lesões é comum e pode estar associada à exacerbação da doença (SILVERBERG; HOWE, 2026). Tratando-se de infecção bacteriana sem melhora com manejo não medicamentoso, como higiene adequada, está indicado o uso de antibióticos como as cefalosporinas e, em pacientes com infecções recorrentes causadas pelo *S. aureus*, pode-se considerar descolonização com mupirocina nasal (BRASIL, 2025). Devido a deficiências na produção de peptídeos antimicrobianos na pele, os pacientes com dermatite atópica também apresentam maior risco de diversas infecções virais, como o molusco contagioso, doença mão-pé-boca e vírus herpes simples. Quando a infecção herpética se dissemina, pode causar uma erupção vesicular disseminada, tipicamente localizada na face, no couro cabeludo e na região superior do tórax, chamada eczema herpético, sendo necessário tratamento antiviral sistêmico (THOMSEN, 2014).

PROGNÓSTICO

A dermatite atópica apresenta curso crônico e recorrente, caracterizado pela alternância entre períodos de exacerbação e remissão. Cerca de 75% dos pacientes com início da doença na infância apresentam remissão espontânea antes da adolescência, enquanto 25% restantes continuam apresentando eczema na vida adulta ou experimentam uma recidiva dos sintomas após alguns anos sem manifestações

(THOMSEN, 2014). A evolução é variável e pode ser influenciada pela extensão e gravidade da doença, idade de início e presença de outras manifestações atópicas. Além da evolução das lesões cutâneas, o impacto sobre o sono, a qualidade de vida e o bem-estar da criança e de seus cuidadores deve ser considerado na avaliação prognóstica. O reconhecimento precoce das exacerbações e a instituição adequada do tratamento e das medidas de manutenção são importantes para o controle da doença e para a redução de seu impacto ao longo do tempo (KIM *et al.*, 2016).

CONCLUSÃO

A análise da literatura demonstra que a dermatite atópica é uma doença complexa, resultante da interação entre alterações da barreira cutânea, desregulação imunológica e fatores genéticos e ambientais. Embora seja frequente na infância e muitas vezes apresenta evolução favorável, parte dos pacientes desenvolve doença persistente, recorrente ou mais grave, com repercussões que ultrapassam as manifestações cutâneas e podem comprometer diferentes dimensões da saúde.

O diagnóstico e a avaliação clínica permanecem fundamentais, uma vez que não existe exame isolado capaz de confirmar a doença. A identificação do fenótipo, da gravidade e dos fatores associados permite direcionar o tratamento de forma individualizada. Paralelamente, os avanços na compreensão da fisiopatologia contribuíram para o desenvolvimento de terapias cada vez mais específicas, especialmente para casos moderados a graves.

A associação com outras doenças alérgicas, infecções cutâneas, alterações do sono e comprometimento da qualidade de vida reforça a necessidade de acompanhamento contínuo. O controle da inflamação e do prurido, a manutenção da barreira cutânea e o reconhecimento

precoce de comorbidades são fundamentais para reduzir a carga global da doença.

Assim, o manejo deve ser centrado no paciente e adaptado à idade, gravidade, características clínicas e impacto sobre a qualidade de vida. Embora as terapias direcionadas representem uma perspectiva promissora, seu uso pediátrico exige evidências sobre eficácia, se-

gurança e efeitos a longo prazo. O aprofundamento desses conhecimentos poderá favorecer estratégias cada vez mais precoces e personalizadas, reduzindo a repercussão da dermatite atópica e melhorando a qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIEBER, T. Atopic dermatitis. *New England Journal of Medicine*, v. 358, n. 14, p. 1483-1494, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMra074081>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde; Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. Portaria Conjunta nº 28, de 27 de novembro de 2025. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Dermatite Atópica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2025/portaria-conjunta-28.htm (planalto.gov.br in Bing). Acesso em: 25 ago. 2026.

CRIADO, P. R. *et al.* Update on the pathogenesis of atopic dermatitis. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, v. 99, n. 6, p. 895-915, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.abd.2024.06.001>.

DE BENEDETTO, A. *et al.* Atopic dermatitis (eczema) guidelines 2023: highlights. *Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*, v. 12, n. 11, p. 2955-2965, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2024.08.052>.

DURANGO, K. P.; FUXENCH, Z. C. Global burden of atopic dermatitis: examining disease prevalence across pediatric and adult populations worldwide. *Dermatologic Clinics*, v. 42, n. 4, p. 519-525, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.det.2024.07.001>.

EICHENFIELD, L. F. *et al.* Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 1. Diagnosis and assessment of atopic dermatitis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, v. 70, n. 2, p. 338-351, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2013.10.010>.

KIM, J. P. *et al.* Natural history and risk factors of atopic dermatitis in children. *Allergy Asthma Immunol Res*, v. 7, n. 2, p. 101-105, 2015. DOI: <https://doi.org/10.4168/aair.2015.7.2.101>.

MOHAMMAD, S. *et al.* Atopic dermatitis: pathophysiology, microbiota, and metabolome – a comprehensive review. *Microbiological Research*, v. 281, art. 127595, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.micres.2023.127595>.

SAVVA, M. *et al.* Recent advancements in the atopic dermatitis mechanism. *Frontiers in Bioscience (Landmark Edition)*, v. 29, p. 84, 2024. DOI: <https://doi.org/10.31083/j.fbl2900084>.

SIDBURY, R. *et al.* Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 4. Prevention of disease flares and use of adjunctive therapies and approaches. *Journal of the American Academy of Dermatology*, v. 71, n. 6, p. 1218-1233, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2014.08.038>.

SILVERBERG, J. I.; HOWE, W. Atopic dermatitis (eczema): pathogenesis, clinical manifestations, and diagnosis. In: *UpToDate*. Waltham, MA: UpToDate, 2026.

THOMSEN, S. F. Atopic dermatitis: natural history, diagnosis, and treatment. *ISRN Allergy*, v. 2014, p. 1-7, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1155/2014/354250>.

WEIDINGER, S.; NOVAK, N. Atopic dermatitis. *The Lancet*, v. 387, n. 10023, p. 1109-1122, 2016. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00149-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00149-X).

WILLIAMS, H. C. Clinical practice. Atopic dermatitis. *New England Journal of Medicine*, v. 352, n. 22, p. 2314-2324, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMcp042803>.

WOLLENBERG, A. *et al.* European guideline (EuroGuiDerm) on atopic eczema: part I — systemic therapy. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 2022/2023. DOI: <https://doi.org/10.1111/jdv.18592>.