

# DERMATOLOGIA E PROCEDIMENTOS ESTÉTICOS

Edição XVI

## Capítulo 6

### DERMATITE ATÓPICA E DOENÇAS DERMATOLÓGICAS COMUNS: REVISÕES E ATUALIZAÇÕES

MARIA EDUARDA BAÚ RABELLO<sup>1</sup>  
ANDRESSA PRICILA PORTELA<sup>1</sup>  
CAMILA DE QUADROS PEUCKERT<sup>1</sup>  
ANA PAULA ORSOLIN<sup>1</sup>  
MARCELLA SALGUEIRO DIAS BRAGA<sup>1</sup>  
MARIANA AVANCINI TROIS MÜLLER<sup>1</sup>  
MARIANA DE MOURA ANTUNES<sup>1</sup>  
KARLA AZEVEDO MARCINIAK<sup>1</sup>  
ALICE FERNANDEZ DE ALMEIDA PREVITALI<sup>1</sup>  
ISADORA MENEGHEL BERSAGH<sup>1</sup>  
DANIELA BARCELOS GURSKI<sup>1</sup>  
TAYNÁ SALOMONI PASTÓRIO<sup>1</sup>  
MARIANA FRAGA CORREA<sup>1</sup>  
MOISÉS ZANELLA PERLIN<sup>1</sup>  
ALICE TELLES BRAHM<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Discente– Medicina na Universidade Luterana do Brasil

*Palavras-chave:* Dermatite; Dermatologia; Doenças

## INTRODUÇÃO

A dermatite atópica é uma das doenças inflamatórias crônicas de pele mais prevalentes em todo o mundo, afetando cerca de 10% a 20% das crianças e 1% a 3% dos adultos, com início típico na infância, especialmente entre os primeiros seis meses e os cinco anos de idade conforme a Sociedade Brasileira de Dermatologia (2023), é uma condição multifatorial que resulta da interação entre predisposição genética, fatores imunológicos e ambientais. Alterações na barreira cutânea, especialmente mutações no gene da filagrina, levam à perda da função protetora da pele, facilitando a entrada de alérgenos, irritantes e microrganismos (NUTTEN, 2015).

Estudos demonstram que até 60% dos casos se manifestam antes do primeiro ano de vida, e aproximadamente 85% antes dos cinco anos, podendo persistir ou se agravar na adolescência e idade adulta. Embora existam outras doenças dermatológicas comuns na prática clínica, como psoríase, dermatite seborreica e urticária, a dermatite atópica destaca-se não apenas por sua prevalência, mas também pelo impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes e seus familiares (SAMPAIO & RIVITTI, 2018).

A resposta imune é predominantemente do tipo Th2, com aumento da produção de citocinas como IL-4, IL-5 e IL-13, que contribuem para a inflamação crônica e prurido intenso característico da doença. Além disso, fatores como clima seco, estresse emocional, alérgenos alimentares e aeroalérgenos podem desencadear ou agravar os sintomas (NUTTEN, 2015; SAMPAIO & RIVITTI, 2018). Em pacientes com dermatite atópica, a presença simultânea de dermatite de contato alérgica pode complicar o diagnóstico e impactar a resposta terapêutica, sendo essencial considerar essa associação, es-

pecialmente em casos refratários ou atípicos (OWEN *et al.*, 2018).

Clinicamente, a dermatite atópica se apresenta com lesões eczematosas pruriginosas, ressecamento cutâneo (xerose), liquenificação e localização variável conforme a idade. Em lactentes, predomina em face e superfícies extensoras; em crianças maiores e adultos, as lesões tendem a se localizar em áreas de flexão, como pescoço, dobras dos braços e joelhos (SAMPAIO & RIVITTI, 2018).

Os critérios diagnósticos mais utilizados são os de Hanifin e Rajka, que incluem sinais maiores, como prurido e distribuição típica, e sinais menores, como xerose, início precoce e histórico familiar de atopia. O diagnóstico é essencialmente clínico, baseado na história e exame físico, sendo importante excluir outras dermatoses que mimetizam o quadro (WILLIAMS *et al.*, 1994).

O objetivo deste estudo é apresentar os avanços terapêuticos mais recentes no tratamento da Dermatite Atópica, destacando novas abordagens terapêuticas, tecnologias emergentes e estratégias clínicas que buscam melhorar a eficácia do tratamento e a qualidade de vida dos pacientes.

## METODO

O capítulo é fundamentado no formato de uma pesquisa descritiva realizada entre os anos 2020 e 2025, fazendo uso de pesquisas nas bases de dados como Pubmed, SciELO, *Up to Date* e *Google Scholar*. Foram utilizados os seguintes distratores: “dermatite atópica”, “doenças dermatológicas comuns”, “barreira cutânea”, “imunorregulação”, “terapias emergentes” e “qualidade de vida”. Os critérios de inclusão adotados foram: data de publicação (preferencialmente nos últimos 10 anos), disponibilidade do texto na íntegra, artigos

publicados em português, inglês ou espanhol e, principalmente, estudos do tipo revisão ou meta-análise que abordassem de forma abrangente a temática proposta para o capítulo.

Após a triagem inicial, os artigos selecionados foram submetidos à leitura minuciosa para a extração e análise dos dados relevantes. Os resultados e discussões, embasados nas revisões bibliográficas escolhidas, foram organizados em texto corrido, estruturado em subtítulos que abordam: Definição e Fisiopatologia da Dermatite Atópica, Abordagem Clínica e Terapêutica Atual, Novas Estratégias Terapêuticas e Impactos Psicossociais Associados à Condição. A pesquisa apresenta caráter qualitativo, reunindo as evidências mais consistentes e recentes sobre o tema “Perspectivas terapêuticas e desafios no manejo da dermatite atópica”.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Mecanismos Imunológicos e Avanços na Fisiopatologia da Dermatite Atópica

A dermatite atópica (DA) é uma doença inflamatória crônica e recorrente da pele, com alta prevalência na infância, que compromete significativamente a qualidade de vida dos indivíduos afetados (CRIADO *et al.*, 2024a). Sua fisiopatologia é complexa e multifatorial, envolvendo uma interação dinâmica entre disfunção da barreira cutânea, desregulação imunológica, alterações no microbioma e mecanismos neuroimunológicos (CRIADO *et al.*, 2024a; UPTODATE, 2024).

Um dos principais pilares na fisiopatologia da DA é a disfunção da barreira epidérmica, que pode preceder ou resultar da inflamação imuno-mediada. A epiderme, camada mais externa da pele, atua como uma barreira física e funcional contra agentes externos. Alterações estruturais nessa barreira, como a diminuição de proteínas

essenciais, entre elas a filagrina (FLG), transglutaminases, queratinas e proteínas intercelulares, comprometem sua integridade, facilitando a penetração de alérgenos e microrganismos (CRIADO *et al.*, 2024a; SZALUS & TRZECIAK, 2024). Mutações no gene da FLG estão fortemente associadas à DA e à marcha atópica, caracterizada pela progressão da doença para outras manifestações alérgicas como asma e rinite alérgica (CRIADO *et al.*, 2024a).

Além disso, a ação de citocinas inflamatórias, como IL-4 e IL-13, contribui para a redução da expressão dessas proteínas estruturais, agravando ainda mais a permeabilidade cutânea. Isso leva à ativação de células dendríticas e à sensibilização alérgica mediada por linfócitos T, especialmente os linfócitos T auxiliares tipo 2 (Th2). Nas fases agudas da DA, há predomínio da resposta Th2, com liberação de citocinas como IL-4, IL-5 e IL-13, que promovem a produção de IgE, comprometem a função da barreira cutânea e perpetuam a inflamação (CRIADO *et al.*, 2024a; UPTODATE, 2024).

Em fases mais crônicas da doença, outras subpopulações de linfócitos T, como os Th17 e Th22, tornam-se mais relevantes. Estas células contribuem para a manutenção e agravamento do processo inflamatório. A resposta Th22 está especialmente ligada à hiperplasia epidérmica e à persistência das lesões cutâneas. Já os Th17 e até os Th1 podem estar mais ativos dependendo de fatores como idade, fase inflamatória e etnia do paciente (CRIADO *et al.*, 2024a; UPTODATE, 2024).

A disbiose cutânea, particularmente a colonização por *Staphylococcus aureus*, agrava a inflamação, ao desencadear uma resposta imune exacerbada, criando um ciclo de inflamação persistente (CRIADO *et al.*, 2024a; UPTODATE, 2024). Outro fator emergente na compreensão da DA é o desequilíbrio na camada lipídica epidérmica, que também compromete a

função de barreira e pode ser alvo de novas terapias. Os mecanismos neuroimunológicos também desempenham papel importante, com neurônios sensoriais expressando receptores de histamina (H1 e H4) que, quando ativados, provocam prurido intenso e potencializam a inflamação alérgica, alimentando o ciclo vicioso da DA (CRIADO *et al.*, 2024<sup>a</sup>).

Com base nesses avanços no entendimento dos mecanismos fisiopatológicos, novas abordagens terapêuticas têm sido desenvolvidas. Os tratamentos tradicionais estão sendo complementados por terapias imunobiológicas e inibidores de JAK, que atuam diretamente sobre as vias inflamatórias específicas da DA. Moléculas-alvo como IL-4, IL-13 e IL-17 estão sendo exploradas com sucesso, promovendo melhora clínica, redução da inflamação e restauração parcial da função da barreira cutânea. Além disso, estratégias de liberação controlada de medicamentos têm contribuído para otimizar a eficácia dos tratamentos e minimizar efeitos adversos (UPTODATE, 2024).

Assim, o entendimento aprofundado da interação entre a disfunção da barreira epidérmica, a desregulação imunológica e os mecanismos neurocutâneos é essencial para aprimorar o manejo clínico da dermatite atópica, especialmente nos casos moderados a graves. O contínuo avanço da biotecnologia e das pesquisas clínicas permite o desenvolvimento de terapias mais personalizadas, eficazes e seguras, com perspectivas promissoras para o futuro do tratamento e prevenção da DA (CRIADO *et al.*, 2024a).

### **Abordagens Terapêuticas: Do Tratamento Tópico às Terapias Biológicas Emergentes**

O manejo clínico da dermatite atópica fundamenta-se em três pilares terapêuticos princi-

pais: alívio do prurido, restauração da integridade da barreira cutânea e controle do processo inflamatório subjacente. Os tratamentos tópicos são, geralmente, a primeira escolha para os casos mais leves ou moderados de DA. A terapia tópica é aplicada diretamente sobre a pele, no local onde está o problema. Nesse âmbito, a utilização de emolientes apropriados constitui intervenção essencial para restabelecimento da função de barreira epidérmica e para suporte ao equilíbrio do microbioma cutâneo. A aplicação deve ser feita em toda a superfície corporal, idealmente nos primeiros três minutos após o banho, a fim de minimizar a perda de água transepidérmica. Ressalta-se que formulações com uréia devem ser evitadas em razão de seu potencial irritativo e indutor de ardência, especialmente em peles sensibilizadas (AZULAY, 2021).

Durante os episódios agudos da doença, as pomadas com corticoides e os chamados inibidores de calcineurina, como o tacrolimo, ajudam a controlar a inflamação e aliviar os sintomas (CONITEC, 2025). Esses medicamentos são aplicados diretamente na pele e, quando bem orientados, costumam trazer bons resultados. Sua escolha deve levar em conta a potência adequada ao local anatômico, à morfologia das lesões e à faixa etária do paciente. Após o controle das manifestações clínicas, recomenda-se a retirada gradual do medicamento. Em pacientes com recidivas frequentes, pode-se instituir um regime terapêutico de manutenção proativa, com aplicação tópica duas vezes por semana durante aproximadamente seis semanas, nas áreas predispostas.

Nas regiões cutâneas de maior sensibilidade, como face, dobras axilares, genitais e áreas intertriginosas, a utilização de corticosteroides deve ser evitada. Nesses casos, são indicados os inibidores tópicos da calcineurina, como tacrolimo e pimecrolimo, que apresentam

perfil de segurança mais adequado (AZULAY, 2021).

Nos últimos anos, surgiram novas pomadas que também vêm mostrando bons resultados. Um exemplo é o creme de ruxolitinibe, que atua inibindo enzimas chamadas JAK1 e JAK2. De forma simples, essas enzimas funcionam como uma espécie de "interruptor molecular" dentro das células. Quando o corpo ativa uma resposta inflamatória (como acontece na dermatite atópica), algumas substâncias chamadas citocinas se ligam a receptores na superfície das células. Isso ativa as enzimas JAK (como a JAK1 e JAK2), que por sua vez disparam sinais dentro da célula para produzir inflamação. Ele tem sido indicado para adolescentes e adultos com DA leve a moderada, mostrando melhora significativa na coceira e inflamação.

Outra novidade é a pomada de delgocitinibe. É um medicamento tópico que pertence à classe dos inibidores de Janus quinase (JAK), atuando de forma mais ampla que outros, pois inibe múltiplos tipos de JAKs (JAK1, JAK2, JAK3 e TYK2). Isso significa que ela interfere em várias vias de sinalização inflamatória envolvidas na dermatite atópica.

Esse medicamento foi desenvolvido no Japão e vem sendo utilizado com sucesso principalmente em pacientes com dermatite atópica leve a moderada. Estudos clínicos demonstraram que a delgocitinibe é eficaz na redução do prurido, rubor e inflamação da pele, com um bom perfil de segurança e baixa incidência de efeitos adversos locais, como atrofia cutânea, comum em tratamentos prolongados com corticoides.

Quando os sintomas são mais graves ou não melhoram com as pomadas, o tratamento pode ser por uso remédios orais ou injetáveis, como ciclosporina e metotrexato. Esses medicamentos agem no corpo todo, mas exigem cuidado

porque podem ter efeitos colaterais importantes, tais como: hipertensão arterial (aumento da pressão sanguínea), nefrotoxicidade (danos nos rins, especialmente com uso prolongado), hipertricose (crescimento excessivo de pelos), gengivite hipertrófica (aumento do volume da gengiva), aumento do colesterol e triglicerídeos e maior risco de infecções (SBD, 2023). Além desses medicamentos, a administração de anti-histamínicos H1, especialmente aqueles com efeito sedativo central, pode ser benéfica no manejo do prurido, sobretudo nos períodos noturnos, melhorando a qualidade do sono.

Outra opção é a fototerapia, que utiliza a luz UVB para tratar a pele. É especialmente útil para quem tem dermatite atópica crônica ou não responde bem aos outros tratamentos. Além disso, é considerada segura para crianças e gestantes (SBD, 2023). Com os avanços da ciência, surgiram os chamados imunobiológicos, que são medicamentos mais específicos. Um dos mais conhecidos é o dupilumabe, que age bloqueando substâncias do sistema imunológico que causam a inflamação típica da dermatite atópica (SBD, 2023). Além dele, outros remédios como tralokinumabe e lebriquizumabe também estão sendo estudados e já mostraram bons resultados em pacientes moderados a graves.

Com isso, outra classe de medicamentos que também vem se destacando é a dos inibidores de JAK, como o *abrocitinibe*, *baricitinibe* e *upadacitinibe*. Esses remédios são tomados por via oral e ajudam a controlar vários sintomas da dermatite de forma eficaz e rápida.

### **Diagnóstico Diferencial das Dermatopatias Inflamatórias: Desafios Clínicos e Estratégias de Manejo**

A psoríase é uma doença multifatorial, ainda de causa desconhecida, com base genética poligênica, que requer fatores ambientais para

sua expressão. É uma doença imunoinflamatória, cutaneoarticular, crônica e recorrente que se caracteriza por hiperplasia epidérmica, ciclo evolutivo acelerado dos queratinócitos e ativação imune inapropriada. As lesões típicas são eritematoescamosas, em placas bem delimitadas e, por vezes, circundadas por halo periférico claro (halo de Woronoff). A simetria é a regra, embora possam existir casos de lesão única e isolada. Os locais mais frequentes são: face extensora dos membros, sobretudo cotovelos e joelhos, tronco, região sacra e couro cabeludo; há, entretanto, casos com localização nas áreas de flexão ou dobras (psoríase invertida) (AZULAY, 2021).

Na grande maioria dos casos, o diagnóstico de DA é clínico, com base na história, morfologia e distribuição de lesões cutâneas e sinais clínicos associados. Devido à alta variabilidade da apresentação clínica, relacionada à idade, etnia e gravidade, o diagnóstico pode ser difícil, especialmente em bebês e idosos. Além disso, em pacientes com pele altamente pigmentada, os sinais clínicos de dermatite diferem daqueles observados em pacientes com pele levemente pigmentada (SILVERBERG, 2024).

A dermatite de contato alérgica ou irritante pode ser difícil de diferenciar da DA. Além disso, a dermatite alérgica de contato pode coexistir com a DA. A localização da dermatite em uma área específica da pele, o histórico de exposição a irritantes ou potenciais sensibilizantes e uma positividade relevante do teste de adesivo sugerem o diagnóstico de dermatite de contato. Uma biópsia de pele não é útil para distinguir a dermatite de contato irritante ou alérgica da DA, pois compartilham características histopatológicas idênticas (SILVERBERG, 2024).

A Dermatite Seborreica, também denominada, eczema seborreico ou eczemátide é afecção de caráter constitucional, crônica, frequen-

te, recorrente, não contagiosa, que ocorre em regiões cutâneas ricas em glândulas sebáceas e, eventualmente, em algumas áreas intertriginosas. A causa não é conhecida, porém, na patogênese, há uma alteração sebácea e um componente imunológico. Há, eventualmente, predisposição familiar (embora nenhum tipo de herança seja relacionado) e discreta predominância no sexo masculino (RIVITTI, 2018).

A sarna pode se apresentar como uma erupção difusa imitando a DD. O envolvimento das dobras cutâneas (e da área da fralda em bebês) e a presença de vesicopústulas nas palmas das mãos e solas sugerem o diagnóstico de sarna. A demonstração de ácaros ou ovos por raspagem da pele, dermoscopia ou teste de fita adesiva pode confirmar o diagnóstico (SILVERBERG, 2024).

### **Integração Clínica no Cuidado de Doenças Dermatológicas Comuns: Doenças Associadas e Abordagem Individualizada**

Pacientes com DA (dermatite atópica) e geneticamente predispostos a produzir imunoglobulina E (IgE) após a exposição a alérgenos, podem desenvolver uma série de manifestações típicas em idades específicas, incluindo DA, rinite e conjuntivite alérgica, asma e alergia alimentar (KOBYLETZKI, 2012). A associação entre DA e asma é bem estabelecida e sua prevalência é de 25%, aproximadamente, sendo maior em pacientes com dermatite atópica grave quando comparado com aqueles que têm a doença leve ou moderada (DAVIS, 2022).

Além de atopias, há um número crescente de evidências de que distúrbios psiquiátricos são mais comuns entre adultos e crianças com dermatite atópica do que na população geral, incluindo funcionamento psicossocial prejudicado, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), deficiência de aprendizagem, depressão e transtornos de ansiedade (YAGH-

MAIE, 2013). Essa associação da DA com o sofrimento psicossocial e outros distúrbios psiquiátricos pode ser influenciada pela percepção da gravidade da DA e outros fatores que influenciam negativamente a qualidade de vida, como a perda de sono, prurido incapacitante, constrangimento e funcionamento social prejudicado (SLATTERY, 2011).

Alguns pacientes necessitam de atendimento com vários especialistas porque também apresentam associações com asma, rinite, sinusite e até pneumonias de repetição. Muitas vezes apoio psicológico/ psiquiátrico para o paciente e os familiares é necessário, uma vez que se trata de uma doença que compromete a qualidade de vida de todos os envolvidos. Vários aspectos da vida diária são comprometidos, como frequência à escola, ao trabalho e da vida amorosa dos adultos. Somente o médico pode indicar o medicamento mais adequado para cada caso, bem como a dosagem correta e a duração do tratamento. É preciso seguir rigorosamente as orientações e jamais se automedicar. Também não se deve interromper o uso do medicamento sem consultar o médico e, tomá-lo em quantidades maiores do que a prescrita.

## CONCLUSÃO

Este estudo tem como base a compreensão aprofundada da Dermatite Atópica (DA) como uma doença inflamatória crônica complexa, que envolve interações entre mecanismos imunológicos, disfunção da barreira cutânea e um impacto psicossocial significativo. Ao longo da análise, ficou evidente que os avanços na fisiopatologia da DA ampliaram substancialmente as possibilidades terapêuticas, que vão desde

tratamentos tópicos tradicionais até as terapias-alvo inovadoras, como imunobiológicos e inibidores de JAK, transformando o manejo da doença, especialmente nos casos moderados a graves, e proporcionando melhor qualidade de vida aos pacientes.

No entanto, o controle das lesões cutâneas é apenas uma parte do tratamento, já que o diagnóstico diferencial com outras dermatoses inflamatórias exige uma avaliação clínica minuciosa e individualizada, considerando fatores como idade, fototipo, ambiente e a possibilidade de coexistência de múltiplas condições. Além disso, o cuidado com a DA demanda uma abordagem interdisciplinar e longitudinal, em que o profissional de saúde exerce um papel fundamental não só na prescrição, mas também na escuta ativa, educação do paciente e seus familiares, orientação contínua e encaminhamento para especialistas quando necessário.

A relevância da DA como um problema de saúde pública reforça a necessidade de políticas que garantam o acesso ao diagnóstico precoce, às terapias avançadas e a uma rede integrada de cuidados. Incentivar a pesquisa, capacitar profissionais e educar a população são passos essenciais para aprimorar o manejo da doença. Dessa forma, ações de saúde pública que promovam conscientização, capacitação na atenção primária, ampliação do acesso aos tratamentos modernos e suporte psicossocial contínuo são imprescindíveis.

Por fim, a consolidação de uma abordagem centrada no paciente é indispensável para garantir não só maior precisão terapêutica, mas também um cuidado integrado, eficaz e transformador, capaz de melhorar a qualidade de vida das pessoas que convivem com a doença.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Diretrizes brasileiras em dermatite atópica. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC. Novos tratamentos para dermatite atópica podem ser incorporados ao SUS. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/noticias/2025/fevereiro/novos-tratamentos-para-dermatite-atopica-podem-ser-incorporados-ao-sus>. Acesso em: 14 maio 2025.

CRIADO, PR. *et al.* Atualização na patogênese da dermatite atópica. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, Rio de Janeiro, v. 99, n. 6, p. 895-915, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.abdp.2024.08.001>.

DAVID, AR.; RUBEM, AD.; AZULAY-ABULAFIA, L. *Dermatologia*. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527738422/>. Acesso em: 18 maio 2025.

DELEO, VA. *et al.* Atopic dermatitis: pathophysiology, clinical presentation, and management. *Journal of the American Academy of Dermatology*, Philadelphia, v. 85, n. 1, p. 23-40, 2021.

ELIAS, PM.; STEINHAGEN-THIESSEN, E. The role of skin barrier in the pathogenesis of atopic dermatitis. *Current Problems in Dermatology*, Basel, v. 49, p. 8-14, 2016.

LEUNG, DYM.; GUTTMAN-YASSKY, E. Deciphering the complexities of atopic dermatitis: shifting paradigms in treatment approaches. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, St. Louis, v. 134, n. 4, p. 769-779, 2022.

NUTTEN, S. Atopic dermatitis: global epidemiology and risk factors. *Annals of Nutrition and Metabolism*, Basel, v. 66, suppl. 1, p. 8-16, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1159/000370220>.

OWEN, JL.; VAKHARIA, PP.; SILVERBERG, JI. The role and diagnosis of allergic contact dermatitis in patients with atopic dermatitis. *American Journal of Clinical Dermatology*, Cham, v. 19, p. 293-302, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40257-017-0340-7>.

RIVITTI, EA. *Dermatologia de Sampaio e Rivitti*. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2018.

SAMPAIO, SAP.; RIVITTI, EA. *Dermatologia*. 4. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. Consenso sobre o manejo terapêutico da dermatite atópica. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, Rio de Janeiro, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.05.021>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. *Dermatite Atópica*. 2023. Disponível em: <https://www.sbd.org.br>. Acesso em: 08 maio 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. *Dermatite Atópica*. 2023. Disponível em: <https://www.sbd.org.br>. Acesso em: 11 maio 2025.

SZALUS, K.; TRZECIAK, M. The role of collagens in atopic dermatitis. *International Journal of Molecular Sciences*, Basel, v. 25, n. 14, p. 7647, 2024. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijms25147647>.

UPTODATE. Atopic dermatitis (eczema): pathogenesis, clinical manifestations, and diagnosis. In: SILVERBERG, Jonathan I.; HOWE, William. UpToDate, 2025. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 26 maio 2025.

UPTODATE. Atopic dermatitis (eczema): Pathogenesis, clinical manifestations, and diagnosis. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/atopic-dermatitis-eczema-pathogenesis-clinical-manifestations-and-diagnosis>. Acesso em: 14 maio 2025.

UPTODATE. Atopic dermatitis: Comorbidities and associated diseases. 2024. Disponível em: [https://www.uptodate.com/contents/atopic-dermatitis-comorbidities-and-associated-diseases?search=eczema%20associacion&topicRef=1729&source=see\\_link#H4279032251](https://www.uptodate.com/contents/atopic-dermatitis-comorbidities-and-associated-diseases?search=eczema%20associacion&topicRef=1729&source=see_link#H4279032251). Acesso em: 10 jun. 2025

WILLIAMS, HC. *et al.* The U.K. Working Party's Diagnostic Criteria for Atopic Dermatitis. III. Independent hospital validation. *British Journal of Dermatology*, Oxford, v. 131, n. 3, p. 406-416, 1994. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.1994.tb08532.x>.