

DERMATITES: DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA

DERMATITIS: DIAGNOSIS AND THERAPY

BÁRBARA INGRYD ALVES LACERDA DE SOUZA FERREIRA¹, ELIANE NUNES FREITAS¹, PATRÍCIA TORRES DE ALMEIDA¹, THAIZA DE HOLLANDA CAVALCANTI MENDES¹, VANESSA YURI NAKAOKA ELIAS DA SILVA^{2*}, TATILIANA G. BACELAR KASHIWABARA³

1. Acadêmicos do 9º período de Medicina; 2. Docente do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior/ IMES – Univaço, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil; 3. Acadêmica do 9º período de Medicina, Graduada em Fisioterapia, Pós-graduada em Saúde Pública/PSF; Mestre em Imunopatologia das Doenças Infecciosas e Parasitárias, ex-docente Citologia, Histologia, Patologia, Parasitologia Faculdade Pitágoras; 4. Especialista Alergia & Imunologia Dermatologia/Imunopatologia das Doenças Infecto Parasitárias; Medicina do trabalho; Medicina Ortomolecular; Medicina do Trânsito; Nutrologia; Pediatria. Diretora Clínica da CLIMEDI. Coordenadora do Programa RespirAR Adulto em Ipatinga - MG. Professora de pediatria na Faculdade de Medicina de Ipatinga – MG. MSc. em Saúde, Meio Ambiente e Sustentabilidade; Doutoranda em Gestão pela UTAD; Supervisora do PEP em Ipatinga, MG.

* IMES (FAMEVAÇO) – Av. Marechal Cândido Rondon 850, Ipatinga Minas Gerais, Brasil. CEP: 35164-314. vasilva777@yahoo.com.br

Recebido em 01/11/2013. Aceito para publicação em 21/11/2013

RESUMO

As dermatites integram um grupo de dermatoses inflamatórias cujo processo básico é um fenômeno sero-exsudativo que acomete epiderme e derme papilar. Cursam com eritema, edema, vesículas, crostas e descamação, caracterizando o eczema. Tem como sintoma guia o prurido, e a evidenciação das linhas da pele ou liquenificação. Existem inúmeros fatores etiológicos com mecanismos fisiológicos e imunopatológicos diversos. Os eczemas mais frequentes são os de contato, atópico e seborreico, acometendo ambos os gêneros e todas as etnias. As dermatites são afecções corriqueiras no atendimento de crianças, adolescentes e adultos, com especificidades de locais e características que geralmente permitem ao clínico distinguir dentre as mais incidentes, instituindo uma terapêutica adequada e promovendo uma ação preventiva das reincidências. Deve-se lembrar que os tratamentos são individualizados, sendo o medicamento escolhido eficiente e com menores efeitos adversos possíveis, além de ser utilizado pelo menor intervalo de tempo a fim de evitar a resistência microbiana, pois tal condição pode dificultar a escolha terapêutica para os dermatologistas.

PALAVRAS-CHAVE: Dermatite, eczema, dermatose.

ABSTRACT

Dermatitis comprise a group of inflammatory dermatosis whose basic process is a phenomenon that affects serum-exudative epidermis and papillary dermis. Presents with erythema, edema, vesicles, scaling and crusting, featuring eczema. Its symptom guide the itching, and the disclosure of the skin lines or lichenification. There are many different etiologies with physiological and immunopathological factors. The rashes are the most common contact, atopic and seborrheic, affecting both genders and all ethnicities. Dermatitis disorders

are commonplace in treating children, adolescents and adults with specific locations and features that usually allow the clinician to distinguish among the most incidents, instituting appropriate therapy and promoting preventive action of recidivism. It should be remembered that the treatments are individualized, with the chosen drug efficiently and with fewer adverse effects possible, besides being used for the shortest time interval in order to avoid microbial resistance, since such a condition may hinder the treatment of choice for dermatologists.

KEYWORDS: Dermatitis, eczema, dermatosis.

1. INTRODUÇÃO

As dermatites integram um grupo de dermatoses inflamatórias cujo processo básico é um fenômeno sero-exsudativo que acomete epiderme e derme papilar. Cursam com eritema, edema, vesículas, crostas e descamação, caracterizando o eczema. Tem como sintoma guia o prurido, e a evidenciação das linhas da pele ou liquenificação¹.

Existem inúmeros fatores etiológicos com mecanismos fisiológicos e imunopatológicos diversos relacionados às dermatites. Os eczemas mais frequentes são os de contato, atópico e seborreico, acometendo ambos os gêneros e todas as etnias¹.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizada revisão bibliográfica sobre dermatites: diagnóstico e terapêutica nas bases de dados Pubmed, LiLACS e SciELO tendo como palavras-chave: Dermatite (dermatites), eczema (eczema), dermatose (dermatosis). Foram selecionados e revisados os artigos de maior

relevância correspondente ao período dos anos entre 2004 a 2013, de acordo a relevância para o presente estudo.

3. DESENVOLVIMENTO

Dermatite atópica

A dermatite atópica (DA), é uma afecção inflamatória crônica, recidivante e cíclica, cuja maior prevalência se encontra na faixa etária pediátrica². É uma síndrome Familiar, possivelmente poligênica, comumente associada à asma e rinite alérgica³, com lesões eczematosas e pruriginosas⁴.

As crianças acometidas pela dermatite atópica tem maior probabilidade de cursarem com asma e rinite alérgica⁵, em alguma fase da vida.

A patogênese envolve desde a exposição a fatores ambientais (alérgenos como pólen, ácaros, alimentos), até a predisposição genética e processos inflamatórios, acarretando xerodermia e eczema, em função de reações IgE-dependentes⁵.

São agentes desencadeantes:

- Agentes infecciosos, pois a pele do paciente apresenta maior susceptibilidade à infecções (*Staphylococcus aureus*), pelo prurido. Os fungos envolvidos são os do gênero *Malassezia*²;

- Alérgenos alimentares, como o ovo, leite, trigo, soja ou amendoim².

- Aeroalérgenos, como os ácaros da poeira (*Dermaphagoides pteronyssinus*), animais domésticos, baratas e fungos²;

- Fatores emocionais (estresse)².

Ao nível dos fatores ambientais, a DA é mais prevalente em centros urbanos, pela maior concentração de poluentes⁴. Contudo, outros fatores de risco são os fatores hereditário (ambos pais com DA possuem 70% de chance de desenvolver a doença)²; do ponto de vista dos fatores imunológicos, o atópico reage intensa e desproporcionalmente com alérgenos, resultando em altas produção de IgE^{3,6}.

A DA cursa com eczema, prurido, eritema, pápulas, vesículas, escamas, crostas e liquenificação. O eczema se inicia geralmente após os três meses acometendo a cabeça (couro cabeludo e região bucinadora), além da face extensora dos membros^{2,3}.

Dos dois anos até puberdade, o eczema ocorre nas flexuras dos joelhos e cotovelos, pescoço, pulsos e tornozelos, com liquenificação pela coçadura^{2,3}.

No adulto, a liquenificação² e as agudizações quase nunca têm exsudato³, possui localização variada, principalmente em flexuras^{7,8}.

O diagnóstico se baseia no exame clínico, mediante anamnese com história pessoal ou familiar de atopia, lesões cíclicas características, prurido ou xerose².

A avaliação laboratorial determina a contagem de eo-

sinófilos no sangue periférico, as determinações dos níveis séricos de IgE total, além de Testes cutâneos de leitura imediata e provocação oral com alimentos (padrão ouro no diagnóstico de alergia alimentar)².

Quanto ao impacto da doença sobre a qualidade de vida, o prurido, as alterações de humor e as alterações do sono são as mais citadas^{7,8}.

O tratamento consiste em orientações ao paciente e à família de cuidados tais como a hidratação da pele (emolientes: vaselina, lanolina, água e óleo); evitar banhos quentes e demorados além do suor excessivo; se precaver do contato com grama, roupas sintéticas, lã. O controle domiciliar de fatores desencadeantes também deve ser enfatizado (ácaros, fungos, pelos de animais)^{2,3}. Banhos com amido, aveia ou creme de arroz, diluídos em água pode promover melhora⁹.

Farmacologicamente, microrganismos na superfície cutânea, tais como o *Staphylococcus aureus* e o *Streptococcus pyogenes*, podem exacerbar e agravar a infecção crônica, sendo a prescrição de antibióticos necessária¹⁰.

Pode ser utilizado topicamente o permanganato de potássio (solução 1:40.000, na fase exsudativa), corticosteroides tópicos de baixa potência, a mupirocina, gentamicina ou mesmo o ácido fusídico. O uso de hidratantes e imunomoduladores tópicos, tais como o pimecrolimo 1% (duas vezes ao dia, em maiores que seis meses) ou o tacrolimo pomada (duas vezes ao dia, 0,03% em crianças maiores que dois anos; 0,01% em adultos)^{3,9}.

O tratamento sistêmico se dá por meio de anti-histamínicos orais (cloridrato de hidroxizina, cloridrato de difeniramina, cloridrato de prometazina, loratadina, desloratadina, cetirizina, fexofenadina, epinastina)⁹; antibióticos por 10 dias, durante os surtos³. Imunossupressores (ciclosporina: 3-5 mg/kg dia, por até 12 semanas)². Os corticoides sistêmicos podem ser a prednisona (VO: 1mg/kg/dia), em casos graves. Hospitalização pode ser necessária em casos graves e recidivantes⁹.

Dermatite de contato

A dermatite de contato alérgica – DCA, ou hipersensibilidade de contato (HSC), é uma reação inflamatória cutânea de caráter recorrente, mediada por células T promovidas por contatos repetidos da pele com proteínas de baixo peso molecular (haptenos), denotam quimiotaxia e desenvolvimento dos sintomas clínicos¹¹.

Atinge trabalhadores (90%), pela não utilização de equipamentos de proteção individual - EPIs, sendo a principal dermatose ocupacional, com absenteísmo de um quarto, com impactos socioeconômicos significativos¹².

A DC é causada pela sensibilização do sistema imune aos haptenos, sendo que as células dendríticas (células apresentadoras de antígenos), irão expor o antígeno em

seu MHC aos linfócitos T e aos linfócitos T NK (*natural killer*) presentes nos linfonodos, com liberação de imunoglobulina M (IgM), com estímulo do sistema de complemento, quimiotaxia¹².

Podemos classificar a DC como irritativa (contato da pele com um agente que causa dano tecidual direto)¹³, ou de dano celular, com liberação de fatores inflamatórios pelos linfócitos T ativados^{13,14}.

Nos indivíduos senis, há forte correlação com fármacos tópicos (timerosal, neomicina), além da prometa-zina, benzocaína e nitrofurazona¹⁵. Já dentre os alérgenos, há maior frequência ocupacional do bicromato de potássio (componente do cimento), sulfato de níquel e parafenilenodiamina¹⁶.

Na faixa etária pediátrica, além dos alérgenos ambientais (ácaros, poeira, tecidos, corantes), os alérgenos alimentares (leite de vaca, soja, ovo, trigo) possuem importante papel¹⁷. Somado a esse aspecto, pode-se acrescentar um componente psicossomático que modula a intensidade das manifestações clínicas, a recorrência e a melhora mediante tratamento¹⁸.

A DC pode ser classificada-se em aguda (duração menor do que 12 meses) e crônica (duração acima de 12 meses)^{13,14}.

A DC alérgica, com uma forma subaguda pruriginosa e eritematosa, leve, desprovida de vesículas, possui localização comum em pálpebras, orelhas e genitais¹³.

Já a DC irritativa se caracteriza por demarcação nítida das lesões, com eritema, edema, bolhas, necrose e dor, pouco tempo depois do contato com o agente irritante¹³.

O meio diagnóstico considerado padrão ouro é o Teste de contato com as substâncias mais comumente causadoras de DC. Um teste de contato positivo indica que o paciente é sensível àquela substância, não sendo necessariamente a mesma a causadora do quadro atual^{13,19}.

A terapêutica consiste em identificar e retirar o agente causador do ambiente domiciliar ou ocupacional, aliado ao tratamento medicamentoso¹³. O uso tópico de corticoide é a primeira escolha para o tratamento, de acordo com a sensibilidade da área afetada (betametasona, triancinolona, mometasona, dexametasona). Caso a área corporal afetada seja maior que 20% ou em casos agudos, utilizar a via oral (sistêmica), sendo contra indicados na DC crônica (prednisona, 0,5 a 1 mg/kg/dia durante 10 dias, com redução gradativa de dose, lembrando-se que o uso prolongado deve ser evitado¹³).

A PUVA (Fototerapia com raios ultravioleta UVA) associados à ingestão de psoralenos possui a vantagem de não se associarem aos efeitos colaterais dos corticoides, mas podem ocorrer sequelas em longo prazo (queimaduras, despigmentação, manchas, rugas e catarata), o que limita seu uso ao insucesso com o tratamento de primeira linha). Os antibióticos tópicos podem ser utilizados para infecções secundárias (bacitracina, gentami-

cina, ácido fusídico, neomicina). Já os anti-histamínicos são empregados na fase aguda para alívio do prurido (loratadina, cetirizina, hidroxina)¹³.

Hidratantes com a finalidade de proteção da pele, aliado a compressas frias (fase aguda) com efeito anti-inflamatório podem ser usados. As pomadas possuem menos conservantes e devem ser preferidas em relação aos cremes. O uso de hidratantes e pomadas deve ser seguido por quatro meses, até a normalização da barreira da pele¹⁹.

Dermatite de fraldas

Uma das afecções mais comuns da pele na faixa etária pediátrica, popularmente conhecida por “assadura”, sendo classificada como uma dermatite de contato irritativa²⁰.

A dermatite da área das fraldas irritativa primária é a mais prevalente, ocorrendo com frequência na primeira infância em países desenvolvidos, causando desconforto intendo para a criança, atingindo geralmente o períneo (região mais acometida: perianal), nádegas, abdome inferior e coxas^{20,21}.

O principal fature de risco é a troca infrequente das fraldas, ou ainda o contato com irritantes químicos (óleos, desodorantes, talco), diarreia, antibióticos (principalmente os de largo espectro, pois levam ao aumento da incidência de infecção por *Cândida albicans*), e mudanças de dieta. Crianças predispostas podem apresentar como primeiro sinal outras afecções cutâneas crônicas, como a dermatite atópica^{3,20,22,23}.

Esse tipo de dermatite pode ocorrer como manifestação clínica de patologias, tais como a Síndrome de Kawasaki, o granuloma glúteo infantil e a infecção por citomegalovírus. Filhos de mães imunossuprimidas albergam risco aumentado para manifestações pouco usuais da dermatite das fraldas²⁰.

As bactérias promovem a conversão de ureia em amônia elevando o pH cutâneo, elevando a susceptibilidade cutânea à infecção, além de irritar a pele, pela atividade de proteases e lipases fecais^{18,22}. Se não tratada, predispõe a infecções secundárias ou pode evoluir para a maceração e exsudação^{20,21}.

O melhor tratamento para a dermatite das fraldas é a prevenção, por meio das orientações na puericultura²⁰, a fim de manter a área da fralda limpa e seca, diminuindo o contato de urina e fezes com a pele. O acompanhamento dessas crianças deve ser regular, especialmente nos períodos diarreicos ou quando houver uso de antibiótico sistêmico²⁴.

Em caso de dermatite leve, com eritema intenso, a pomada de hidrocortisona 1%, uma a duas vezes por dia, por dois a cinco dias, pode ser utilizada. Se ocorrer formação de pústulas e duração maior que três dias deve-se suspeitar de candidíase, devendo ser prescrita a nistatina, miconazol 1% ou cetoconazol, duas vezes ao dia por sete

a dez dias^{3, 22,24}.

Cremes com óxido de zinco associados a substâncias cicatrizantes (vitamina A), oferecem proteção à pele, contribuindo positivamente para o processo de cicatrização¹⁸. Nos casos de infecção secundária, antibioticoterapia tópica (Mupirocina 2%, Gentamicina ou Neomicina) pode ser empregada²⁵.

Se houver persistência de dermatite, após tratamento correto, realizar diagnóstico diferencial com dermatite de contato, dermatite seborreica, dermatite atópica, psoríase, impetigo bolhoso, sífilis congênita entre outros²⁵.

Dermatite seborreica

Doença inflamatória crônica comum e facilmente reconhecível, afeta lactentes e adultos, geralmente associada à produção elevada de sebo em decorrência do fungo *Malassezia spp.*, com maior incidência em recém-nascidos menores que três meses e em adultos entre 30 e 60 anos de idade predominantemente no gênero masculino, sendo que períodos de exacerbação se relacionam ao estresse ou privação do sono²⁶.

Há nítida influência hormonal, pois a secreção sebácea é estimulada por hormônios androgênicos elevados no período puberal, sendo que em lactentes decorrem da ação de andrógenos maternos circulantes^{27, 28,29}.

As erupções se iniciam com escamas amareladas no couro cabeludo (“crosta láctea”) do segundo ao sexto mês de vida do lactente, que se disseminam para a face, ao redor das sobrancelhas e orelhas, sob o pescoço, axilas, podendo acometer o corpo e a área da fralda, tendo regressão espontânea antes dos seis meses de vida³⁰.

As lesões podem se intensificar com o calor, umidade, roupas de lã ou que retêm o sebo, além do suor. Durante o inverno, pode haver piora pela menor exposição aos raios UV, que melhorariam a dermatite seborreica¹⁴.

O diagnóstico é clínico, baseados na anamnese e exame físico minuciosos. Os possíveis diagnósticos diferenciais são *Tinea capitis* em crianças. Já em adultos a psoríase, lúpus eritematoso cutâneo, erupção medicamentosa, dermatite atópica, dermatite de contato, histiocitose de células de Langerhans, eritrasma, rosácea, dermatomiosite, deficiência de vitamina B e deficiência de zinco²⁶.

O tratamento se baseia na remoção das crostas utilizando azeite de oliva ou óleo mineral morno, após agir por algumas horas, com posterior limpeza da região. Em quadros mais intensos, esses óleos podem ser associados a ácido acetilsalicílico 2 a 4%. Devem ser empregados, de preferência diariamente, xampus à base de piritionato de zinco, enxofre, cetoconazol. No tronco e áreas intertriginosas, realizar limpeza com água boricada ou permanganato de potássio. Corticoesteróides tópicos não fluorados por cinco a sete dias, em caso de eritema intenso^{3,8}.

Já para os adultos e adolescentes a terapêutica da

dermatite seborreica constitui-se de antifúngicos tópicos (cetoconazol, bifonazol e a ciclopiroxolamina), sob forma de xampus, espumas, géis e cremes²⁶. Tal condição tende a se recidivar³.

4. CONCLUSÃO

As dermatites são afecções corriqueiras no atendimento de crianças, adolescentes e adultos, com especificidades de locais e características que geralmente permitem ao clínico distinguir dentre as mais incidentes, instituindo uma terapêutica adequada e promovendo uma ação preventiva das reincidências.

Deve-se lembrar de que os tratamentos são individualizados, sendo o medicamento escolhido eficiente e com menores efeitos adversos possíveis, além de ser utilizado pelo menor intervalo de tempo a fim de evitar a resistência microbiana, pois tal condição pode dificultar a escolha terapêutica para os dermatologistas.

REFERÊNCIAS

- [1] Cestari SCP, *et al*. Eczemas e dermatites afins. In: Azulay RD. Dermatologia. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011; 1:170-89.
- [2] Castro APM, *et al*. Guia Prático para o Manejo da Dermatite Atópica – opinião conjunta de especialistas em alergologia da Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia e da Sociedade Brasileira de Pediatria. Rev Bras Alerg Imunopatol. 2006; 29(6). Disponível em: http://www.asbai.org.br/revistas/Vol296/ART_6_06_Guia_Pratico.pdf. Acesso em: 12 Abril de 2012.
- [3] Leão E, *et al*. Pediatria ambulatorial. 5ª ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2013. Problemas dermatológicos mais comuns. 1213-1217.
- [4] Soares FAA, *et al*. Perfil de sensibilização a alérgenos domiciliares em pacientes ambulatoriais. Rev Assoc Med Bras. São Paulo. 2007; 53(1): Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302007000100014&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 12 Abril de 2012.
- [5] Sehra S, *et al*. Clinical correlations of recent developments in the pathogenesis of atopic dermatitis. An Bras Dermatol. Rio de Janeiro. 2008; 83(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S036505962008000100009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 01 Outubro de 2013.
- [6] Leite RMS, *et al*. Dermatite atópica: uma doença cutânea ou uma doença sistêmica? A procura de respostas na história da dermatologia. An Bras Dermatol. Rio de Janeiro. 2007; 82(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962007000100010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 01 Outubro de 2013.
- [7] Rodrigues RNS, *et al*. Avaliação do teste de contato com aeroalérgenos em pacientes com dermatite atópica. An Bras Dermatol. Rio de Janeiro. 2011; 86(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962011000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 01 Outubro de 2013.
- [8] Alvarenga TMM, *et al*. Qualidade de vida em pacientes pediátricos com dermatite atópica. J Pediatr. 2009; 85(5).

- Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572009000500008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 01 Outubro de 2013.
- [9] Porto CC. Vademecum de clínica médica. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2011. Dermatite atópica. Dermatite de contato:243-5.
- [10] Petry V, *et al*. Bacterial skin colonization and infections in patients with atopic dermatitis. *An Bras Dermatol*. Rio de Janeiro. 2012; 87(5). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962012000500010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 Outubro de 2013.
- [11] Heninno A, *et al*. Fisiopatologia da dermatite de contato alérgica: papel das células T CD8 efectoras e das células T CD4 regulatórias. *An Bras Dermatol*. 2005; 80(4):335-47. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v80n4/v80n4a03.pdf>>. Acesso em: 04 junho de 2012.
- [12] Martins LEAM, *et al*. Imunopatologia da dermatite de contato alérgica. *An Bras Dermatol*. Rio de Janeiro. 86(3). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962011000300001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 Outubro de 2013.
- [13] Lazzarini R, *et al*. Dermatite alérgica de contato a medicamentos de uso tópico: uma análise descritiva. *An Bras Dermatol*. Rio de Janeiro. 2009; 84(1). Disponível em<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962009000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 outubro de 2013.
- [14] Motta AA, *et al*. Dermatite de contato. *Ver Bras Alerg Imunopatol*. 2011; 34(3). Disponível em: <<http://www.asbai.org.br/revistas/vol343/V34N3-ar01.pdf>>. Acesso em: 01 Outubro de 2013.
- [15] Duarte I, *et al*. Dermatite de contato em idosos. *Med Cutan Iber Lat Am*. São Paulo. 2007; 35(6). Disponível em: <<http://www.medcutan-ila.org/images%5Cpdf/articulos/2007/6/pdf/mc356d.pdf>>. Acesso em: Outubro de 2013.
- [16] Brutti CS, *et al*. Dermatite ocupacional e não ocupacional de contato alérgica e qualidade de vida. Estudo prospectivo. *An Bras Dermatol*. Rio de Janeiro. 2013; 88(4). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962013000400670&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 de Outubro de 2013.
- [17] Levy SAP, *et al*. Atopy patch test (APT) in the diagnosis of food allergy in children with atopic dermatitis. *An Bras Dermatol*, Rio de Janeiro. 2012; 87(5). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962012000500009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 Outubro de 2013.
- [18] Neto PTLF, *et al*. A dermatite atópica na criança: uma visão psicossomática. *Rev Psiquiatr*. Porto Alegre. 2006; 28(1). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082006000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 Outubro de 2013.
- [19] Habif TP, *et al*. Dermatologia clínica: guia colorido para diagnóstico e tratamento. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. Dermatite de contato e teste cutâneo de contato:130-53.
- [20] Meireles C, *et al*. Caracterização da pele infantil e dos produtos cosméticos destinados a esta faixa etária. *Rev Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde*. 2007; 41:73-80. Disponível em: <<http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/2039/700-2521-1-PB.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 03 de Outubro de 2013.
- [21] Rocha N, *et al*. Dermatite das fraldas. *Rev Nas Cres*. 2004; 3(3). Disponível em: <<http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/637/1/Dermatite%20das%20fraldas.pdf>>. Acesso em: 01 Setembro de 2013.
- [22] Fernandes JD, *et al*. Fisiopatologia da dermatite da área das fraldas – Parte I. *An Bras Dermatol*, Rio de Janeiro. 2008; 83(6). Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962008000600012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 Abril de 2012.
- [23] Fontenele FCC, *et al*. Lesões de pele em recém-nascidos no ambiente hospitalar: tipo, tamanho e área afetada. *Rev Esc Enferm, USP*. 2011; 45(1): 130-37. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S00806234201100010018&script=sci_arttext>. Acesso em: 01 Set de 2013.
- [24] Gauterio DP, *et al*. Puericultura em Enfermagem: perfil e principais problemas encontrados em crianças menores de um ano. *Ver Bras Enferm*. 2012; 65(3):508-13. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672012000300017&script=sci_arttext>. Acesso em: 01 Set de 2013.
- [25] Fernandes JD, *et al*. Quadro clínico e tratamento da dermatite da área das fraldas: parte II. *An Bras Dermatol*. Rio de Janeiro. 2009; 84(1). Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-0596200900010007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 abril de 2012.
- [26] Breunning JA. Dermatite seborreica em adolescentes masculinos de 18 anos: Prevalência e fatores associados em um estudo de base populacional. *Porto Alegre*, 2011. Disponível em: <http://tardis.pucrs.br/dspace/handle/10923/4468>. Acesso em: 04 de Outubro de 2013.
- [27] Ferolla C. Dermatite seborreica da face. *RBM Especial Dermatologia*. 2010; 67. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4485. Acesso em: 04 de Outubro de 2013.
- [28] Sampaio ALSB, *et al*. Dermatite seborreica. *An Bras Dermatol*. Rio de Janeiro. 2011; 86(6). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962011000600002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 de Abril de 2012.
- [29] Seize, MBMP, *et al*. Estudo da correlação entre molusco contagioso e dermatite atópica em crianças. *An. Bras. Dermatol.*, Rio de Janeiro. 2011; 86(4). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962011000400006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 01 Outubro de 2013.
- [30] Formariz TP, *et al*. Dermatite seborreica: Causas, diagnóstico e tratamento. *Informa*. 2005; 16:13-14. Disponível em: <http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/72/i06-infdermatite.pdf>. Acesso em: 03 de Outubro de 2013.

