

## MINISTÉRIO DA SAÚDE

## DERMATITE ATÓPICA

PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS/MS  
Nº 34, DE 20 DE DEZEMBRO DE 2023.

## INTRODUÇÃO

A **Dermatite Atópica (DA)** é uma condição crônica, recorrente, inflamatória e pruriginosa da pele, que ocorre com maior frequência em crianças (início precoce), mas também pode afetar os adultos, os quais representam um terço de todos os casos novos da doença.

Mundo: prevalência de 7,9% (entre 6 e 7 anos) e 7,3% (entre 13 e 14 anos); 1 a 3 % dos adultos.  
Brasil: prevalência de 7,3% (entre 6 e 7 anos) e 5,3% (entre 13 e 14 anos).

Apresentação clínica variável, dependendo da idade e curso da doença.

Pele seca e prurido são sinais clássicos da DA, com curso crônico e recidivante.

No Quadro I encontram-se as apresentações clínicas da DA de acordo com a idade.

## Quadro I – Apresentações clínicas da DA.

IDADE	APRESENTAÇÃO CLÍNICA
Infância (0-2 anos)	Lesões agudas caracterizadas por eritema mal definido com edema, vesículas, escoriações e exsudato, que podem ser amplamente distribuídos. Normalmente, acometem o rosto, bochechas e o tronco, exceto área da fralda.
Infância/adolescência (2-16 anos)	O eczema se torna mais localizado e crônico do que na infância, com eritema mais pálido, pele seca (xerose) e lesões mal definidas que comumente afetam superfícies dos flexores com espessamento de áreas crônicas.
Adultos	Apresentam eczema crônico nas mãos ou dermatite acometendo o pescoço, cabeça, tronco superior, ombros e couro cabeludo.

A DA segue um curso crônico e recidivante ao longo de meses a anos. A doença pode ser leve, moderada e grave, dependendo da intensidade da inflamação e dos sintomas subjetivos apresentados pelo paciente. Segundo o guia prático de atualização em DA da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia e da Sociedade Brasileira de Pediatria, a gravidade da doença pode ser classificada segundo aspectos clínicos e psicossociais, de acordo com o Quadro II.

## Quadro II – Classificação da gravidade da DA.

GRAVIDADE	CLÍNICA	PSICOSSOCIAL
Leve	Áreas com xerose, prurido infrequente (com ou sem áreas inflamadas).	Pequeno impacto na qualidade de vida.
Moderada	Áreas com xerose, prurido frequente associado à inflamação (com ou sem sinais de escoriação e áreas localizadas de espessamento da pele).	Moderado impacto nas atividades diárias e psicossociais, distúrbios do sono frequentes.
Grave	Xerose difusa, prurido constante e associado à inflamação (com ou sem sinais de escoriação, pele espessada com sangramento, liquenificação e alterações da pigmentação).	Limitação das atividades diárias e psicossociais, noites de sono perdidas.

**DA leve** → podem apresentar crises intermitentes com remissão espontânea

**DA moderada a grave** → sintomas raramente desaparecem sem tratamento.

Lesões cutâneas eczematosas graves são raras (<10%) e os sintomas tendem a melhorar ou mesmo desaparecer com a idade.

Pacientes com DA são predispostos ao desenvolvimento de infecções cutâneas bacterianas e virais, sendo que cerca de 90% dos indivíduos atópicos são colonizados por *Staphylococcus aureus*. Podem cursar com complicações extracutâneas, como alterações psicológicas e envolvimento oftalmológico (ceratoconjuntivite atópica (AKC) e ceratoconjuntivite vernal (VKC)).

O cuidado da DA deve começar com a educação dos pacientes, pais ou responsáveis sobre a natureza crônica da doença e a importância da terapia de manutenção, que melhora a barreira cutânea e previne a sensibilização a alérgenos.

A identificação de fatores de risco e da doença em seu estágio inicial e o encaminhamento ágil e adequado para o atendimento especializado dão à Atenção Primária um caráter essencial para um melhor resultado terapêutico e prognóstico dos casos.

## CID 10

L20.0 Prurigo de Besnier

L20.8 Outras dermatites atópicas

## CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes de ambos os sexos com diagnóstico de DA, definido por um dos seguintes instrumentos, conforme descrito no item Diagnóstico:

- Critérios clássicos de Hanifin e Rajka: 3 ou mais critérios maiores **E** 3 ou mais critérios menores para diagnóstico de DA; **OU**
- Critérios do grupo de trabalho do Reino Unido: prurido nos últimos 12 meses em associação com 3 ou mais critérios para diagnóstico de DA.

Adicionalmente, para utilizar ciclosporina, o paciente deverá apresentar doença moderada a grave, evidenciada por uma das escalas de gravidade.

## CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes que apresentem intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação ao uso de algum medicamento preconizado por este Protocolo deverão ser excluídos do uso do respectivo medicamento.

## CASOS ESPECIAIS

## Gestantes

Dexametasona, acetato de hidrocortisona e ciclosporina são classificados como categoria C de risco na gravidez.

## Lactantes e lactentes

Lactantes não devem usar hidrocortisona nas mamas; a ciclosporina pode causar efeitos adversos graves em recém-nascidos e lactentes (deve-se decidir por interromper a amamentação ou o uso do medicamento).

## Idosos

Uso de hidrocortisona: não foram realizadas investigações sobre a hidrocortisona em idosos.

Uso de ciclosporina: apenas na presença de DA incapacitante (monitorar função renal).

## DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de DA é geralmente clínico, com base na história, morfologia, distribuição das lesões cutâneas, sinais clínicos associados e exclusão de múltiplas condições eritematosas e eczematosas. Devido à alta variabilidade da apresentação clínica relacionada à idade, etnia e gravidade, o diagnóstico pode ser difícil, especialmente em bebês e idosos.

O exame físico revela sintomas como xerose, liquenificação, eczema e escoriações, características comuns da DA. Para diagnosticar a DA os critérios de Hanifin e Rajka são considerados globalmente como o "padrão de ouro" devido à sua abrangência e facilidade de uso. Esses critérios serão adotados neste Protocolo.

### Quadro III - Critérios clássicos de Hanifin e Rajka para diagnóstico de DA.

Critérios maiores (3 ou mais)
1. Prurido
2. Morfologia e distribuição típicas:
2.1 Liquenificação ou linearidade de superfícies flexoras em adultos
2.2 Envolvimento de face ou de superfícies extensoras em bebês e crianças
3. Dermatite crônica ou cronicamente recidivante
4. História pessoal ou familiar de atopia, como asma, rinite alérgica, dermatite atópica
Critérios menores (3 ou mais)
1. Xerose
2. Ictiose/hiperlinearidade palmar/queratose pilar
3. Reatividade imediata (tipo 1) do teste cutâneo
4. Imunoglobulina E sérica elevada
5. Idade precoce de início
6. Tendência para infecções cutâneas ( <i>S. aureus</i> e herpes simples vírus)/imunidade prejudicada, mediada por células
7. Tendência para dermatite não específica da mão ou do pé
8. Eczema do mamilo
9. Queilite
10. Conjuntivite recorrente
11. Dobra infraorbitária de <i>Dennie-Morgan</i>
12. Ceratocone
13. Catarata subcapsular anterior
14. Escurecimento orbita
15. Palidez facial/eritema facial
16. Pitíriase alba
17. Dobra cervical anterior
18. Prurido ao suar
19. Intolerância à lã e solventes lipídicos
20. Acentuação perifolicular
21. Intolerância alimentar
22. Influência do curso por fatores ambientais/emocionais
23. Dermografismo branco/branqueamento tardio

**Avaliação da gravidade da DA** → é necessário que sejam avaliadas a extensão e as características da erupção cutânea e que se façam perguntas sobre prurido, sono, impacto nas atividades diárias e persistência da doença.

**Escalas** → Para avaliação da gravidade: *Scoring of Atopic Dermatitis* (SCORAD) e *Eczeema Area and Severity Index* (EASI), que consideram os sinais clínicos e a área de acometimento; *Patient-Oriented Eczema Measure* (POEM) e *Patient-Oriented SCORAD* (PO-SCORAD) - escalas respondidas pelo paciente; *Investigator Global Assessment* (IGA) e *Validated Investigator Global Assessment for Atopic Dermatitis* (vIGA-AD) são escalas amplamente empregadas; para avaliação da qualidade de vida: Índice de Qualidade de Vida Dermatológico (DLQI); Escore da Qualidade de Vida na Dermatologia Infantil - CDLQI (*Children's Dermatology Life Quality Index*).

Consultar item 3.2 do PCDT Dermatite Atópica - PT Nº 34, DE 20/12/2023.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- A manifestação da DA pode apresentar particularidades como:
  - Dermatite de contato alérgica ou irritante.
  - Dermatite atópica associada à alergia alimentar.
  - Dermatite atópica associada a aeroalérgenos.
  - Eczema numular (lesões circulares em formato de moeda, podendo estar associado a infecção por *Staphylococcus aureus* e xerose).
- Diversas doenças de pele apresentam semelhança com a DA, sobretudo aquelas associadas a prurido e lesões eczematosas. Outros diagnósticos diferenciais incluem linfoma cutâneo de células T, dermatite herpetiforme, impetigo, líquen simples crônico, molusco contagioso, eczema numular, psoríase, escabiose, *Tinea corporis*, urticária e exantema viral.

## TRATAMENTO

O tratamento da DA segue uma abordagem variada e gradual, adaptada de acordo com a gravidade da doença. O tratamento visa reduzir sintomas, prevenir exacerbações, tratar infecções quando presentes, minimizar os riscos de tratamento e restaurar a integridade da pele.

### TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

**Hidratantes e emolientes** → a hidratação da pele é um componente-chave para o tratamento.

**Banhos** → o banho pode ter diferentes efeitos, na temperatura adequada, pode promover a hidratação da pele e remover escamas, crostas, irritantes e alérgenos. Tomar banho diariamente não está associado à piora clínica. Os banhos podem ser curtos (5 a 10 minutos) e com temperatura da água entre 27 a 30°C (água morna), preferencialmente com sabonetes com pH fisiológico (levemente ácido).

**Fototerapia não é preconizada**

**Curativos/bandagens** → não há consenso sobre o uso.

**Terapia de reversão de hábitos** → técnica para diminuir a frequência de comportamentos repetitivos.

**Outros tratamentos** → aconselhamento psicossomático, psicoterapia, terapia comportamental e técnicas de relaxamento são recomendados durante o tratamento da DA.

**Outras medidas não medicamentosas** incluem usar roupas macias; evitar o uso de produtos feitos com lã; manter temperaturas amenas, principalmente à noite; utilizar umidificador no inverno e verão; lavar roupas com sabão suave, sem alvejante ou amaciante; e evitar alimentos específicos, em casos de alergia alimentar.

### TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

1. **Corticoides tópicos** → 1ª linha de tratamento

Acetato de hidrocortisona: creme contendo 10 mg/g (1%)

Dexametasona: creme contendo 1 mg/g (0,1%)

Contraindicações:

- dexametasona: tuberculose da pele, varicelas, infecção por fungo ou herpes simples.
- acetato de hidrocortisona: processos tuberculosos ou sífilíticos na área a ser tratada, doenças causadas por vírus (por exemplo, varicela e herpes zoster), rosácea, dermatite perioral e reações após aplicação de vacinas na área a ser tratada.

2. **Ciclosporina** → eficaz para a maioria dos pacientes, com diminuição da atividade da doença em 2 a 6 semanas. De forma geral, diretrizes clínicas internacionais recomendam a utilização de ciclosporina para pacientes com dermatite atópica moderada a grave.

Ciclosporina: cápsulas de 25 mg, 50 mg e 100 mg; solução oral de 100 mg/mL (frasco de 50 mL)

Contraindicações:

- ciclosporina: insuficiência renal crônica, neoplasia em atividade, lactação, infecção aguda ou crônica ativa, tuberculose sem tratamento, hipertensão não controlada, hipersensibilidade ao medicamento e o uso simultâneo de fototerapia. Adicionalmente, o medicamento deve ser utilizado com cautela, conforme avaliação clínica do médico, em pacientes vivendo com HIV, HCV, HBV e HPV.

Consultar itens 6 e 7 do PCDT Dermatite Atópica - PT Nº 34, DE 20/12/2023.

## MONITORIZAÇÃO

Assim como em outras doenças crônicas, o profissional da saúde responsável necessita de tempo para discutir a condição com o paciente, aconselhar sobre a melhor forma de utilizar medicamentos e fornecer um plano de gerenciamento individual por escrito. É essencial monitorar o paciente quanto à adesão ao tratamento e realizar a revisão periódica da terapia com hidratantes, a fim de verificar se há satisfação com o que foi prescrito.

Os principais eventos adversos e medidas de monitoramento existentes para cada medicamento são:

- **dexametasona creme:** quando prescrito corticoide tópico, deve-se reavaliar o paciente e ajustar as doses entre uma a duas semanas para discutir o gerenciamento a longo prazo. Os locais de aplicação devem ser avaliados regularmente para verificar a ocorrência de eventos adversos, principalmente com o uso de agentes potentes. Pacientes em uso de corticoide tópico devem ser monitorados por meio de exame físico para eventos cutâneos. Os eventos adversos associados ao uso de corticoides incluem atrofia da pele, dermatite perioral, supressão adrenal, acne rosácea e o desenvolvimento de estrias. Após a cura das lesões, os pacientes devem diminuir o uso desses medicamentos para a cada dois dias antes de iniciar a terapia de manutenção.
- **acetato de hidrocortisona:** a resposta inicial ocorre em 7 dias. Os fatores que aumentam a absorção percutânea incluem o grau de inflamação da pele, uso oclusivo, tipo de veículo e concentração do produto. Em relação aos eventos adversos, sintomas locais como prurido, ardor, eritema ou vesiculação podem ocorrer em casos isolados durante o tratamento com acetato de hidrocortisona. Quando preparações tópicas contendo corticoide são utilizadas em áreas extensas do corpo (aproximadamente 10% ou mais) ou por períodos prolongados (mais de 4 semanas), bem como em caso de curativos oclusivos ou de regiões naturalmente úmidas e ocluídas, podem ocorrer sintomas locais, tais como atrofia da pele, telangiectasia, estrias, alterações cutâneas acneiformes e efeitos sistêmicos do corticoide devido à absorção. Em casos raros, podem ocorrer foliculite, hipertricrose, dermatite perioral e reações alérgicas cutâneas a qualquer um dos componentes do produto. Recém-nascidos podem apresentar eventos adversos como redução da função adrenocortical, quando houver uso do medicamento pela mãe nas últimas semanas de gravidez.
- **ciclosporina:** a duração da terapia pode ser orientada pela eficácia e tolerância ao tratamento. Em função do seu estreito índice terapêutico, deve-se monitorar a pressão arterial e os sinais de insuficiência renal, mesmo que o aumento da creatinina sérica seja menor que o esperado – níveis aumentados de creatinina sérica são indicativos da necessidade de redução de dose ou suspensão do tratamento. Pacientes que utilizam altas doses iniciais de ciclosporina podem apresentar níveis mais altos de creatinina sérica, que tendem a diminuir ao longo do tempo. Não é necessária avaliação de rotina de níveis mínimos de ciclosporina durante a terapia. Os eventos adversos devem ser cuidadosamente monitorados, o que pode incluir nefrotoxicidade, hipertensão, tremor, hipertricrose, dor de cabeça, hiperplasia gengival e aumento do risco de câncer de pele e linfoma. A redução da dose deve ser gradual e orientada com base na eficácia da terapia e a suspensão do tratamento pode ocasionar uma reativação da atividade da doença em, aproximadamente, 2 semanas. Preferencialmente, seu uso deve ser restrito a 8 a 12 meses, não sendo recomendado por período >2 anos contínuos.

## EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Pacientes e seus familiares ou responsáveis devem receber informações que os ajudem a compreender o curso da doença, além de serem instruídos a como realizar o gerenciamento adequado para controlar os sintomas e prevenir exacerbações. Como a DA tem uma patogênese complexa e envolve múltiplas terapias, é uma doença que requer apoio para alcançar uma boa resposta. Maior conhecimento sobre a doença, uso adequado das terapias e dos objetivos a serem alcançados podem melhorar a adesão ao tratamento e diminuir temores ou equívocos. A preocupação dos pacientes quanto aos eventos adversos associados ao tratamento deve ser reconhecida e abordada a fim de melhorar a adesão e evitar o abandono. Os métodos educacionais variam muito em escopo, intensidade, frequência e adequação pessoal. O ensino direcionado à doença pode ser individual ou em grupo, e programas de educação multidisciplinar formal e estruturada para crianças e adultos já são estabelecidos em alguns países. Segundo a Academia Americana de Dermatologia, um programa educacional de 6 semanas com sessões de duas horas, lideradas por equipe com conhecimentos dermatológicos, nutricionais e psicológicos, resultam em diminuição da gravidade da doença, conforme medido pelo SCORAD.

Outros métodos educacionais incluem a educação de pais de crianças com DA por meio de instrução por vídeo e planos de ação por escrito. Um tratamento individualizado e a tomada de decisão compartilhada são necessários para que os pacientes entendam melhor sua condição de saúde e sejam capacitados a tomar as decisões.

## REGULAÇÃO E CONTROLE

Os pacientes devem ser encaminhados a um especialista (como alergologistas ou dermatologistas) em casos de: incerteza diagnóstica; eczema grave ou moderado com disfunção significativa que responde parcialmente à terapia convencional ou aqueles refratários à terapia de primeira linha; atrofia de pele devido ao uso de corticoides tópicos; preocupação com a quantidade necessária de corticoides; possíveis casos de dermatite alérgica de contato; suspeita de deficiências imunológicas ou alergias alimentares e a outros alérgenos.

A confirmação do diagnóstico, o tratamento e o acompanhamento dos pacientes com AKC e VKC devem ser realizados em serviços especializados em oftalmologia. O atendimento hospitalar é indicado para casos de DA grave. Em pacientes com dermatite grave cronicamente prolongada, existem problemas relacionados à atividade da doença, adesão ao tratamento e fatores de agravamento. O atendimento hospitalar pode possibilitar: realização de terapia tópica intensiva; revisão de fatores desencadeantes, formas de aplicação e cuidados com a pele, assim como das estratégias para superá-los. O principal objetivo do atendimento hospitalar é alcançar a remissão precoce da dermatite por meio da terapia tópica intensiva e melhorar a adesão por meio de orientação educacional.

Deve-se verificar na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente em qual componente da Assistência Farmacêutica estão alocados os medicamentos preconizados neste Protocolo. Os procedimentos diagnósticos, terapêuticos e medicamentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS podem ser acessados, por código ou nome do procedimento e por código da CID-10, no SIGTAP – Sistema de Gerenciamento dessa Tabela (<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>), com versão mensalmente atualizada e disponibilizada, ressaltando que os serviços, notadamente os de natureza pública ou filantrópica, oferecem assistência adicional à especificada nesse Sistema.

Os exames para diagnóstico diferencial de DA: teste de contato (*patch test*) e teste cutâneo de leitura imediata (*prick test*) são correspondentes, respectivamente, com os procedimentos 02.02.03.114-4 - Testes alérgicos de contato e 02.02.03.115-2 - Testes cutâneos de leitura imediata, da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os estados e municípios deverão manter atualizadas as informações referentes aos registros de estoque, distribuição e dispensação do(s) medicamento(s) e encaminhar estas informações ao Ministério da Saúde via Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica (BNAFAR) no âmbito do SUS, conforme as normativas vigentes.

► As informações inseridas neste material tem a finalidade de direcionar a consulta rápida dos principais temas abordados no PCDT. A versão completa corresponde a Portaria Conjunta SAES/SECTICS/MS nº 34, de 20 de dezembro de 2023 e pode ser acessada em <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/portaria-conjunta-saes-sectics-no-34-pcdt-dermatite-atopica.pdf>

DISQUE  
SAÚDE  
136



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE  
Governo  
Federal