

CAMILE FERNANDA SQUISATTI
EDUARDA OLIVEIRA PERIN
THAYNA MONTEIRO TAVARES

**EDUCAÇÃO CONTINUADA EM DERMATITE ATÓPICA
PARA PACIENTES E PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA**

Umuarama, PR
2025

CAMILE FERNANDA SQUISATTI
EDUARDA OLIVEIRA PERIN
THAYNA MONTEIRO TAVARES

**EDUCAÇÃO CONTINUADA EM DERMATITE ATÓPICA
PARA PACIENTES E PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA**

Projeto de Intervenção apresentado ao Curso de Medicina da Universidade Paranaense, como requisito parcial para aprovação no Estágio Supervisionado em Saúde da Família e Comunidade I/Saúde Coletiva I.

Orientador: Gláucia Rodrigues Cardoso
Co-Orientador: Guilherme Soares Guerra

Umuarama, PR

2025

CAMILE FERNANDA SQUISATTI
EDUARDA OLIVEIRA PERIN
THAYNA MONTEIRO TAVARES

**EDUCAÇÃO CONTINUADA EM DERMATITE ATÓPICA PARA PACIENTES
E PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Projeto de Intervenção apresentado ao Curso de Medicina da Universidade Paranaense, como requisito parcial para aprovação no Estágio Supervisionado em Saúde da Família e Comunidade I/Saúde Coletiva I, avaliado pela seguinte banca examinadora:

Dra. Gláucia Rodrigues Cardoso
Professora Titular do Curso de Medicina da UNIPAR e Orientadora

Banca 1

Banca 2

Umuarama, setembro de 2025.

AGRADECIMENTOS

Ao chegarmos ao fim desta etapa tão significativa, percebemos que nenhum caminho é trilhado sozinho. Cada página desta trajetória, assim como cada linha deste trabalho, foi escrita com o auxílio, o carinho e a inspiração de tantas pessoas que, de formas únicas, deixaram marcas profundas em nossas vidas.

Aos nossos familiares, que foram luz nas noites mais escuras e abrigo seguro nas tempestades. Vocês nos ensinaram que amor é presença, mesmo quando o tempo é escasso; que força é permanecer de pé, mesmo quando o peso parece insuportável. Foram vocês que nos deram as raízes para que pudéssemos crescer e as asas para que ousássemos voar.

Aos amigos, companheiros de jornada que souberam compreender nossos silêncios, respeitar nossas ausências e celebrar nossas vitórias. Em cada conversa leve, em cada riso compartilhado, encontramos alívio e renovação para seguir firmes. Vocês foram descanso e combustível ao mesmo tempo.

À nossa Orientadora, professora Gláucia Rodrigues Cardoso, nosso sincero agradecimento pela dedicação, paciência e compromisso durante toda a elaboração deste trabalho. Sua orientação segura, seu olhar atento e suas palavras de incentivo foram essenciais para transformar ideias em resultados e desafios em aprendizado. Ao nosso Co-orientador, professor Guilherme Soares Guerra, agradecemos pela disponibilidade, contribuições valiosas e apoio constante, que enriqueceram este estudo e ampliaram nossa visão sobre o tema.

Aos professores, que nos ensinaram não apenas a ciência, mas também a arte da Medicina. Vocês plantaram em nós sementes de ética, empatia e compromisso, que iremos cultivar ao longo de toda nossa vida profissional.

Aos preceptores, que nos receberam em campo com generosidade. Vocês abriram portas para que pudéssemos experimentar, errar, aprender e crescer. Cada orientação, cada caso discutido, cada momento de supervisão foi mais do que um ensinamento — foi um convite a sermos médicos melhores, mais humanos e mais atentos ao que realmente importa.

A todos, que, de forma direta ou indireta, ajudaram a moldar não apenas este trabalho, mas também quem nos tornamos, deixamos aqui nosso mais profundo e sincero agradecimento. Este TCC carrega não só o resultado de nossa

dedicação, mas também a soma de cada gesto de apoio, cada palavra de incentivo e cada exemplo inspirador que recebemos.

Por fim, agradecemos, de forma muito especial, umas às outras, integrantes deste grupo, por cada gesto de apoio, incentivo e compreensão ao longo de toda a graduação. Foram incontáveis horas de estudo compartilhadas, conversas que aliviaram o peso da rotina e ombros sempre prontos para acolher nos momentos mais difíceis. Caminhamos lado a lado, dividindo desafios e aprendendo juntas que a amizade e o companheirismo são forças tão poderosas quanto o conhecimento. Mais do que colegas, nos tornamos parte da história e da construção pessoal e profissional de cada uma.

Que este seja apenas o começo de uma trajetória construída com o mesmo cuidado e compromisso que recebemos de vocês ao longo de nossa formação.

“A ciência é o grande antídoto contra o veneno do entusiasmo e da superstição”
(Adam Smith, 1776)

SQUISATTI, Camile Fernanda; PERIN, Eduarda Oliveira; TAVARES, Thayna Monteiro. **EDUCAÇÃO CONTINUADA EM DERMATITE ATÓPICA PARA PACIENTES E PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA** Orientador: Gláucia Rodrigues Cardoso. 2025. f. 27. Projeto de Intervenção (Curso de Graduação em Medicina) - Universidade Paranaense, Umuarama, 2025.

RESUMO

O presente projeto de intervenção proporá ações de educação continuada sobre dermatite atópica para pacientes e profissionais da atenção primária à saúde, com base na prevalência, impacto psicossocial e subdiagnóstico da doença, especialmente em adultos. Vê-se ainda presente carência dos profissionais em relação ao tratamento de dermatite atópica na saúde básica e assim, na adesão dos pacientes ao tratamento. Portanto, será elaborado material educativo em formato de cartilhas digitais, uma voltada para pacientes e outra para profissionais da saúde. O objetivo principal será promover conhecimento acessível e atualizado sobre o diagnóstico, tratamento e cuidados com a dermatite atópica, com intuito de promover maior adesão terapêutica, redução de encaminhamentos desnecessários ao nível especializado e melhora na qualidade de vida dos pacientes. A metodologia consistirá na implementação da intervenção em Unidades Básicas de Saúde do município de Umuarama-PR, envolvendo pacientes com suspeita ou diagnóstico da doença, familiares e profissionais de saúde. As ações incluirão a disponibilização de cartilhas impressas com *QR Codes* para acesso digital, além do envio por meios institucionais, respeitando a rotina da equipe. A avaliação será qualitativa, baseada na adesão espontânea às orientações e relatos durante os atendimentos. Espera-se que a intervenção contribua para o fortalecimento do cuidado na atenção básica, amplie o conhecimento e segurança dos profissionais diante dos casos de dermatite atópica, melhore a compreensão da população sobre os cuidados necessários e reduza complicações clínicas decorrentes da falta de manejo adequado. A proposta demonstrará viabilidade técnica, institucional e financeira, com custos mínimos e sustentabilidade por meio do uso de recursos digitais, o que permitirá replicação e atualizações futuras do conteúdo.

Palavras-chave: Dermatite atópica. Atopia. Educação continuada em saúde. Atenção Básica de Saúde.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fluxograma das atividades a serem realizadas.....	p. 21
Figura 2 – Infográfico das metas e resultados esperados a partir da ação realizada	p. 23

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Cronograma das atividades para o projeto de intervenção..... p.24

Tabela 2 – Projeção de custos para o projeto de intervenção p.25

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. JUSTIFICATIVA.....	13
3. OBJETIVOS.....	14
3.1. Objetivo geral.....	14
3.2. Objetivos específicos.....	14
4. REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
5. METODOLOGIA.....	20
5.1. LOCAL DA INTERVENÇÃO.....	20
5.2. SUJEITOS DA INTERVENÇÃO.....	20
5.3. ESTRATÉGIAS E AÇÕES.....	20
5.4. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.....	22
6. RESULTADOS ESPERADOS.....	23
7. CRONOGRAMA.....	24
8. VIABILIDADE E RECURSOS NECESSÁRIOS.....	25
REFERÊNCIAS.....	26

1. INTRODUÇÃO

A dermatite atópica (DA) é a doença crônica inflamatória de pele mais comum mundialmente, com prevalência de 13% em crianças e 7% em adultos. Caracterizada por prurido, distúrbios de sono e comprometimento das atividades diárias dos pacientes e pessoas próximas. Sua fisiopatologia é multifatorial e envolve defeitos na barreira cutânea da pele, desregulação imunológica e alergias, desequilíbrio da microbiota da pele e fatores ambientais, que podem causar aumento da inflamação. Os fatores ambientais envolvem exposição aumentada a alérgenos, poluição, infecções, uso de antibióticos, tempo de aleitamento materno, dieta, cosméticos e produtos de limpeza agressivos. A doença tem apresentação variada, que pode ser de quadros agudos ou crônicos e intensidade leve a grave. Estes pacientes também são mais propensos a infecções cutâneas recorrentes e colonizações bacterianas (CHU et al., 2023).

A doença se desenvolve no primeiro ano de vida em 50-60% dos casos e se estabelece em 90% dos pacientes até os 5 anos de idade. A clínica se apresenta como lesões eczematizadas, normalmente com pápulas eritematosas ou placas em face, couro cabeludo, tronco e extremidades na primeira infância, placas em superfícies flexoras em crianças maiores e placas xeróticas e descamativas em extremidades em adultos. O curso prolongado da doença, inflamação crônica ou recorrente e coceira da pele causam afinamento e/ou liquenificação da pele. (SROKA-TOMASZEWSKA; TRZECIAK, 2021)

O diagnóstico é clínico e analisa critérios obrigatórios, como prurido, eczema (agudo, subagudo ou crônico), história crônica ou prévia, morfologia típica e específica para a idade; critérios importantes, como atopia pessoal ou familiar, primeira lesão fora da primeira infância, reatividade da imunoglobulina E e xerose; e critérios sugestivos, mas não específicos, como queratose pilar, respostas vasculares atípicas e mudanças oculares ou periorbitais (FRAZIER; BHARDWAJ, 2020). Nos serviços de saúde, a doença também pode ter uma taxa de subdiagnóstico em adultos, aumentando a quantidade de intervenções necessárias para estes pacientes (ANGLES et al., 2022).

Pacientes diagnosticados com dermatite atópica podem demonstrar a chamada “tríade atópica” ou “marcha alérgica”, que se apresenta como alergia alimentar, asma e rinite alérgica, na qual possuem incidência aumentada de outras alergias com manifestação posterior e sequencial. Estudos atuais investigam a

correlação com outras doenças como hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares, autoimunes e psiquiátricas (SROKA-TOMASZEWSKA; TRZECIAK, 2021). Além disso, também há estudos em andamento sobre a efetividade e segurança dos imunomoduladores em crianças, a correlação da DA com deficiência de ferro e privação de sono e estudos envolvendo as mudanças metabólicas de pacientes com DA (MAYO CLINIC, 2025).

O tratamento é multi-terapêutico com medidas medicamentosas e comportamentais, e quando adequado previne as exacerbações, controla a sintomatologia e melhora a qualidade de vida do paciente e da família. As medidas comportamentais incluem o uso diário e frequente de hidratantes corporais sem fragrância, limitação de um banho por dia, utilizando água morna a fria, com duração de 5 a 10 minutos utilizando óleos ou sabonetes de banho sem sabão e sem fragrância. O tratamento medicamentoso é iniciado com corticosteroides tópicos em lesões ativas com uso máximo sem intervalos de duas semanas, depois é feita reavaliação, o que previne efeitos colaterais do uso prolongado da medicação; o uso de inibidores de calcineurina é válido como imunomoduladores poupadores de corticóide de uso curto ou prolongado e manutenção terapêutica; outras medidas como fototerapia ultravioleta, imunomoduladores sistêmicos (como ciclosporina e metotrexato) e imunobiológicos são avaliados conforme piora do quadro clínico, e qualidade de vida do paciente (FRAZIER; BHARDWAJ, 2020).

A educação e instrução continuada dos pacientes com DA e de suas famílias promove melhor adesão ao tratamento. Níveis baixos a moderados de instrução sobre a doença estão associados à corticofobia, o que pode afetar o tratamento correto destes pacientes, visto que o uso de corticoides tópicos é a principal alternativa terapêutica. Assim, investir em ações educativas é essencial para garantir um manejo eficaz da doença (GOMES et al., 2022).

2. JUSTIFICATIVA

A dermatite atópica (DA) é uma doença inflamatória crônica da pele, com impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes e familiares, tendo alta incidência na população em geral e sendo mais prevalente em crianças. No entanto, apesar do reconhecimento clínico relativamente característico, a DA ainda é subdiagnosticada, principalmente em adultos, sendo muitas vezes tratada de forma inadequada na atenção primária à saúde.

Esse cenário pode ser decorrente da diversidade de apresentações clínicas e da falta de informação dos profissionais de saúde sobre os critérios diagnósticos e opções de tratamento mais atualizadas. Além disso, a falta de orientações adequadas aos pacientes contribui para baixa adesão ao tratamento, comprometendo o manejo eficaz da doença. Logo, intervenções educativas com foco em profissionais da atenção primária e nos pacientes se mostram fundamentais.

Observou-se a fragilidade na Atenção Básica do diagnóstico e início de tratamento da dermatite atópica, ademais, viu-se a necessidade da elaboração de uma cartilha, que tem o potencial de promover a capacitação dos profissionais em reconhecer a doença e iniciar o tratamento na atenção primária em saúde, evitando a espera pelo atendimento especializado e contribuindo para o alívio de sintomas. Ao mesmo tempo, a cartilha orientará os pacientes e familiares sobre a doença, fatores de risco, fatores desencadeantes, cuidados diários e terapias seguras.

Sendo assim, poderá contribuir para o diagnóstico da DA na atenção primária, prevenção de exacerbações e complicações, assim como melhorar significativamente a qualidade de vida dos pacientes, também reduzindo a demanda para os atendimentos ambulatoriais especializados.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Desenvolver material educativo e informativo sobre dermatite atópica para pacientes e profissionais da atenção primária em saúde visando diminuir os sub-diagnósticos, aumentar a compreensão sobre a doença e promover melhor adesão ao tratamento.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conscientizar a população a respeito da dermatite atópica;
- Informar os pacientes sobre a importância da adesão ao tratamento e cuidados gerais;
- Elucidar as formas de cuidados para os pacientes da atenção primária por meio de linguagem acessível e recursos visuais;
- Capacitar os profissionais da atenção primária sobre o diagnóstico e condutas iniciais na atenção primária;
- Conscientizar os profissionais da importância da implementação do tratamento multi-terapêutico e acompanhamento da resposta clínica do paciente;

4. REFERENCIAL TEÓRICO

A patogênese da DA é multifatorial, ligada a uma resposta imune desregulada que afeta a resposta a antígenos, a indução da inflamação e a ruptura da homeostase imune, a disfunção da integridade arquitetural da epiderme e derme e fatores genéticos e ambientais (CRIADO et al., 2024).

A mutação da proteína filagrina codificada pelo gene FLG está presente em 20-40% dos portadores de DA, faz parte da estrutura do estrato-córneo, garantindo uma barreira cutânea resistente e rígida, as mutações nesse gene causam a perda da integridade da barreira cutânea e aumentam 3 a 5 vezes, em comparação a indivíduos sem a mutação, o risco de desenvolvimento da dermatite atópica e predisposição ao desenvolvimento de asma e alergia alimentar (ABREU et al., 2021).

A desregulação da barreira cutânea ocorre pelo desajuste das cadeias lipoproteicas da epiderme, com uma diminuição da quantidade de proteínas de diferenciação epidermal (como a filagrina, proteína responsável pela formação da barreira cutânea) e de proteínas de junções estreitas da pele (como as claudinas, responsáveis pela barreira primária contra a perda de água transepidermal), além da diminuição da concentração de cadeias longas de ácidos graxos e ceramidas. A barreira desestruturada aumenta a susceptibilidade de agressões externas por microrganismos e agentes possivelmente inflamatórios como alérgenos, toxinas e irritantes (CHOVATIYA; PALLER, 2021).

A resposta imune inicia com as alarminas, como a alarmina de função tipo 2, a linfopoietina do estroma típico (TSLP), IL-25 e IL-33, em conjunto com os linfócitos T auxiliares tipo 2 (Th2); funcionam como sinais de dano, são liberadas para o ambiente extracelular em resposta ao dano epidérmico a fim de desencadear respostas imunes. O dano pode ser causado por fatores endógenos e ambientais, irritantes, poluentes e fumaça do tabaco, estimulando os queratinócitos a liberar a TSLP, que induzirá a expressão das moléculas coestimuladoras nas células dendríticas, produzindo quimiocitocinas atrativas de células Th2 como a TARC e CCL22, e citocinas como IL-1 β , IL-25, e IL-33. (CRIADO et al., 2024). A liberação de fatores inflamatórios resulta em uma resposta imune direcionada principalmente para células TH2, aumentando as quantidades de citocinas TH2 como IL-4, IL-5, IL-3 e IL-31(CHOVATIYA; PALLER, 2021). As citocinas IL-4 e IL-13 são consideradas as principais citocinas associadas à patogênese da DA inicial,

responsáveis pelas respostas inflamatórias tipo 2, recrutamento de eosinófilos, dano à barreira epidérmica pela diminuição da expressão de proteínas estruturais concomitante ao aumento de deposição de colágeno na derme, causando remodelamento cutâneo e liquenificação. Além disso, contribuem para o prurido neurogênico através da estimulação direta em seus receptores nas terminações sensoriais de prurido na epiderme e derme; estimulam a produção de 3 β -hidroxiesteroide desidrogenase-1 e andrógenos, causando diminuição na concentração de triglicerídeos nos sebócitos e queratinócitos dentro da epiderme; em resposta ao dano cutâneo, aumentam a secreção de IL-13 pelos mastócitos dérmicos (CRIADO et al., 2024).

Os linfócitos T reguladores (TREG), responsáveis pela secreção de IL-10 e por efeitos anti-inflamatórios, encontram-se desregulados, perdurando a resposta inflamatória. Sua redução e menor funcionalidade podem ser atribuídas à componentes como a fumaça do tabaco na gestação e disbiose do microbioma cutâneo (CHOVATIYA; PALLER, 2021). Os basófilos, eosinófilos, macrófagos e células Natural killer (NK) participam como parte da imunidade inata e adaptativa na expressão da inflamação, prurido, liberação de histamina e na disfunção da barreira cutânea (CHOVATIYA; PALLER, 2021).

As lesões cutâneas típicas demonstram um infiltrado celular formado principalmente por células TH2 e células dendríticas. A pele do paciente com dermatite atópica apresenta alterações estruturais e inflamatórias mesmo sem lesões, como espongiose (acúmulo anormal de fluido intercelular), e infiltração de células T, sutis quando comparado à pele com lesões (ABREU et al., 2021).

Pacientes com dermatite atópica frequentemente sofrem de prurido crônico (mais que 6 semanas), tendo impacto significativo no bem-estar psicossocial, com aumento da incidência de distúrbios de sono, depressão do humor, ansiedade, vergonha, redução da qualidade de vida e distúrbios dismórficos corporais pelas lesões visíveis causadas por escoriações (CRIADO et al., 2025). Particularmente, adolescentes demonstram possuir pouca percepção de felicidade e alto estresse enquanto sofrem por mudanças estéticas e funcionais na pele causadas por reações inflamatórias crônicas e repetitivas. Foi demonstrado uma maior ideação suicida (44%) e tentativa de suicídio (36%) entre pacientes com DA, quando comparados com pessoas sem a doença. Um estudo realizado na Coreia em 2013 reportou que 46% dos adolescentes com alto nível de estresse em 21% dos

adolescentes com nível moderado de estresse possuem DA. Concluindo que a doença não apenas induz o estresse, mas também pode ser desencadeada por ele (KONG; KOO; LIM, 2020)

Uma pesquisa realizada pelo Instituto Datafolha em 2020 com 1.001 pessoas mostrou que embora 59% dos brasileiros tenham apresentado ao menos 1 sintoma característico da dermatite atópica, apenas 1% dos casos foi diagnosticado e outros 2% foi diagnosticado como alergia (FOLHA DE S. PAULO, 2021). O diagnóstico da DA é clínico e não possui exame específico, necessitando da avaliação de um médico (UDKOFF et al., 2023).

Além da associação com a rinite (40,5%), asma (25,7%) ou ambos (14,2%), a DA também pode estar associada a doenças oftalmológicas como catarata anterior subcapsular, ceratocone e conjuntivite recorrente; doenças psiquiátricas como depressão, ansiedade e TDAH; doenças auto-imunes como lúpus eritematoso, alopecia areata, vitiligo, urticária crônica, doença celíaca, doença inflamatória intestinal e artrite reumatóide (aumento do risco em 2 vezes); aumento do risco de infecções por herpes simples, varicela zoster, molusco contagioso, infecção estafilocócica resistente a meticilina, erisipela, impetigo, sepse, encefalite, endocardite, otite, cistite, amigdalite e tuberculose; dermatite de contato e dermatite das mãos; osteoporose e estudos em andamento analisam a relação da doença inflamatória crônica com alguns tipos de câncer (TSHYSSEN et al., 2023).

O tratamento não farmacológico inclui a redução da exposição a altas temperaturas e baixa umidade relativa do ar, unhas curtas; tomar banho de chuveiro com água morna por no máximo 10 minutos; evitar sauna; evitar fumo, álcool, especiarias, cafeína e outros estimulantes; evitar estresse; utilizar sabonete sem detergente, óleos de banho ou creme de limpeza; evitar banhos com sabonetes antibacterianos; evitar produtos perfumados e substâncias irritantes; utilizar roupas de algodão macias e folgadas; utilizar cremes emolientes ou hipoalergênicos livres de fragrâncias e conservantes (CRIADO et al., 2025).

A terapia tópica deve ser utilizada por todos os pacientes independente da gravidade das lesões, associada a medicamentos sistêmicos em formas graves. Os corticosteroides são a primeira linha de tratamento, sendo efetivos quando recomendados na potência indicada para cada região na quantidade suficiente e aplicados corretamente, são divididos em 7 níveis de potência, devendo-se evitar os mais potentes em áreas de pele fina como a face e pregas e preferir potências

média e baixa para crianças. A aplicação deve iniciar o mais rápido possível após os sintomas inflamatórios de prurido e eritema, com aplicação restrita à lesão e duração de no máximo 14 dias, ou até a melhora das lesões. Mesmo com a fácil aplicação, a resposta clínica pode ser insuficiente por conta da diminuição da adesão causada pela corticofobia e pelos efeitos indesejados, como atrofia, telangiectasia, estrias, hipertricose e erupção acneiforme, que são normalmente resolvidos com a suspensão da medicação e evitados quando utilizados corretamente. Os inibidores tópicos da calcineurina também são utilizados, inibem a transcrição de genes de citocinas pró-inflamatórias e são indicados para uso em áreas sensíveis de pele mais fina como pregas cutâneas e face com segurança de longo prazo até 5 anos de tratamento, podem causar prurido e queimação no local de aplicação. Além dos inibidores da fosfodiesterase-4, com perfil favorável de segurança, porém com uso limitado pelo efeito colateral de ardência e os inibidores tópicos da JAK/STAT (PRADO et al., 2022).

Em pacientes refratários e graves pode ser utilizado a técnica de bandagens úmidas (*wet wrap therapy*), auxiliando na tolerância do uso dos corticosteroides tópicos (de baixa ou média potência), hidratação, diminuição do prurido e como barreira física que dificulta a escoriação da pele, pode ser usada por 2 a 10 horas e realizada diariamente por até 14 dias (PRADO et al., 2022).

A imunossupressão sistêmica é adotada em adultos e crianças com formas graves de DA refratárias à terapêutica habitual. Os corticosteroides sistêmicos devem ser usados com cautela e em casos excepcionais, já que mesmo com a melhora clínica em casos agudos graves há uma alta taxa de recorrência dos sintomas após a retirada da medicação (PRADO et al., 2022). A ciclosporina A é conhecida como tratamento de primeira linha para DA grave, age inibindo as vias dependentes da calcineurina e diminui a quantidade de citocinas pró-inflamatórias. A terapia não deve ultrapassar 2 anos de regime contínuo, sendo preferencialmente de 8 a 12 meses e deve ocorrer monitoramento da função renal e da pressão arterial do paciente, interrompendo a medicação caso haja alteração (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023). O metotrexato é um análogo do ácido fólico capaz de interferir na síntese de DNA e RNA e na proliferação de linfócitos, empregado como uma opção terapêutica acessível e de baixo custo, possui um início de ação mais lento comparado a ciclosporina A, mas uma boa eficácia em terapia prolongada; é teratogênico e os efeitos colaterais mais comuns incluem distúrbios gastrointestinais

e elevação das enzimas hepáticas. Outros tratamentos sistêmicos menos utilizados incluem o uso de azatioprina e de micofenolato mofetil (PRADO et al., 2022).

Os imunobiológicos são agentes farmacológicos desenvolvidos por engenharia genética e dirigidos para alvos/mediadores da inflamação alérgica, como o Dupilumabe®. Este é utilizado para modificar a resposta Th2, bloqueando IgE e as citocinas como IL-4, IL-13, IL-22, IL-32, IL-17 e IL-23 que têm papel na patogênese da dermatite atópica. São medicamentos seguros e a avaliação clínica é suficiente para a prescrição para pacientes com formas moderada ou grave de DA não controlada com tratamentos prévios, possuem efeitos colaterais mínimos (PRADO et al., 2022).

Os inibidores JAK são pequenas moléculas que atravessam facilmente a membrana celular e atingem alvos intracelulares inibindo a sinalização de receptores responsáveis pelo prurido crônico, ativação eosinofílica e quimiocinas epidérmicas. O potencial de efeitos adversos é maior e é preciso avaliação clínica e laboratorial antes do início do tratamento (PRADO et al., 2022).

O tratamento para DA encontrado na rede pública, segundo a relação nacional de medicamentos do SUS de 2024 (RENAME-2024) inclui o gel e o creme de babosa como ativos emolientes, o acetato de hidrocortisona e a dexametasona como corticosteroides tópicos e a ciclosporina como imunossupressor sistêmico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023). Recentemente, em maio de 2025, três portarias publicadas no Diário Oficial da União adicionaram o metotrexato, tacrolimo, furoato de mometasona e outras opções terapêuticas, como medicamentos de terapia alvo, para pacientes com dermatite atópica no SUS (BRASIL, 2025).

5. METODOLOGIA

5.1. LOCAL DA INTERVENÇÃO

A intervenção será realizada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), localizadas no município de Umuarama – PR, vinculada à Estratégia Saúde da Família. O local foi escolhido por atender uma população diversificada, incluindo crianças e adultos com histórico de doenças alérgicas e dermatológicas, o que facilita a abordagem educativa sobre dermatite atópica.

5.2. SUJEITOS DA INTERVENÇÃO

Serão incluídos: Pacientes que comparecerem a UBS, pacientes com diagnóstico ou suspeita de dermatite atópica atendidos na UBS, familiares e cuidadores desses pacientes. Profissionais de saúde da atenção primária, especialmente médicos, enfermeiros e agentes comunitários.

5.3. ESTRATÉGIAS E AÇÕES

As ações ocorrerão de duas formas:

1. Elaboração e distribuição de uma cartilha educativa sobre dermatite atópica, com linguagem acessível, com elementos visuais e direcionada a pacientes e familiares. Nesta cartilha conterá: conceito da doença, fatores de risco e desencadeantes, cuidados diários, importância da adesão ao tratamento e acompanhamento.
2. Criação da cartilha digital voltada para os profissionais da atenção primária, com conteúdo técnico e linguagem objetivo, reunindo informações sobre diagnóstico clínico da DA, condutas, orientações sobre corticofobia, fluxo de acompanhamento do paciente na atenção básica, e a necessidade de encaminhar para um profissional especializado. Essa cartilha será compartilhada com os profissionais da UBS por meio digital (QR Code e WhatsApp institucional, se cabível), promovendo uma capacitação acessível e respeitando a rotina da equipe.

Assim, pode-se visualizar o fluxograma das ações a serem realizadas na figura 1.

Figura 1 – Fluxograma das atividades a serem realizadas.



Fonte: Autoria própria.

5.4. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

A avaliação da intervenção será realizada de forma indireta e qualitativa, devido ao meio digital adotado. Para os pacientes e familiares, o monitoramento acontecerá pela disponibilização do *QR Code* da cartilha nos espaços da unidade com acompanhamento da equipe. Profissionais da UBS serão incentivados a estimular o escaneamento e a leitura durante os atendimentos e momentos de espera. A efetividade será observada pela adesão espontânea às orientações da cartilha, especialmente durante as consultas com os relatos dos pacientes quanto à adesão ao tratamento.

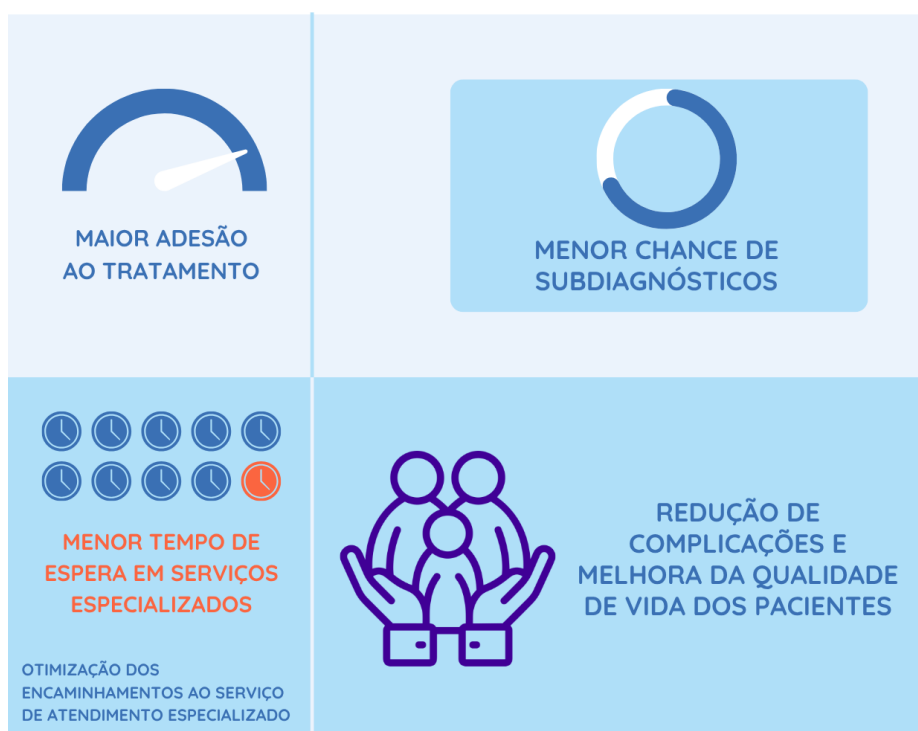
Para os profissionais, o monitoramento será feito com base na entrega e acesso do material complementar por meio digital. Caso haja abertura da equipe, poderá ser aplicado um formulário rápido de autoavaliação com perguntas sobre a DA, antes e após a leitura do material, contribuindo para estimar o impacto das informações.

6. RESULTADOS ESPERADOS

Após a aplicação da intervenção proposta, espera-se melhorar o conhecimento dos profissionais da atenção primária sobre o diagnóstico e manejo da dermatite atópica, promovendo maior segurança e agilidade nas condutas terapêuticas. Além disso, espera-se reduzir o número de encaminhamentos desnecessários ao atendimento especializado, favorecendo a resolutividade na atenção básica e diminuindo o tempo de espera nos atendimentos especializados.

A cartilha educativa poderá ampliar o entendimento dos pacientes e familiares sobre a doença, resultando em melhor adesão ao tratamento, redução de complicações e melhora na qualidade de vida. Espera-se também promover o autocuidado da comunidade quanto à prevenção das exacerbações da DA como pode ser ilustrado na figura 2.

Figura 2 – Infográfico das metas e resultados esperados a partir da ação realizada



Fonte: Autoria própria.

7. CRONOGRAMA

Tabela 1 – Cronograma das atividades para o projeto de intervenção

Etapas	Período	Responsáveis
Levantamento teórico e fundamentação teórica	Julho - Agosto de 2025	Acadêmicas e orientador
Elaboração da cartilha educativa para pacientes	Até 03/08/2025	Acadêmicas
Elaboração da metodologia, resultados esperados, etc	Até 04/08/2025	Acadêmicas
Reunião com coordenação para ajustes e planejamento	05/08/2025	Coordenação do PI e grupo
Realização da intervenção	06/08 a 15/08/2025	Acadêmicas e equipe da UBS
Redação final e revisão completo do projeto	2/08 a 30/08/2025	Acadêmicas
Entrega da versão final	18/08/2025	Acadêmicas
Publicação do cronograma de apresentações	01/09/2025	Coordenação do PI
Apresentação do PI	15 a 20/09/2025	Acadêmicas

Fonte: Autoria própria.

8. VIABILIDADE E RECURSOS NECESSÁRIOS

A intervenção exposta apresenta viabilidade política e institucional, pois está alinhada com as diretrizes da Atenção Primária à Saúde e com as necessidades observadas na população de Umuarama. A proposta terá apoio da equipe da UBS e será executada durante o período de estágio supervisionado, sob supervisão dos profissionais da UBS e da universidade.

A cartilha educativa será desenvolvida em formato digital, com layout acessível, linguagem simples e clara, com ilustrações explicativas, hospedada em nuvem. O acesso será feito por **QR Codes impressos em cartazes, crachás ou panfletos simples**, os quais serão expostos e disponíveis nas UBS, consultórios e sala de espera. Além disso, o arquivo digital poderá ser compartilhado por WhatsApp institucional da unidade, se cabível, ou impresso em casos específicos.

A intervenção proposta apresenta-se de acordo com a sustentabilidade, pois elimina custos com impressão, evita excesso de lixo e facilita a atualização futura do conteúdo. Os custos mínimos poderão ser cobertos pelos acadêmicos ou com apoio da universidade ou da UBS como demonstrado na tabela 2.

Tabela 2 – Projeção de custos para o projeto de intervenção

Item	Quantidade	Valor unitário (R\$)	Total (R\$)
Elaboração da cartilha digital	1 unidade	(-) realizado pelos acadêmicos	R\$ 0,00
Impressão de <i>QR Codes</i> em papel A4 (preto e branco, recortável)	30 folhas	1,00	R\$ 30,00
Materiais para afixação (fita adesiva, papel contact)	1 kit básico	20,00	R\$ 20,00
Total estimado			R\$ 50,00

Fonte: Autoria própria.

REFERÊNCIAS

ABREU, Daniela et al. Microbioma cutâneo e dermatite atópica. **Revista Portuguesa de Imunoalergologia**, v. 30, n. 3, p. 169-189, 29 set. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.32932/rpia.2022.09.086>. Acesso em: 23 jul. 2025.

ANGLES, Maria Valeria et al. Prevalence of atopic dermatitis in adults. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 97, n. 1, p. 107-109, jan. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.abd.2020.10.016>. Acesso em: 23 jul. 2025.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 34**, de 20 de DEZEMBRO de 2023: PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DERMATITE ATÓPICA. BRASÍLIA: [s. n.], 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacientes com dermatite atópica passam a contar com tratamento integral no SUS**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/maio/pacientes-com-dermatite-atopica-passam-a-contar-com-tratamento-integral-no-sus>. Acesso em: 10 jul. 2025.

CHOVATIYA, R.; PALLER, A. S. JAK Inhibitors in the Treatment of Atopic Dermatitis. **Journal of Allergy and Clinical Immunology**, v. 148, n. 4, p. 927-940, ago. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2021.08.009>. Acesso em: 23 jul. 2025.

CHU, Alexandro W. L. et al. Systemic treatments for atopic dermatitis (eczema): systematic review and network meta-analysis of randomized trials. **Journal of Allergy and Clinical Immunology**, v. 152, n. 6, p. 1470-1492, set. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2023.08.029>. Acesso em: 23 jul. 2025.

CRIADO, Paulo Ricardo et al. Atualização na patogênese da dermatite atópica. **Anais Brasileiros de Dermatologia** (Versão em Português), v. 99, n. 6, p. 895-915, nov. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.abdp.2024.08.001>. Acesso em: 23 jul. 2025.

CRIADO, Paulo Ricardo et al. Prurido crônico: revisão narrativa. **Anais Brasileiros de Dermatologia** (Versão em Português), v. 100, n. 3, p. 487-519, maio 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.abdp.2025.04.002>. Acesso em: 23 jul. 2025.

FOLHA DE SÃO PAULO. **Metade (50%) dos brasileiros não conhecem a dermatite atópica (DA)**. 20 set. 2021. Disponível em: <https://datafolha.folha.uol.com.br/mercado/2021/09/1989346-metade-50-dos-brasileiros-nao-conhecem-a-dermatite-atopica-da.shtml>. Acesso em: 23 jul. 2025.

FRAZIER, Winfred; BHARDWAJ, Namita. Atopic Dermatitis: Diagnosis and Treatment. **American Family Physician**, v. 101, n. 10, p. 590-598, 2020. Disponível em: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2020/0515/p590.html>.

GOMES, Tiago Fernandes *et al.* Baixo nível de educação em saúde como preditor de corticofobia na dermatite atópica. **Anais Brasileiros de Dermatologia** (Versão

em Português), v. 97, n. 6, p. 704-709, nov. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.abdp.2021.11.023>. Acesso em: 24 jul. 2025.

KONG, Sunga; KOO, Jaisun; LIM, Seung Kil. Associations between Stress and Physical Activity in Korean Adolescents with Atopic Dermatitis Based on the 2018–2019 Korea Youth Risk Behavior Web-Based Survey. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 21, p. 8175-8183, 5 nov. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17218175>. Acesso em: 23 jul. 2025.

MAYO CLINIC. **ATOPIC Dermatitis (Eczema) Clinical Trials** - Mayo Clinic Research. Disponível em: [https://www.mayo.edu/research/clinical-trials/diseases-conditions/atopic-dermatitis-\(eczema\)/](https://www.mayo.edu/research/clinical-trials/diseases-conditions/atopic-dermatitis-(eczema)/). Acesso em: 15 maio 2025.

PRADO, Evandro et al. Dermatite atópica grave: guia prático de tratamento da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia e Sociedade Brasileira de Pediatria. **Arquivos de Asmas Alergia e Imunologia**, v. 6, n. 4, p. 432-467, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2526-5393.20220053>. Acesso em: 23 jul. 2025.

THYSSEN, Jacob P. et al. Comorbidities of atopic dermatitis—what does the evidence say? **Journal of Allergy and Clinical Immunology**, v. 151, n. 5, p.1155-1162, jan. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2022.12.002>. Acesso em: 23 jul. 2025.

SROKA-TOMASZEWSKA, Jowita; TRZECIAK, Magdalena. Molecular Mechanisms of Atopic Dermatitis Pathogenesis. **International Journal of Molecular Sciences**, v. 22, n. 8, p. 4130-4146, 16 abr. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijms22084130>. Acesso em: 23 jul. 2025.

UDKOFF, Jeremy et al. Assessment of the American Academy of Dermatology diagnostic criteria for pediatric atopic dermatitis and modification into a checkbox form: A cross-sectional study. **Pediatric Dermatology**, v. 40, n. 5, p. 809-815, 21 jun. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/pde.15338>. Acesso em: 23 jul. 2025.