

NOTA TÉCNICA 4586**IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO**

CÂMARA/VARA: Vara de Família, da Infância e Juventude e Violência Doméstica e Familiar contra Mulher

COMARCA: Ubá

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

IDADE: 13 anos

PEDIDO DA AÇÃO: Cetaphil hidratante, hydraporin al sabonete líquido e sunmax sensitive fps 50 protetores solar

DOENÇA(S) INFORMADA(S): L20, dermatite atópica

FINALIDADE / INDICAÇÃO:

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRMMG-64197

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2023.0004586

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Elaboração do notatjus ou pericia sobre a imprescindibilidade do hidratante, sabonete líquido e protetor solar.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

A dermatite atópica (DA) é uma doença inflamatória cutânea crônica de etiologia multifatorial que se manifesta clinicamente sob a forma de eczema. As pessoas afetadas apresentam, em geral, antecedente pessoal ou familiar de atopia. O eczema é caracterizado por eritema mal definido, edema e vesículas no estágio agudo e, no estágio crônico, por placa eritematosa bem definida, descamativa e com grau variável de liquenificação. O termo eczema atópico é aceito como sinônimo de DA. Os pacientes com DA compartilham as características de xerodermia (pele seca) e limiar di-

minuído para prurido. O eczema ocorre de maneira cíclica durante a infância, podendo prolongar-se até a fase adulta. Em alguns pacientes, o prurido é constante e incontrolável, sendo um dos fatores responsáveis pela diminuição da qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares. Os indivíduos atópicos apresentam predisposição hereditária para desenvolver resposta de hipersensibilidade imediata mediada por anticorpos da classe IgE. Neste contexto, a presença de eczemas em topografia característica, o prurido, a história pessoal ou familiar de asma, rinite alérgica e conjuntivite, e/ou DA e o caráter recidivante das lesões durante a infância são os critérios maiores para o diagnóstico de DA.

Epidemiologia A prevalência da DA aumentou nas últimas três décadas. Embora possa se manifestar em qualquer período etário, 60% dos casos de DA ocorrem no primeiro ano de vida. A DA assume forma leve em 80% das crianças acometidas, e em 70% dos casos há melhora gradual até o final da infância. No primeiro ano de vida, a prevalência de diagnóstico médico de DA, em países da Europa e América Central, foi avaliada como parte do International Study of Wheezing in Infants (Estudio Internacional de Sibilancia en el Lactente, EISL). Observou-se variação ampla das taxas encontradas: 10,6% (Valência, Espanha) a 28,2% (San Pedro Sula, Honduras). Os valores médios obtidos na América Central foram significativamente mais elevados quando comparados aos da Europa: 18,2% e 14,2%, respectivamente. A história familiar de DA foi o principal fator associado à expressão da doença. Dados mundiais sobre a prevalência da DA foram obtidos pela primeira vez pelo International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). Neste estudo foram avaliados escolares (6 e 7 anos de idade) e adolescentes (13 e 14 anos) de 153 centros localizados em 56 países. A resposta afirmativa à questão sobre presença de lesões eczematosas, pruriginosas e que acometiam áreas específicas do corpo caracterizou o diagnóstico de eczema flexural, quesito com elevada especificidade para o diagnóstico de DA. Os resultados observados mostraram-se variáveis, oscilando entre 1,5% (Irã) e 20,9% (Suécia) para os escolares, e entre 1,3% (China) e 19,4% (Etiópia) para os adolescentes. Na América Latina

e no Brasil, os valores foram intermediários. No Brasil, a prevalência média de eczema flexural foi 6,8% para os escolares, e 4,7% para os adolescentes. Em todas as localidades a prevalência de DA foi maior entre os escolares. O diagnóstico de DA é essencialmente clínico. O principal sintoma da doença é o prurido que associado às características clínicas, determinam o diagnóstico. A cronicidade, as recidivas, o aspecto de distribuição das lesões conforme a idade e o comprometimento da qualidade de vida do paciente são importantes tanto para o diagnóstico quanto para a classificação da gravidade da doença, que apresenta vários métodos de classificação. O prurido causa distúrbios de sono e irritabilidade, e pode ser agravado por vários fatores, como calor, suor, banhos, atividades físicas, mudanças de temperatura ambiente, alterações de humor ou atividades que ocasionem estresse na criança, e uso de roupas de lã ou sintéticas. O diagnóstico de DA é clínico e baseado na história completa e detalhada e nos sinais observados no exame físico. A biópsia cutânea é de pouca utilidade, e realizada eventualmente se houver dúvida diagnóstica. As características observadas são espongiose, formação de vesículas, exocitose de linfócitos, paraceratose, e, eventualmente, acantose. A derme apresenta infiltrado linfocitário, e a eosinofilia tissular é variável. O avanço nos conhecimentos sobre a etiopatogenia da dermatite atópica (DA) proporcionou a aquisição de novos compostos, assim como o fortalecimento de outros mais antigos usados na abordagem terapêutica de pacientes com DA.

Ciclosporina

A ciclosporina A (CyA) é um polipeptídeo cíclico lipofílico que inibe as vias dependentes da calcineurina, resultando em níveis reduzidos de várias citocinas pró-inflamatórias, tais como IL-2 e IFN- γ , e promove a inibição da ativação de células T. A CyA é muito eficaz e frequentemente utilizada na DA, tanto em crianças como em adultos, na dose de 3-5 mg/kg/ dia, dividida em duas doses diárias (manhã e noite). Após seis semanas, esta dose pode ser reduzida para 2,5-3 mg/kg (fase de manutenção), e a duração de

tratamento varia entre três meses e um ano. Estudo de metanálise demonstrou ter a CyA eficácia relativa de 55% de melhora na gravidade da doença após seis a oito semanas de tratamento, sem diferenças entre adultos e crianças, mas a tolerabilidade mostrou-se melhor em crianças. A CyA é a única substância aprovada para o tratamento sistêmico da DA em adultos em muitos países. Estudo de revisão sistemática recente recomendou a CyA como tratamento de primeira linha e de curto prazo para DA moderada a grave, em que a terapêutica convencional foi ineficaz ou inapropriada. O monitoramento da função renal e da pressão arterial é imprescindível, e havendo alterações laboratoriais ou aumento da pressão arterial, a CyA deve ser interrompida, ou sua dose reduzida. Em crianças, deve considerar-se que as vacinas podem não ser eficazes durante o seu uso, decorrente da imunossupressão.

INDICAÇÕES NO SUS (DADOS COPILADOS)

Padronização no SUS

Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME 2024

Portaria Conjunta SAES/SCTIE/MS nº 28, de 27 de novembro de 2025 -
Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dermatite Atópica

PCDT CONITEC - DERMATITE ATÓPICA (dados copilados)

Tratamento não medicamentoso

6. TRATAMENTO O tratamento da DA segue uma abordagem variada e gradual, adaptada de acordo com a gravidade da doença e com as necessidades do paciente. O tratamento visa a reduzir sintomas, prevenir exacerbações, tratar infecções quando presentes, minimizar os riscos de tratamento e restaurar a integridade da pele. 11 Na maioria dos pacientes com doença leve, as metas de tratamento são alcançadas com o uso das terapias tópicas. Para casos moderados ou graves, o tratamento é desafiador e envolve também medicamentos de uso sistêmico, que variam de acordo com a faixa etária do paciente.

Nota Técnica nº 4586/2023 NATJUS – TJMG

6.1. Tratamento não medicamentoso

6.1.1. Hidratantes e emolientes A pele seca é um dos sintomas característicos da dermatite atópica. O estrato córneo carente de lipídios intercelulares apresenta uma desproporção entre colesterol, ácidos graxos essenciais, ceramidas³⁵. Isso aumenta a perda transepidérmica de água e acarreta pequenas fissuras da camada mais superficial da pele (epiderme). Essas fissuras resultam em inflamação. Para estes casos, a aplicação precoce e a longo prazo de emolientes melhora as condições da pele, reduz o prurido e outras manifestações da Dermatite Atópica^{36–40}. Emolientes são formulações tópicas livres de ingredientes ativos. Podem conter umectante que hidrata o estrato córneo, como ureia ou glicerol e um ocludente que reduz a evaporação, como petrolato ou parafina. A escolha do emoliente deve ser individualizada e considerar a aceitabilidade e tolerância de cada paciente. Torna-se relevante destacar que o uso de emolientes pelo paciente com dermatite atópica deve ser contínuo e aplicado (espalhado e não esfregado) em toda a extensão corporal. Foi realizada uma revisão das evidências sobre a eficácia e segurança dos emolientes para prevenir e tratar dermatite atópica, contudo, dada as limitações e heterogeneidade, apenas recomenda-se a aplicação de emolientes, cremes de barreira ou soluções micelares na pele íntegra, por pelo menos duas vezes por semana para atrasar o desenvolvimento e melhorar as condições da pele dos pacientes com dermatite atópica de gravidade leve a moderada^{35,38,41}. Inclusive, o uso diário de emolientes desde o nascimento pode reduzir a incidência de Dermatite Atópica em uma população de alto risco³⁷. A hidratação da pele é um componente-chave para o tratamento de pacientes com dermatite atópica⁵. Para manter a hidratação da pele, os emolientes devem ser aplicados pelo menos duas vezes ao dia e imediatamente após o banho ou a lavagem das mãos. O tempo médio de ação de cada hidratante varia de 2 a 6 horas e a quantidade aplicada segue a faixa etária e superfície corporal (Quadro 7).

Quadro 7 - Quantidade média de hidratante utilizada por semana conforme a faixa etária.

Faixa-etária	Quantidade
Recém-nascidos e bebês	100 g
Crianças	150 a 200 g
Adultos	250 g

Fonte: Adaptado de Kulthanan *et al.* (2021)¹¹

Cremes mais espessos, com baixo teor de água, ou pomadas com zero teor de água são preferíveis, pois garantem melhor proteção contra a xerose, embora sejam considerados mais gordurosos pelos pacientes. As loções, embora menos eficazes do que cremes e pomadas espessos, podem ser uma alternativa para esses pacientes^{11,19,34}. O agente ideal deve ser seguro, eficaz, barato e livre de aditivos, fragrâncias, perfumes e outras substâncias potencialmente sensibilizantes⁴². **Na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), estão incluídos o gel e o creme de babosa (Aloe vera (L.) Burm. f.).** 12

6.1.2. Banhos O banho pode ter diferentes efeitos na pele e a água, 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). O pH elevado da pele dos pacientes com dermatite atópica favorece a colonização microbiana, permanência de proteases microbianas no leito das lesões e facilita a ruptura da barreira cutânea⁴³. A aplicação de emolientes após a secagem da pele é recomendada para manter um bom estado de hidratação^{14,19,42}. Não existe um consenso sobre a frequência dos banhos e se o uso de banheira ou chuveiro seria preferível em pacientes com DA⁴². Sabonetes com formulações antissépticas devem ser evitados, principalmente aqueles que contêm ingredientes alimentares (como proteína de trigo ou amido de arroz), visto que podem causar irritação e sensibilização da pele¹¹. Alguns estudos sugerem benefícios do banho com hipoclorito de sódio diluído a 0,006% por 5 a 10 minutos, duas a três vezes na semana para minimizar a necessidade de uso de medicamentos anti-inflamatórios

e antibióticos tópicos^{11,14}, contudo esse tratamento adjuvante deve ser recomendado e monitorado por profissional de saúde habilitado¹¹

6.1.3. Fototerapia em pacientes com prurido difuso que não é controlado apenas com terapia tópica ou outras opções de tratamento falharam ou são inadequadas, a fototerapia pode ser uma opção terapêutica para pacientes que não estejam em uso de ciclosporina (contraindicado o uso concomitante)⁷. Pode incluir luz ultravioleta A (UVA) banda estreita, luz ultravioleta B (UVB), ou uma combinação de psoraleno em conjunto com UVA (PUVA)^{6,14}. Espera-se que a fototerapia possa melhorar os sinais clínicos, reduzir o prurido e a colonização de bactérias, poupando o uso de esteroides. Um fator limitante para seu uso é a falta de adesão ao tratamento a longo prazo¹⁴. A PUVA e a UVB são contraindicadas em pacientes com xeroderma pigmentoso, albinismo e dermatoses fotossensíveis (como lúpus eritematoso sistêmico); história de melanoma ou múltiplos cânceres não melanóticos de pele¹⁴. Pacientes em uso de ciclosporina não devem receber simultaneamente irradiação ultravioleta B ou fotoquimioterapia PUVA⁴⁴. A fototerapia está disponível no SUS para outras indicações, mas não foi avaliada para DA, assim não é preconizada neste Protocolo.

6.1.4. Coberturas (bandagens) Algumas organizações americanas e a Sociedade Brasileira de Dermatologia relatam que as coberturas úmidas podem ser usadas para reduzir a gravidade da DA, principalmente em pacientes com doença moderada e grave^{14,19,42}. A cobertura úmida pode aliviar a agudização da DA em lesões fechadas, na expectativa de que sua utilização ajude a oclusão do agente tópico, aumentando a penetração e diminuindo a perda de água, proporcionando uma barreira física contra arranhões¹⁴. Pacientes com DA são mais suscetíveis a infecções bacterianas, virais e fúngicas da pele, principalmente devido à função de barreira prejudicada, resposta imunológica comprometida e prurido. Complicações causadas *Staphylococcus aureus* e o vírus herpes simplex como foliculite, abscessos, eczema herpético são frequentes. Prevenir e limitar

o desenvolvimento de infecções interrompendo o ciclo de prurido-arrações e incentivando o uso contínuo de emolientes hidratantes em toda a extensão corporal são orientações importantes para o paciente e familiares. 13 Além do pH elevado da pele dos pacientes com dermatite atópica favorecer a colonização microbiana e a ruptura da barreira cutânea, o uso de imunossupressores tópicos ou sistêmicos usados para o tratamento da DA podem reduzir ainda mais a resposta imunológica dos pacientes⁴³. Comumente o comprometimento da pele dos pacientes com dermatite atópica são parciais, ou seja, envolve apenas as primeiras camadas da pele (epiderme e derme). Na fase aguda, as lesões aparecem como manchas eritematosas com ou sem exsudação; bolhas e crostas. Na fase crônica as lesões se apresentam como descamação, fissuras (rachaduras) e liquenificação (espessamento e endurecimento da pele)^{45,46}. Apesar de raro, quando ocorrem comprometimentos totais que envolvem camadas mais profundas da pele e outros tecidos, coberturas não medicamentosas podem ser empregadas para tratar feridas (infectadas ou não) dos pacientes de qualquer faixa etária. O uso de coberturas antimicrobianas (com prata, iodo, mel, biguanida e PHMB) não é aprovado para crianças e neonatos; se associam à resistência microbiana e podem induzir a reações de sensibilidade nos pacientes com DA⁴⁷. Nesse sentido, para tratar lesões mais graves com ou sem infecção, antimicrobianos com corantes orgânicos (como violeta de genciana/azul de metileno) e os de ação mecânica (como o cloreto de dialquilcarbamoil) podem ser as melhores escolhas^{48–54}. A gestão dessas possíveis lesões deve ser individualizada, considerando os valores e preferências do paciente para estabelecer o plano terapêutico. Inclusive, uma maneira de incentivar a autonomia e incorporar as peculiaridades de cada caso no processo de cuidado é educar os pacientes, familiares e cuidadores sobre o controle do processo infeccioso a partir do reconhecimento de sinais e sintomas de infecção, como aparecimento de lesões que não respondem às terapias instituídas ou que pioram rapidamente, surgimento de bolhas com conteúdo purulento, febre e mal-estar geral^{46,55}.

6.1.5. Terapia de reversão de hábitos O prurido intenso pode levar a comportamentos como coçar ou esfregar, que eventualmente se transformam em hábitos. Além dos emolientes e fototerapia¹² que podem reduzir a intensidade do prurido^{39,40}, a terapia de reversão de hábitos é uma técnica comportamental usada para diminuir a frequência de comportamentos repetitivos, incluindo cinco componentes a serem exercitados: conscientização, relaxamento, resposta recorrente, apoio social e generalização. No entanto, esta técnica não está amplamente disponível nos serviços de saúde⁴.

6.1.6. Outros tratamentos não medicamentosos A DA têm efeito significativo na qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares. Estresse e fatores emocionais podem exacerbar a doença. Insônia, ausência no trabalho e escola, isolamento social, depressão e ideação suicida podem estar presentes^{11,14}. O aconselhamento psicossomático, psicoterapia, terapia comportamental e técnicas de relaxamento são recomendados durante o tratamento da DA¹¹. A educação do paciente é um componente importante no gerenciamento da DA⁶. Pacientes e familiares podem se beneficiar da educação estruturada fornecida por enfermeiros ou equipes multidisciplinares. Os grupos de apoio formados durante essas reuniões são importantes para compartilhar experiências entre familiares e pacientes nessa condição⁵⁶. Outras medidas não medicamentosas incluem usar roupas macias (como, por exemplo, as feitas de algodão); 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 alimentar⁵⁷.

IV – CONCLUSÃO

- ✓ No SUS existe PCDT para o tratamento de dermatite atópica

- ✓ Existe indicação de hidratantes, banhos específicos (sabonetes específicos), filtro solar dentre outros cuidados (descritos no tratamento não medicamentoso)
- ✓ Foge ao escopo da nota técnica avaliar marcas e/ou imprescindibilidade de determinados produtos
- ✓ A critério do Juízo deve ser realizada perícia médica, o NATJUS não realiza perícia médica
- ✓ Anexo PCDT da CONITEC para dermatite atópica

V – REFERÊNCIAS:

- ✓ Portaria Conjunta SAES/SCTIE/MS nº 28, de 27 de novembro de 2025- Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dermatite Atópica
- ✓ ANTUNES, Adriana A., SOLÉ, Dirceu, CARVALHO, Vânia O., et al. Guia prático de atualização em dermatite atópica-Parte I: etiopatogenia, clínica e diagnóstico. Posicionamento conjunto da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia e da Sociedade Brasileira de Pediatria. Brazilian Journal Allergy and Immunology, 2017, vol. 1, no 2, p. 131-156.

VI – DATA: 25/05/2026

NATJUS TJMG