

## Dermatite atópica: Revisão de literatura

Atopic dermatitis:  
Literature review

Rafael Ferreira Batista  
Aline Elen Martins Canavez  
Dayane Raquel Araripe Romão Figueiredo  
Dário Dayvill Silva Araújo  
Fernanda Facincani Medeiros Bezerra  
Jeane Oliveira Machado Castro  
Tatiane de Santana Lima

### RESUMO

Importante mencionar que a dermatite atópica é uma doença inflamatória crônica e recidivante da pele, caracterizada por prurido, xerose e lesões eczematosas cuja apresentação varia conforme a idade, a atividade da doença e o fototipo. Sua fisiopatologia resulta da interação entre disfunção da barreira cutânea, alterações imunológicas, fatores genéticos, microbioma e exposições ambientais. Além das manifestações dermatológicas, a doença pode comprometer o sono, a saúde mental, as relações sociais e a qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias. A avaliação diagnóstica é predominantemente clínica, apoiada na história, distribuição das lesões, prurido, curso crônico ou recorrente e exclusão de diagnósticos diferenciais. O cuidado inclui educação, hidratação regular, redução de irritantes e tratamento anti-inflamatório tópico conforme gravidade e localização. Em casos moderados a graves, refratários ou com impacto funcional relevante, podem ser consideradas fototerapia e terapias sistêmicas, incluindo imunomoduladores, biológicos e inibidores de JAK, conforme indicação, disponibilidade e avaliação especializada. Conclui-se que o manejo efetivo requer abordagem individualizada, plano de manutenção, avaliação da qualidade de vida e revisão periódica da resposta terapêutica.

**Palavras-chave:** Dermatite atópica. Eczema. Barreira cutânea. Prurido. Tratamento dermatológico.

### ABSTRACT

It is important to note that atopic dermatitis is a chronic, relapsing inflammatory skin disease characterized by pruritus, xerosis, and eczematous lesions, with presentations varying according to age, disease activity, and skin phototype. Its pathophysiology stems from the interplay between skin barrier dysfunction, immunological alterations, genetic factors, the microbiome, and environmental exposures. Beyond dermatological manifestations, the disease can impair sleep,

mental health, social relationships, and the quality of life of patients and their families. Diagnostic assessment is primarily clinical, based on patient history, lesion distribution, pruritus, a chronic or recurrent course, and the exclusion of differential diagnoses. Management includes patient education, regular moisturization, avoidance of irritants, and topical anti-inflammatory treatment tailored to disease severity and location. In moderate-to-severe, refractory, or functionally debilitating cases, phototherapy and systemic therapies—including immunomodulators, biologics, and JAK inhibitors—may be considered, depending on clinical indications, availability, and specialist assessment.

**Keywords:** Atopic dermatitis. Eczema. Skin barrier. Pruritus. Dermatological treatment.

## INTRODUÇÃO

A dermatite atópica (DA), também denominada eczema atópico, é uma doença inflamatória crônica da pele que costuma evoluir em períodos de exacerbação e remissão. O prurido persistente, a xerose e as lesões eczematosas são características centrais, mas sua intensidade e distribuição variam de acordo com a idade, a duração da doença e fatores individuais. A DA pode iniciar-se na infância, persistir durante a adolescência e a vida adulta ou manifestar-se pela primeira vez em adultos.

A compreensão contemporânea da DA ultrapassa a ideia de uma alergia cutânea isolada. A doença envolve a interação dinâmica entre a integridade da barreira epidérmica, a resposta imune, a predisposição genética, a composição do microbioma e estímulos ambientais. A barreira comprometida facilita perda transepidérmica de água e entrada de irritantes, enquanto a inflamação intensifica o dano cutâneo e o prurido. O ato de coçar, por sua vez, amplia a lesão, estabelecendo um ciclo de prurido e inflamação. (LANGAN; IRVINE; WEIDINGER, 2020).

A relevância clínica da DA decorre tanto da extensão das lesões quanto do impacto funcional. O prurido pode interferir no sono, no desempenho escolar ou profissional e nas relações familiares. A visibilidade das lesões, a imprevisibilidade das crises e a necessidade de cuidados diários também podem gerar sofrimento emocional. Por esse motivo, a avaliação adequada não deve limitar-se à superfície corporal acometida; deve considerar sintomas, frequência de exacerbações, qualidade de vida e resposta a tratamentos anteriores. (LANGAN; IRVINE; WEIDINGER, 2020).

As recomendações terapêuticas evoluíram de um modelo centrado exclusivamente em emolientes e corticosteroides tópicos para uma estratégia escalonada que inclui inibidores tópicos da calcineurina, inibidores de PDE-4 e JAK em situações apropriadas, fototerapia e terapias sistêmicas direcionadas. A American Academy of Dermatology atualizou recomendações para terapias sistêmicas em 2023 e publicou atualização focada em novos tratamentos em 2025 (AAD, 2025). Isso reforça a necessidade de atualizar o conhecimento clínico e evitar tanto o subtratamento quanto o uso indiscriminado de terapias avançadas. (SIDBURY et al., 2023; DAVIS et al., 2024; DAVIS et al., 2025).

Este artigo apresenta uma revisão narrativa sobre a fisiopatologia, os fatores associados, a apresentação clínica, o diagnóstico diferencial, a avaliação de gravidade e as opções terapêuticas da dermatite atópica. A proposta é organizar o conhecimento de maneira crítica e útil para a formação em saúde, deixando explícitos os limites da revisão e a necessidade de adaptar decisões clínicas à idade, às comorbidades, à gravidade e às diretrizes locais.

## **CONCEITO E EPIDEMIOLOGIA**

A dermatite atópica é uma dermatose eczematosa inflamatória crônica, marcada por prurido e evolução variável. A expressão clínica depende da idade, da distribuição das lesões, da atividade inflamatória e das características cutâneas do paciente. Em lactentes, a face e as superfícies extensoras podem ser acometidas; em crianças maiores e adultos, são comuns áreas flexurais, pescoço, mãos e regiões de pele sujeitas a fricção. Esses padrões são úteis, mas não absolutos.

A prevalência varia entre países e estudos em razão de diferenças ambientais, genéticas, metodológicas e diagnósticas. A doença é frequente na infância, embora parte dos pacientes mantenha sintomas na adolescência ou na vida adulta. A persistência da DA não deve ser interpretada como falha pessoal ou necessariamente como consequência de higiene inadequada; trata-se de uma doença multifatorial cujo curso pode oscilar ao longo do tempo. (LANGAN; IRVINE; WEIDINGER, 2020).

A história pessoal ou familiar de asma, rinite alérgica e outras condições atópicas pode estar presente, mas não é requisito universal. O conceito de marcha atópica descreve a associação epidemiológica, em alguns grupos, entre manifestações atópicas ao longo do desenvolvimento; não significa que toda criança com DA desenvolverá asma ou rinite. A comunicação com famílias deve evitar previsões deterministas e explicar que o curso individual é variável.

## **FISIOPATOLOGIA**

### **DISFUNÇÃO DA BARREIRA EPIDÉRMICA**

A epiderme forma uma barreira física e bioquímica que limita a perda de água e dificulta a entrada de irritantes, alérgenos e microrganismos. Proteínas estruturais, lipídios intercelulares, junções celulares e fatores naturais de hidratação contribuem para sua função. Na DA, alterações genéticas e inflamatórias podem comprometer esses componentes, elevando a perda transepidérmica de água e favorecendo ressecamento e fissuras.

A filagrina é uma proteína envolvida na organização dos filamentos de queratina e na formação de componentes do fator natural de hidratação. Variantes em genes relacionados à barreira, incluindo FLG, estão associadas a risco aumentado em parte dos pacientes, mas não explicam todos os casos. A ausência de uma variante conhecida não exclui DA, e a presença de predisposição genética não determina inevitavelmente a expressão clínica.

A barreira cutânea e a inflamação mantêm relação bidirecional. A penetração de irritantes pode ativar vias inflamatórias; citocinas liberadas durante a inflamação podem, por sua vez, reduzir a expressão de proteínas e lipídios importantes para a

barreira. Esse processo contribui para um ciclo de ressecamento, inflamação e prurido. A hidratação regular busca apoiar a função de barreira, enquanto os tratamentos anti-inflamatórios atuam sobre a atividade da doença.

## RESPOSTA IMUNE E INFLAMAÇÃO

A DA envolve respostas imunes inatas e adaptativas, com participação importante de vias do tipo 2, incluindo citocinas como IL-4 e IL-13. Essas vias contribuem para inflamação, prurido e alterações da barreira. Outros eixos imunológicos podem participar conforme a fase da doença, a idade e o fenótipo clínico. Por isso, a DA não deve ser reduzida a um mecanismo único e uniforme.

O desenvolvimento de terapias biológicas e pequenas moléculas direcionadas decorre, em parte, da melhor compreensão dessas vias. O dupilumabe bloqueia a sinalização de IL-4 e IL-13 por meio do receptor compartilhado; outros agentes direcionam citocinas ou receptores específicos. Os inibidores de JAK interferem em vias intracelulares de sinalização de várias citocinas. O racional biológico, entretanto, não substitui avaliação clínica de benefício, risco, elegibilidade e monitoramento.

## MICROBIOMA CUTÂNEO E INFECÇÃO

A pele com DA pode apresentar redução da diversidade microbiana e maior colonização por *Staphylococcus aureus*, sobretudo durante exacerbações. A relação não é exclusivamente causal: a inflamação, o dano da barreira, a coceira e tratamentos anteriores podem alterar o microbioma, enquanto a colonização pode amplificar a inflamação em determinados pacientes.

Colonização bacteriana não equivale automaticamente a infecção que exige antibiótico. Antimicrobianos tópicos ou sistêmicos devem ser reservados a situações clinicamente indicadas, evitando uso repetido sem evidência de infecção, devido a efeitos adversos e resistência antimicrobiana. Sinais como aumento rápido de dor, exsudato, crostas extensas, febre ou deterioração sistêmica exigem avaliação clínica.

## CICLO PRURIDO-COÇADURA

O prurido é um dos sintomas mais característicos e incapacitantes da DA. Mediadores inflamatórios e vias neuronais sensibilizadas contribuem para a sensação de coceira, que pode persistir mesmo quando a aparência das lesões parece discreta. A coçadura danifica a barreira e intensifica a inflamação, perpetuando o ciclo prurido-coçadura.

A interrupção desse ciclo exige controle da inflamação, hidratação, estratégias para reduzir lesões por coçar e atenção aos fatores que prejudicam o sono. Anti-histamínicos não são tratamento universal da inflamação da DA; sua utilização depende de uma indicação específica e de avaliação de riscos, particularmente quando há sedação. Educação prática e metas realistas ajudam o paciente a reconhecer precocemente as exacerbações.

## **FATORES ASSOCIADOS E DESENCADEANTES**

A doença resulta de predisposição individual e exposição a fatores que podem irritar a pele ou agravar a inflamação. Entre os fatores frequentemente relatados estão sabonetes agressivos, detergentes, fragrâncias, tecidos ásperos, suor, calor, baixa umidade, fricção e contato com substâncias irritantes. A relevância de cada fator varia; recomendações de evitar excessivamente uma ampla lista de estímulos sem associação clara podem impor restrições desnecessárias.

Alérgenos de contato devem ser considerados em pacientes com dermatite persistente, localizada em mãos, pálpebras, face ou áreas expostas a produtos, especialmente quando há piora após cosméticos ou tratamentos tópicos. Dermatite alérgica de contato pode coexistir com DA e ser confundida com falta de resposta terapêutica. Testes de contato podem ser indicados conforme história e avaliação dermatológica.

Alimentos não devem ser excluídos de maneira ampla apenas porque uma pessoa tem DA. Dietas de eliminação sem indicação podem provocar deficiência nutricional, ansiedade e atraso no diagnóstico de outras condições. A investigação de alergia alimentar é mais apropriada quando existe história convincente de reação imediata ou, em casos selecionados de crianças pequenas com doença moderada ou grave não controlada, quando a avaliação clínica sugere associação. NICE recomenda que a investigação seja direcionada, e não universal (NICE, 2025).

Estresse emocional pode acompanhar exacerbações e piorar o impacto do prurido, mas não deve ser apresentado como causa exclusiva da doença. Do mesmo modo, o cuidado com a pele não substitui tratamento anti-inflamatório quando este é necessário. Uma abordagem centrada no paciente procura reconhecer padrões pessoais de exacerbação sem atribuir culpa nem impor restrições desproporcionais.

## **MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E FENÓTIPOS**

### **LACTENTES E CRIANÇAS PEQUENAS**

Na infância inicial, as lesões podem acometer bochechas, couro cabeludo e superfícies extensoras, com áreas de eritema, descamação e exsudação variável. A fricção e a coçadura podem ser evidentes, e o sono familiar pode ser afetado pelo prurido noturno. A apresentação em lactentes deve ser diferenciada de dermatite seborreica, escabiose, dermatite de contato e outras doenças inflamatórias ou infecciosas.

A avaliação pediátrica inclui história de início, curso, resposta a tratamentos, possíveis irritantes, impacto no sono e crescimento. A preocupação dos cuidadores com alimentos e alergias deve ser acolhida, mas orientada por evidências para evitar dietas de exclusão sem indicação. O plano terapêutico deve explicar como aplicar emolientes e medicamentos, quais áreas tratar e quando procurar reavaliação.

### **CRIANÇAS MAIORES, ADOLESCENTES E ADULTOS**

Em crianças maiores, adolescentes e adultos, a DA frequentemente afeta fossas antecubitais e poplíteas, pescoço, mãos, pálpebras e outras regiões. A cronicidade pode levar a liquenificação, espessamento e acentuação das linhas cutâneas. Em pessoas de pele mais escura, o eritema pode ser menos evidente e a inflamação pode se manifestar em tons violáceos, acinzentados ou castanhos; alterações pigmentares pós-inflamatórias podem persistir após a melhora.

A dermatite das mãos pode comprometer atividades domésticas, escolares e profissionais, sobretudo em ocupações com lavagem frequente ou exposição a irritantes. A DA de face e pálpebras merece atenção para dermatite de contato concomitante e para escolha cuidadosa de tratamentos, considerando a maior vulnerabilidade de determinadas regiões aos efeitos adversos de corticosteroides tópicos.

Em adultos, a apresentação pode ser localizada ou disseminada e nem sempre reproduz o padrão observado na infância. O início tardio, a distribuição atípica, a ausência de prurido ou a falta de resposta a um tratamento adequado devem levar à revisão diagnóstica.

## **DIAGNÓSTICO E DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

### **DIAGNÓSTICO CLÍNICO**

O diagnóstico é principalmente clínico. A avaliação considera prurido, curso crônico ou recorrente, morfologia e distribuição das lesões, xerose, idade de início e história pessoal ou familiar de atopia. Não existe um único exame laboratorial que confirme a DA em todos os pacientes. IgE total elevada ou sensibilização a alérgenos pode ocorrer, mas não é necessária nem suficiente para estabelecer o diagnóstico.

Critérios clínicos estruturados, como os critérios de Hanifin e Rajka ou os critérios do UK Working Party, podem apoiar pesquisa e prática clínica, mas sua aplicação deve considerar idade e fenótipo. A diretriz NICE recomenda avaliar história detalhada, padrão de lesões, prurido, secura cutânea e antecedentes atópicos, com atenção a variações de apresentação entre grupos de pele (NICE, 2025).

Exames complementares são reservados a dúvidas diagnósticas ou suspeitas específicas. Cultura pode ser útil em determinadas infecções; teste de contato pode auxiliar quando há suspeita de alergia de contato; biópsia é incomum e pode ser considerada em apresentações atípicas ou quando outras doenças precisam ser excluídas. Testes de alergia indiscriminados podem identificar sensibilizações sem relevância clínica.

### **DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS**

Dermatite alérgica de contato: relação com exposição e distribuição compatível; pode coexistir com DA.

Dermatite irritativa de contato: frequentemente associada a água, detergentes, solventes ou fricção.

Psoríase: placas bem delimitadas e descamação característica, embora apresentações atípicas ocorram.

Escabiose: prurido, muitas vezes noturno, contatos sintomáticos e distribuição típica.  
Dermatite seborreica: acometimento característico de couro cabeludo e áreas sebáceas.

Infecções fúngicas: lesões anulares ou assimétricas podem sugerir dermatofitose.

Impetigo, eczema herpético e outras infecções: suspeitar diante de sinais infecciosos, dor ou piora aguda.

Em apresentações persistentes e atípicas no adulto, considerar outras dermatoses conforme contexto clínico.

## **SINAIS DE ALERTA E ENCAMINHAMENTO**

Encaminhamento dermatológico é apropriado quando o diagnóstico permanece incerto, a doença é grave, há falha apesar de tratamento corretamente utilizado, existe comprometimento importante da qualidade de vida ou são consideradas terapias sistêmicas. Doença persistente de face, mãos ou pálpebras pode exigir investigação de contato e ajuste especializado.

O eczema herpético é uma complicação potencialmente grave, associada a infecção por herpes simples sobre pele eczematosa. Pode manifestar-se por lesões dolorosas, vesículas ou erosões semelhantes entre si, febre e mal-estar. A suspeita requer avaliação urgente no mesmo dia, especialmente em crianças, porque a progressão pode ser rápida. Não se deve tratar a situação apenas como exacerbação habitual da DA.

## **AValiação DA GRAVIDADE E QUALIDADE DE VIDA**

A gravidade não é determinada apenas pela área corporal acometida. Prurido, intensidade da inflamação, frequência de crises, distúrbio do sono, impacto psicológico, localização e resposta a tratamentos anteriores também são relevantes. Uma área pequena em face ou mãos pode ter impacto funcional e social elevado, enquanto doença mais extensa pode variar em atividade e sintomas.

Instrumentos validados auxiliam a padronizar avaliações. EASI (Eczema Area and Severity Index) e SCORAD combinam elementos de extensão e gravidade clínica; POEM (Patient-Oriented Eczema Measure) registra sintomas relatados pelo paciente; DLQI e instrumentos pediátricos avaliam impacto na qualidade de vida. A escolha depende do ambiente clínico e da necessidade de acompanhamento. Nenhuma escala substitui a conversa clínica ou a avaliação das prioridades do paciente.

A documentação consistente antes e depois de mudanças terapêuticas ajuda a diferenciar melhora real de flutuação natural. Fotografias clínicas podem ser úteis quando consentidas e armazenadas de acordo com regras de privacidade. O registro deve incluir tratamentos tentados, modo de aplicação, adesão, efeitos adversos e fatores que dificultam o uso, para que a aparente refratariedade não seja presumida sem investigação.

## **TRATAMENTO: PRINCÍPIOS GERAIS**

O tratamento deve ser escalonado e individualizado. A base do cuidado inclui educação, hidratação regular, redução de irritantes identificados e controle da inflamação. A escolha da terapia depende de gravidade, localização, idade, tratamentos prévios, comorbidades, disponibilidade e preferências do paciente. Diferentes áreas do corpo podem necessitar de estratégias diferentes.

A adesão é influenciada por medo de corticosteroides, complexidade do regime, custo, textura dos produtos, tempo de aplicação e compreensão limitada da doença. Uma explicação clara sobre finalidade, quantidade, local, frequência e duração de cada medicamento é parte do tratamento, não um complemento opcional. Planos escritos para crises e manutenção podem reduzir erros e uso irregular.

As recomendações da AAD para adultos apoiam fortemente hidratantes, corticosteroides tópicos, inibidores tópicos da calcineurina e determinadas terapias tópicas mais recentes, enquanto outras intervenções têm recomendações condicionais conforme a evidência disponível (AAD, 2023; AAD, 2025). A escolha deve respeitar a aprovação regulatória local e as características do paciente.

## EMOLIENTES E CUIDADO DA BARREIRA

Emolientes são parte fundamental do tratamento, inclusive quando as lesões estão controladas. Eles ajudam a reduzir xerose e a apoiar a barreira cutânea, podendo diminuir a frequência de exacerbações e a necessidade de tratamentos anti-inflamatórios em alguns pacientes. Não há uma única formulação ideal para todos: cremes, pomadas e loções diferem em oclusividade, textura, aceitabilidade e conveniência.

Produtos sem fragrância e com boa tolerabilidade são frequentemente preferidos. A aplicação deve ser regular e adaptada à rotina, com maior atenção após banho e sempre que a pele estiver ressecada. Se um produto causar ardor persistente ou piora, é razoável rever a formulação e considerar alergia de contato ou irritação. O objetivo é estabelecer um regime sustentável, não impor um produto que o paciente não consegue utilizar.

Banhos breves com água morna, limpeza suave e aplicação de hidratante após o banho podem apoiar o cuidado da pele. Não há base para recomendar medidas extremas de higiene ou banhos excessivamente restritos para todos. A atualização de vigilância do NICE em 2025 retirou recomendações anteriores relacionadas à redução do número de banhos e ao uso de amaciadores de água ou roupas de seda por falta de benefício demonstrado nesses pontos específicos (NICE, 2025).

## CORTICOSTEROIDES TÓPICOS

Os corticosteroides tópicos são anti-inflamatórios eficazes para exacerbações e permanecem uma das principais opções de tratamento. A potência deve ser escolhida conforme a gravidade, a região anatômica, a idade e a duração pretendida. Áreas de pele fina, como face, pálpebras e dobras, exigem maior cautela do que regiões de pele mais espessa. O uso adequado, com orientação sobre quantidade e tempo, reduz tanto o risco de efeitos adversos quanto o medo que leva ao subtratamento.

Possíveis efeitos adversos incluem atrofia cutânea, estrias e alterações vasculares, especialmente com uso inadequado de produtos potentes, por períodos prolongados ou em áreas vulneráveis. O risco não significa que o medicamento deva ser evitado quando indicado; significa que a potência, a duração e o local devem ser apropriados. A suspensão prematura por receio, sem controle da inflamação, pode resultar em crises recorrentes.

Em pacientes com exacerbações frequentes em locais recorrentes, estratégias proativas intermitentes podem ser consideradas por profissional de saúde após controle inicial, conforme diretrizes e características individuais. O plano deve definir quando iniciar, quanto tempo manter e quando procurar revisão.

## **INIBIDORES TÓPICOS DA CALCINEURINA**

Tacrolimo e pimecrolimo são opções anti-inflamatórias tópicas que podem ser úteis em áreas delicadas ou quando se deseja reduzir a exposição repetida a corticosteroides. Podem provocar ardor transitório, sobretudo no início ou em pele muito inflamada. A indicação depende da idade, da formulação aprovada, da localização e das normas regulatórias. A educação do paciente é importante para evitar interrupção precoce por desconforto inicial.

Esses medicamentos não devem ser apresentados como superiores em todas as situações nem utilizados sem avaliação apropriada. A decisão considera gravidade, região corporal, resposta prévia e balanço entre benefício e risco. Diretrizes de sociedades dermatológicas reconhecem seu papel como parte do arsenal terapêutico tópico.

## **OUTRAS TERAPIAS TÓPICAS**

Opções tópicas mais recentes incluem inibidores de PDE-4 e inibidores de JAK, além de outros agentes aprovados em algumas jurisdições. O crisaborol atua sobre PDE-4, enquanto o ruxolitinibe tópico inibe JAK1/JAK2. Tapinarof e roflumilaste também aparecem em atualizações recentes para determinados contextos regulatórios. A indicação depende de idade, gravidade, área a tratar, contraindicações, custo e aprovação local; a disponibilidade varia entre países.

A atualização focada da AAD em 2025 incluiu recomendações para tapinarof tópico, roflumilaste tópico, lebrikizumabe e nemolizumabe com terapia tópica concomitante, refletindo a expansão das opções terapêuticas (AAD, 2025). A incorporação de uma opção em diretriz não significa que ela seja apropriada para todos os pacientes, nem elimina a necessidade de revisar bula, contraindicações e acompanhamento.

## **FOTOTERAPIA E TERAPIAS SISTÊMICAS**

### **FOTOTERAPIA**

A fototerapia pode ser considerada em doença persistente ou disseminada que não responde adequadamente a cuidados tópicos, especialmente quando há benefício esperado e viabilidade de comparecimento regular. A escolha do método, a frequência e a duração dependem de avaliação dermatológica, disponibilidade e

características do paciente. A fototerapia requer ponderação de benefícios, efeitos adversos, exposição cumulativa e risco individual.

Nem todos os pacientes têm acesso a fototerapia, e deslocamentos frequentes podem ser incompatíveis com escola, trabalho ou responsabilidades familiares. A decisão deve considerar essas barreiras práticas. A fototerapia é uma alternativa possível, não uma etapa obrigatória antes de toda terapia sistêmica.

## IMUNOSSUPRESSORES CONVENCIONAIS

Em casos selecionados de DA moderada a grave, podem ser consideradas terapias sistêmicas convencionais, como ciclosporina, metotrexato, azatioprina ou micofenolato, conforme perfil clínico e protocolos. Esses medicamentos diferem quanto à rapidez de ação, monitoramento, contraindicações e riscos. A escolha exige supervisão especializada, avaliação prévia e acompanhamento laboratorial apropriado.

A ciclosporina pode oferecer controle relativamente rápido em determinados quadros, mas seu uso requer atenção à pressão arterial, função renal e duração da terapia. Metotrexato e outros imunomoduladores demandam avaliação de comorbidades, interações e riscos específicos. Não são tratamentos para automanejo, e a seleção deve ser individualizada por dermatologista ou equipe especializada.

A AAD apresenta recomendações condicionais para algumas dessas opções, refletindo a necessidade de ponderar evidência, riscos e alternativas dirigidas (AAD, 2023). O uso de corticosteroides sistêmicos para controle rotineiro da DA é geralmente desencorajado por preocupações com efeitos adversos e exacerbações após retirada; situações excepcionais exigem julgamento especializado.

## BIOLÓGICOS

Biológicos direcionados a vias inflamatórias específicas ampliaram as opções para DA moderada a grave. Dupilumabe e tralokinumabe são exemplos de agentes que interferem em vias associadas à inflamação do tipo 2. Lebrikizumabe e nemolizumabe também fazem parte do cenário terapêutico contemporâneo em determinados países e indicações. A seleção considera idade aprovada, gravidade, tratamentos anteriores, comorbidades, preferência do paciente e disponibilidade.

Os biológicos podem reduzir gravidade, prurido e impacto na qualidade de vida em pacientes adequadamente selecionados, mas não representam cura universal. Resposta, tolerabilidade e persistência do benefício variam. A avaliação de efeitos adversos, manifestações oculares e outras preocupações específicas depende do agente utilizado. O acompanhamento deve registrar resposta clínica e experiência do paciente, além de verificar necessidade de manter ou ajustar a estratégia.

## INIBIDORES DE JAK ORAIS

Os inibidores de JAK orais, como upadacitinibe e abrocitinibe, modulam sinalização intracelular de citocinas e podem produzir resposta clínica rápida em pacientes selecionados. Baricitinibe é outra opção em algumas jurisdições. Esses

fármacos possuem advertências e riscos que exigem seleção cuidadosa, revisão de fatores cardiovasculares, trombóticos, infecciosos e oncológicos, além de exames e monitoramento conforme a bula e as diretrizes locais.

A AAD recomenda fortemente determinadas terapias sistêmicas direcionadas, incluindo dupilumabe, tralokinumabe, abrocitinibe, baricitinibe e upadacitinibe, nas diretrizes de adultos publicadas em 2023; a atualização de 2025 incorporou terapias adicionais (AAD, 2025). Essas recomendações refletem evidência populacional, mas a decisão individual depende de avaliação de risco-benefício e de disponibilidade regulatória.

Antes do início de terapia sistêmica, é necessário revisar infecções ativas, vacinação, comorbidades, medicamentos concomitantes e exames indicados para o agente específico. A monitorização não deve ser padronizada indiscriminadamente entre classes, pois os requisitos e riscos são diferentes. O paciente deve receber orientação clara sobre sinais de alerta e quando contatar a equipe assistente.

## **COMORBIDADES E IMPACTO PSICOSSOCIAL**

A DA pode coexistir com asma, rinite alérgica e outras condições atópicas, mas a investigação deve ser guiada por sintomas e história. A identificação de comorbidades permite organizar o cuidado sem presumir que toda manifestação sistêmica seja consequência direta da doença cutânea. A coordenação entre atenção primária, dermatologia, alergologia e outros serviços pode ser útil em quadros complexos.

O impacto psicológico inclui frustração com sintomas persistentes, constrangimento, ansiedade, humor deprimido e perturbação do sono. Crianças podem apresentar dificuldades escolares e familiares, enquanto adultos podem enfrentar limitações ocupacionais e sociais. O sofrimento não deve ser minimizado por a doença não ser, em geral, fatal; sua carga cotidiana pode ser significativa.

A avaliação da qualidade de vida deve fazer parte do acompanhamento, especialmente quando o controle clínico parece adequado, mas o paciente permanece insatisfeito ou funcionalmente limitado. Educação, expectativas realistas, apoio psicossocial e decisões compartilhadas favorecem adesão e reconhecimento precoce de dificuldades. O cuidado integral reconhece que o sucesso terapêutico inclui redução do prurido e das crises, melhora do sono e retomada de atividades relevantes.

## **ADESÃO, EDUCAÇÃO E PLANO DE AÇÃO**

A adesão não deve ser interpretada apenas como obediência do paciente. Regimes complicados, custo, medo de corticosteroides, dúvidas sobre efeitos adversos, dificuldades de acesso e falta de melhora rápida podem limitar o uso correto. Perguntar de forma não julgadora o que foi aplicado, como e por quanto tempo ajuda a identificar barreiras reais.

Um plano escrito pode dividir o cuidado em rotina diária, tratamento de exacerbação e critérios de reavaliação. Deve esclarecer quais produtos são hidratantes, quais são anti-inflamatórios, em que áreas podem ser utilizados, qual a frequência recomendada e quais sinais indicam necessidade de atendimento. Para

crianças, cuidadores e, conforme a idade, a própria criança devem participar da orientação.

É importante explicar que a DA é crônica e pode recidivar, mas que isso não significa ausência de opções eficazes. O objetivo do plano não é prometer ausência total de crises, e sim reduzir frequência, duração, intensidade e impacto, com uso racional das terapias e revisão periódica.

## **CITAÇÕES, INTERPRETAÇÃO DAS DIRETRIZES E DISCUSSÃO CRÍTICA**

As diretrizes clínicas são documentos de síntese que ponderam eficácia, segurança, qualidade da evidência e preferências. Elas devem orientar, não substituir, o raciocínio clínico. A AAD disponibiliza recomendações específicas para terapias tópicas, sistêmicas e atualizações focadas, o que permite acompanhar a incorporação de novas classes. O NICE fornece orientação detalhada para crianças, incluindo diagnóstico, emolientes, terapias tópicas, identificação de gatilhos e encaminhamento. (SIDBURY et al., 2023; DAVIS et al., 2024; DAVIS et al., 2025).

A atualização das opções terapêuticas cria oportunidade de melhorar o controle de pacientes que não respondem a estratégias tradicionais, mas também aumenta a complexidade de decisão. A existência de várias opções não elimina incerteza sobre sequência ideal, custo-efetividade, resposta individual e duração de tratamento. Diretrizes de diferentes países podem divergir em razão de aprovação regulatória, sistema de saúde, recursos e data de revisão.

Uma citação direta acadêmica deve reproduzir fielmente as palavras da fonte, ser conferida no documento original e incluir a página quando a fonte possuir paginação. Citações diretas longas, na apresentação ABNT tradicional, são destacadas em bloco com recuo, fonte menor, espaçamento simples e sem aspas. Para manter a integridade intelectual e respeitar os limites de reprodução de obras protegidas, este artigo privilegia paráfrases analíticas atribuídas aos autores e evita reproduzir longos excertos de diretrizes. A exigência institucional de citações diretas extensas deve ser atendida mediante seleção pontual e conferência pelo autor no documento original.

Na prática, a qualidade de um trabalho científico não depende da quantidade de citações longas. Depende da capacidade de comparar recomendações, explicitar concordâncias e divergências, contextualizar a evidência e sustentar as conclusões. Paráfrases corretas, acompanhadas de referências precisas, são adequadas para sintetizar conceitos sem confundir a voz do autor com a voz da fonte.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A dermatite atópica é uma doença inflamatória crônica e multifatorial que resulta da interação entre disfunção da barreira epidérmica, resposta imune, predisposição genética, microbioma e fatores ambientais. O prurido e o ciclo prurido-coçadura sustentam exacerbações e podem comprometer de forma importante o sono, a qualidade de vida e o funcionamento cotidiano.

O diagnóstico é predominantemente clínico e requer atenção à idade, à distribuição das lesões, ao curso e aos diagnósticos diferenciais. Exames complementares devem responder a perguntas clínicas específicas, evitando

testagem indiscriminada. A avaliação de gravidade deve integrar sinais cutâneos, sintomas relatados, impacto funcional e resposta a tratamentos anteriores.

Emolientes, educação e controle de irritantes formam a base do cuidado, mas não substituem a terapia anti-inflamatória quando indicada. Corticosteroides tópicos e inibidores da calcineurina permanecem opções importantes, enquanto agentes tópicos recentes, fototerapia, biológicos e inibidores de JAK ampliaram as alternativas para pacientes selecionados. A escolha deve ser individualizada e acompanhada de avaliação de segurança.

A efetividade do tratamento depende de comunicação clara, plano para crises e manutenção, revisão da adesão e acompanhamento longitudinal. A presença de novas terapias não elimina a necessidade de cuidado básico nem autoriza uma abordagem uniforme para todos. O manejo mais adequado combina evidência atualizada, julgamento clínico, preferências do paciente e reconhecimento do impacto psicossocial.

Conclui-se que o avanço no cuidado da dermatite atópica exige diagnóstico preciso, tratamento proporcional à gravidade e acompanhamento centrado no paciente. Pesquisas futuras devem continuar esclarecendo a durabilidade da resposta, a comparação entre terapias, a segurança em diferentes grupos etários e a melhor sequência terapêutica em contextos de recursos distintos.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN ACADEMY OF DERMATOLOGY (AAD). Atopic dermatitis clinical guideline. Rosemont, IL: American Academy of Dermatology, 2025. Disponível em: <https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/atopic-dermatitis>. Acesso em: 13 out. 2026.

DAVIS, Dawn M. R. et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis in adults with phototherapy and systemic therapies. *Journal of the American Academy of Dermatology*, v. 90, n. 2, p. e43-e56, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2023.08.102>.

DAVIS, Dawn M. R. et al. Focused update: guidelines of care for the management of atopic dermatitis in adults. *Journal of the American Academy of Dermatology*, v. 93, n. 3, p. 745.e1-745.e7, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2025.05.1386>.

LANGAN, Sinéad M.; IRVINE, Alan D.; WEIDINGER, Stephan. Atopic dermatitis. *The Lancet*, v. 396, n. 10247, p. 345-360, 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31286-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31286-1).

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). Atopic eczema in under 12s: diagnosis and management. Clinical guideline CG57. London: NICE, 2007. Atualizada em 22 set. 2025. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg57/chapter/Recommendations>. Acesso em: 13 out. 2026.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). September 2025 surveillance of atopic eczema in under 12s: diagnosis and management. London: NICE, 2025. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg57/evidence/september-2025-surveillance-of-atopic-eczema-in-under-12s-diagnosis-and-management-15481356301>. Acesso em: 13 out. 2026.

SIDBURY, Robert et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis in adults with topical therapies. *Journal of the American Academy of Dermatology*, v. 89, n. 1, p. e1-e20, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2022.12.029>.