

GABRIELLE ALINE ZATTAR

DERMATOSES NA INFÂNCIA

**Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes atendidos
no Ambulatório de Dermatologia Pediátrica do Hospital
Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina
nos anos de 2006 e 2007**

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2008

GABRIELLE ALINE ZATTAR

DERMATOSES NA INFÂNCIA

**Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes atendidos
no Ambulatório de Dermatologia Pediátrica do Hospital
Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina
nos anos de 2006 e 2007**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina como requisito
para a conclusão do Curso de Graduação
em Medicina.**

Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Maurício José Lopes Pereima

Orientadora: Prof. Dra. Suely Grosseman

Co-Orientadora: Dra. Tânia Bernadete Campos

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2008

AGRADECIMENTOS

À minha família e amigos, pelo apoio, pela presença e pela força nos momentos mais críticos de desânimo e por proporcionarem os melhores momentos da minha vida.

Em especial aos meus pais, Cláudio e Carmen, pelo exemplo, pela educação e pelo amor incondicionais.

A Luciana e Cláudio, meus irmãos, amigos, companheiros, confidentes, por estarem sempre presentes.

À Dra. Suely Grosseman pela orientação, dedicação, paciência, disponibilidade e pelos ensinamentos.

À Dra. Tânia Bernadete Campos, pelo incentivo, pelos esclarecimentos, pelo auxílio e prestatividade.

Aos funcionários do Serviço de Prontuário do Paciente do HU-UFSC, pela assistência na obtenção dos prontuários.

Aos colegas do curso de Medicina que me acompanharam durante esta jornada, pelos cinco anos de convivência e amizade.

RESUMO

Introdução: As dermatoses constituem um conjunto de alterações de alta prevalência em todo o mundo, sendo comuns em crianças.

Objetivo: Analisar o perfil clínico-epidemiológico das crianças com dermatoses atendidas em primeira consulta no ambulatório de dermatologia pediátrica do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU-UFSC).

Métodos: Estudo descritivo transversal com os pacientes atendidos em nova consulta no ambulatório de dermatologia pediátrica do HU-UFSC entre 1º de janeiro de 2006 e 31 de dezembro de 2007. Variáveis analisadas: idade, sexo, etnia, procedência, diagnóstico, necessidade de biópsia e laudo e necessidade de internação. Foram descritas frequência e medidas de tendência central, utilizando-se para comparação o teste de proporção entre porcentagens para um intervalo de confiança (IC) de 95%.

Resultados: Obteve-se 496 pacientes em primeira consulta, sendo predominantes os do sexo feminino (58%), de etnia branca (85%) e procedentes da região da Grande Florianópolis (88,2%). Noventa e oito dermatoses foram diagnosticadas, entre os 688 diagnósticos realizados. As 22 dermatoses mais comuns foram responsáveis por 80,53% dos diagnósticos e as 10 mais comuns por 64,39%. A dermatite atópica foi a dermatose mais freqüente (33,87%), seguida por molusco contagioso (4,94%), acne (4,65%), psoríase (4,36%) e nevo melanocítico congênito (3,49%). As erupções eczematosas foram o grupo diagnóstico mais prevalente (36,05% do total). Molusco contagioso, acne, psoríase e o grupo das discromias foram mais freqüentes do que na maioria dos trabalhos do gênero. Infecções bacterianas da pele, micoses superficiais e dermatozoonoses foram diagnosticados com freqüência relativamente baixa.

Conclusões: Sugere-se incluir de forma sistemática na formação acadêmica e na educação permanente dos profissionais de saúde a abordagem diagnóstica e terapêutica das dermatoses prevalentes neste estudo.

ABSTRACT

Background: Dermatoses are a group of conditions with high prevalence worldwide and are common in children.

Objective: To analyze the clinical and epidemiological profile of children with dermatosis attending at the Pediatric Dermatology Ambulatory of the University Hospital of the Federal University of Santa Catarina (HU-UFSC).

Method: Cross-sectional study with the patients assisted for the first time at the pediatric dermatology ambulatory of HU-UFSC between January 1st 2006 and December 31st 2007. Variables analyzed: age, sex, ethnic group, procedence, diagnosis, need of biopsy procedures and need of interment. Frequency and central tendency measures were described, being used for comparison the test of proportion among percentages for a 95% confidence interval (IC).

Results: It was obtained 496 patient in first consultation, being predominant the female (58%), of white ethnica (85%) and coming from Great Florianópolis region (88.2%). Six hundred eighty-eight diagnoses were accomplished, starting from 98 different dermatosis. The 22 commonest dermatosis were responsible for 80.53% of the diagnoses and the 10 commonest for 64.39%. Atopic dermatitis was the most frequent dermatosis (33.87%), followed by molluscum contagiosum (4.94%), acne (4.65%), psoriasis (4.36%) and congenital melanocytic nevi (3.49%). Eczematic eruptions were the commonest diagnostic group (36.05%). Molluscum contagiosum, acne, psoriasis and pigmentary disorders group were more frequently diagnosed than in similar surveys. Bacterial skin infections, fungal infections and parasitic skin infestations presented a relatively low frequency.

Conclusions: It is suggested to include systematically in the academic formation and in the permanent education of health professionals the diagnostic and therapeutic approach of the prevalent dermatosis found in this study.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ADG	Ambulatório de Dermatologia Geral
ADP	Ambulatório de Dermatologia Pediátrica
AP	Ambulatório de Pediatria
DP	Desvio-Padrão
HU	Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago
IC	Intervalo de confiança
NE	Dado não especificado
PE	Pernambuco
RS	Rio Grande do Sul
SC	Santa Catarina
SPP	Serviço de Prontuário do Paciente
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Distribuição das consultas nos ambulatórios de subespecialidades pediátricas no serviço de Pediatria do HU- UFSC nos anos de 2006 e 2007.....6
- Tabela 2** - Distribuição dos pacientes atendidos pela primeira vez no Ambulatório de Dermatologia pediátrica do Hospital Universitário/UFSC no período de 01 de janeiro de 2006 a 31 de dezembro de 2007, por idade e sexo.....11
- Tabela 3** – Distribuição dos pacientes atendidos pela primeira vez no ambulatório de dermatologia pediátrica do Hospital Universitário/UFSC no período de 01 de janeiro de 2006 a 31 de dezembro de 2007 oriundos dos municípios da mesorregião da Grande Florianópolis.....13
- Tabela 4** – Distribuição dos pacientes atendidos pela primeira vez no ambulatório de dermatologia pediátrica do Hospital Universitário/UFSC no período de 01 de janeiro de 2006 a 31 de dezembro de 2007 oriundos de municípios fora da microrregião e mesorregião de Florianópolis.....14
- Tabela 5** - Distribuição das 22 dermatoses mais diagnosticadas nos 496 pacientes atendidos pela primeira vez no ambulatório de dermatologia pediátrica do Hospital Universitário/UFSC no período de 01 de janeiro de 2006 a 31 de dezembro de 2007, por sexo e com idade média (em anos).....15
- Tabela 6** – Cinco diagnósticos mais freqüentes nos pacientes atendidos pela primeira vez no ambulatório de dermatologia pediátrica do Hospital Universitário/UFSC no período de 01 de janeiro de 2006 a 31 de dezembro de 2007, por faixa etária e sexo.....17
- Tabela 7** – Distribuição dos grupos de diagnósticos obtidos nos 496 pacientes atendidos pela primeira vez no ambulatório de dermatologia pediátrica do Hospital Universitário/UFSC no período de 01 de janeiro de 2006 a 31 de dezembro de 2007.....32

SUMÁRIO

FOLHA DE ROSTO	i
FALSA FOLHA DE ROSTO	ii
AGRADECIMENTOS	iii
RESUMO	iv
ABSTRACT	v
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	vi
LISTA DE TABELAS	vii
SUMÁRIO	viii
1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVO	4
2.1. Objetivo geral	4
2.2. Objetivos específicos	4
3. MÉTODOS	5
3.1. Delineamento do estudo	5
3.2. Local	5
3.3. População de estudo	6
3.4. Critérios de inclusão	6
3.5. Critérios de exclusão	7
3.6. Variáveis categorizadas	7
3.7. Coleta e análise de dados	7
3.8. Preceitos éticos	9
4. RESULTADOS	10
5. DISCUSSÃO	18
6. CONCLUSÕES	24
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26
NORMAS ADOTADAS	29
APÊNDICES	30
ANEXO	39

1. INTRODUÇÃO

As dermatoses são definidas como qualquer processo que produz alteração patológica na superfície cutânea, afetando um ou mais componentes da pele e manifestando-se como lesões da mesma.¹ Constituem um conjunto de alterações de elevada incidência em todo o mundo e podem ter origem principalmente em processos físicos, químicos, animados, imunológicos ou psíquicos.² Sabe-se que, desde Hipócrates (430-37 antes de Cristo), já se fazia referência às doenças da pele.³

As lesões de pele podem representar as queixas principais ou secundárias nas consultas médicas, porém, o médico pode detectar anormalidades cutâneas durante o exame físico do paciente, sem que o mesmo esboce queixas sobre estas alterações.⁴

De acordo com Feldman *et al.*⁵, nos Estados Unidos, 9% de 3,5 bilhões de consultas médicas ambulatoriais gerais e de especialidades em um período de 5 anos de acompanhamento deram-se por causa dermatológica (média de 63,2 milhões de consultas por ano).

As dermatoses são também comuns em crianças.⁶⁻⁸ Fung *et al.*⁹ avaliaram estudantes de 6 a 21 anos em Hong Kong no ano 2000 e constataram que a prevalência de lesões de pele neste grupo era de 31,3%. Já Serarslan *et al.*¹⁰ verificaram que a prevalência de alterações de pele em crianças e adolescentes residentes em um orfanato na Turquia era de 71,9%.

Hayden⁴, em estudo desenvolvido em um ambulatório de pediatria nos Estados Unidos em 1985, concluiu que 6% das consultas pediátricas eram motivadas primariamente por alterações de pele. O mesmo autor revelou que, independente da queixa principal, 21,2% dos pacientes pediátricos apresentavam alguma alteração de pele. E estudo de Ruiz-Maldonado *et al.*¹¹ averiguou que aproximadamente 10% de todas as consultas médicas realizadas por pacientes menores de 18 anos são motivadas por problemas cutâneos.

Muitas dermatoses em crianças e adolescentes são autolimitadas ou acabam sendo diagnosticadas e tratadas pelo médico geral ou pediatra.¹² Mas, algumas são crônicas e recorrentes, requerendo acompanhamento continuado e especializado e tendem a repercutir psicologicamente nos pacientes por elas acometidos.⁶ Algumas crianças ainda apresentam mais de um diagnóstico de alteração dermatológica no momento da consulta com o especialista.¹² Além disso, o que torna a dermatologia pediátrica um pouco mais complexa é o fato de as crianças freqüentemente apresentarem condições coexistentes.¹³

Apesar de a dermatologia abranger um grande número de entidades patológicas, as 20 dermatoses mais comuns representam, em atenção primária, 80% de todas as consultas motivadas por alterações cutâneas e 5 a 10% do total das visitas neste mesmo nível de atenção.¹⁴ Segundo Sunil Dogra *et al.*¹⁵, os principais fatores determinantes para a manifestação de lesões de pele incluem: situação socioeconômica desfavorável, desnutrição, aglomerados populacionais e baixos padrões de higiene.

Alguns estudos epidemiológicos foram realizados com crianças em serviços de saúde no exterior. Em 1988, em um ambulatório de dermatologia pediátrica na República Dominicana, Espinal-Fuentes *et al.*¹ verificaram como grupos de doenças mais comuns, em ordem de frequência, as erupções eczematosas, as dermatozoonoses, as micoses superficiais e as discromias. Em 1994, Goh *et al.*¹⁶ constataram que 50% das crianças atendidas em um ambulatório de dermatologia pediátrica em Cingapura apresentavam erupções eczematosas, seguindo-se, em ordem de frequência, dermatovirose, piodermite e reações a insetos. Em 1999, Nanda *et al.*⁶ analisaram 10.000 casos de pacientes atendidos também em um ambulatório de dermatologia pediátrica no Kuwait e averiguaram que as doenças mais frequentes eram dermatite atópica, verrugas virais, alopecia areata, pitíriase alba e psoríase.

Estudo desenvolvido pela Sociedade Brasileira de Dermatologia em 2006¹⁷ revelou que, no Brasil, as 5 principais causas de consultas de pacientes com até 15 anos nos ambulatórios de dermatologia compreendem acne, dermatite atópica, verrugas de origem viral, micoses superficiais e outras dermatites (eczema, desidrose e pitíriase alba). Cestari *et al.*¹⁸, em 1992, verificaram que as cinco dermatoses mais prevalentes nas crianças atendidas no ambulatório de dermatologia pediátrica da Santa Casa de Porto Alegre, em ordem decrescente eram: erupções eczematosas, dermatozoonoses, piodermite, micoses superficiais e hipersensibilidades. Em 2004, Santos *et al.*⁷ desenvolveram um estudo no Ambulatório de Dermatologia da Universidade Federal de Pernambuco, o qual concluiu que os 5 grupos de afecções mais frequentes eram dermatoses alérgicas, discromias, dermatovirose, cistos e nevos organóides e melanocíticos e micoses superficiais.

Em Florianópolis, um dos serviços especializados que o Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC) apresenta é o Ambulatório de Dermatologia Pediátrica. No ano de 2000, Grock¹⁹ desenvolveu estudo neste serviço, revisando todas as primeiras consultas dos pacientes, por um período de 2 anos e constatou que os grupos de doenças mais comuns nos pacientes atendidos eram, em ordem decrescente de frequência, erupções eczematosas, erupções pápulo-pruriginosas, dermatovirose, micoses superficiais e afecções congênitas e hereditárias.

Este estudo emergiu da necessidade de dar continuidade aos estudos epidemiológicos neste serviço, devido à elevada frequência de dermatoses na população infantil e do fato do HU-UFSC ser uma instituição de ensino e importante centro de referência para todo o Estado de Santa Catarina.

Espera-se que o conhecimento construído auxilie professores, médicos gerais e pediatras no diagnóstico e manejo das principais dermatoses pediátricas, contribuindo assim para a promoção da formação dos estudantes e da assistência às crianças e o desenvolvimento de estratégias visando à saúde da população infantil, que possam resultar na melhoria da saúde da comunidade.

2. OBJETIVO

2.1. Objetivo geral

Analisar o perfil clínico-epidemiológico das crianças com dermatoses atendidas em primeira consulta no ambulatório de dermatologia pediátrica do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU-UFSC), de 1º de janeiro de 2006 a 31 de dezembro de 2007, totalizando dois anos de estudo.

2.2. Objetivos específicos

- Identificar variáveis sócio-demográficas das crianças atendidas pela primeira vez neste período;
- Identificar os diagnósticos e grupos de dermatoses do grupo estudado;
- Verificar se houve necessidade de biópsia e diagnóstico conferido no grupo estudado;
- Verificar se houve necessidade de internação no grupo estudado.

3. MÉTODOS

3.1. Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo com eixo temporal histórico.

3.2. Local

O estudo foi conduzido no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC). Trata-se de um hospital de ensino, localizado na cidade de Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina, que oferece assistência secundária e terciária pública e gratuita e presta serviço principalmente à população local e dos arredores, além de ser uma instituição de referência para todo o estado de Santa Catarina.

Inaugurado em 1980, o HU-UFSC está estruturado em quatro áreas básicas: Clínica Médica, Cirúrgica, Pediatria e Tocoginecologia. Oferece atendimentos do tipo: ambulatorial, emergencial, além de cirurgias, internações e partos.

Nos anos de 2006 e 2007, foram realizados 511.591 atendimentos.^{20, 21} Deste total, mais da metade (310.349 consultas)^{20, 21} correspondeu a atendimento ambulatorial. As consultas ambulatoriais se dão nas áreas básicas previamente citadas, dentre as quais encontra-se a Clínica Pediátrica, onde os atendimentos são divididos em atendimento geral ou em subespecialidades. Dentro das subespecialidades, atualmente, encontram-se: Nutrologia, Cardiologia, Cirurgia Pediátrica, Endocrinologia, Neurologia, Pneumologia, Reumatologia, Neonatologia, e Dermatologia Pediátrica. Esta última foi a escolhida para a realização do presente estudo.

O ambulatório de Dermatologia Pediátrica do HU-UFSC existe desde o ano de 1995 e conta com um número expressivo de atendimentos anuais, se comparado às demais subespecialidades pediátricas.²²⁻²⁵ Como pode ser observado na Tabela 1, nos anos de 2006 e 2007 este serviço foi responsável por um percentual acumulado de aproximadamente 25% das consultas realizadas por subespecialistas pediátricos.

Tabela 1 – Distribuição das consultas nos ambulatórios de subespecialidades pediátricas no serviço de Pediatria do HU- UFSC nos anos de 2006 e 2007.

Ano	Dermatologia Pediátrica	Outras subespecialidades pediátricas	Total
2006	1607 (28,12%)	4107 (71,88%)	5714 (100%)
2007	1442 (22,23%)	5045 (77,77%)	6487 (100%)
Total	3049 (24,99%)	9152 (75,01%)	12201 (100%)

FONTE: HU-UFSC; Serviço de Prontoário do Paciente, Seção de Arquivo Médico e Estatística; 2006/2007.

3.3. População de estudo

Neste estudo foram revisados os prontuários de todos os pacientes atendidos em nova consulta no ambulatório de Dermatologia Pediátrica do HU-UFSC durante o período de 01 de janeiro de 2006 a 31 de dezembro de 2007, totalizando 2 anos de estudo. Os prontuários foram obtidos por meio das agendas de consultas armazenadas no SPP-HU (Serviço de Prontoário do Paciente do Hospital Universitário), que continham informações referentes à data da consulta, serviço onde foi realizada a consulta e se esta era primeira consulta ou reconsulta.

A veracidade dos dados obtidos foi testada à medida que todos os prontuários foram lidos, com ênfase ao primeiro dia de atendimento no ambulatório de dermatologia pediátrica. No entanto, dos 1026 números de prontuários obtidos, 18 estavam repetidos (apareciam na lista de 2006 e 2007) e 430 prontuários não existiam (as consultas foram marcadas e como os pacientes não compareceram, não foi aberto prontuário). Dos restantes, 3 pacientes foram encaminhados erroneamente ao ambulatório de dermatologia pediátrica, 9 tinham mais de 20 anos completos, 59 já haviam consultado previamente, 1 paciente estava internado e foi atendido em regime de “parecer especializado” e 10 pacientes tinham prontuário, mas não compareceram à consulta. Obteve-se, então, 496 pacientes em primeira consulta para o estudo.

3.4. Critérios de inclusão

Foram selecionados apenas os prontuários dos pacientes que realizaram a primeira consulta no período referido.

3.5. Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo os pacientes cuja primeira consulta no Ambulatório de Dermatologia Pediátrica ocorrera fora do período estipulado, pacientes com diagnósticos não-dermatológicos e pacientes com mais de 20 anos completos. Pacientes provenientes da emergência e aqueles internados com pedido de parecer à dermatologia pediátrica, apesar de constituírem primeira consulta, foram excluídos por serem atendidos no regime de “parecer especializado” e não em consulta ambulatorial.

3.6. Variáveis categorizadas

As variáveis consideradas foram: idade na época da primeira consulta, sexo, cor, cidade de procedência, diagnóstico, necessidade de biópsia e seu respectivo laudo e necessidade de internação.

3.7. Coleta e análise de dados

Os dados foram coletados dos prontuários dos pacientes em um protocolo próprio (Apêndice A) e, posteriormente, foram transferidos para um banco de dados (Microsoft® Excel 2002). O processo de coleta deu-se entre agosto e outubro de 2008. Após a introdução das informações no banco de dados (Microsoft® Excel 2002), estas foram analisadas utilizando-se o programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 12.0. Foram analisadas a frequência e medidas de tendência central. Foi utilizado o teste de proporção entre porcentagens para comparar a diferença entre dermatoses por sexo, obtendo-se intervalo de confiança (IC) para uma probabilidade de 95%.

Após a análise dos prontuários, foi realizado o agrupamento de algumas dermatoses em “subgrupos”, com o intuito de facilitar a análise e posteriores comparações.

Como a “Dermatite Atópica” tem um grande espectro de manifestações e não há consenso sobre sua definição²⁶, foram incluídos neste grupo os pacientes que possuíam uma ou mais das seguintes alterações: ceratose pilar, desidrose, eritrodermia, pitíriase alba, estigmas de atopia ou o eczema atópico propriamente dito, como realizado também em outros trabalhos.¹⁸

Dentro do diagnóstico “Cicatriz”, foram incluídos pacientes com pelo menos um dos que segue: cicatriz distrófica, hipertrófica, hipocrômica, de queimadura e quelóide.

Todos os pacientes com manifestações acneicas foram incluídos dentro do diagnóstico “Acne”.

Pacientes com psoríase em placa, psoríase gutata, psoríase invertida, psoríase ungueal ou pseudotinha amiantácea foram considerados dentro do diagnóstico “Psoríase”.

No diagnóstico “Tínea” foram incluídos os pacientes com pelo menos uma das subseqüentes: tínea capitis, tínea corporis, tínea cruris, tínea manus ou tínea pedis. Do mesmo modo, no diagnóstico “Verruga” foram incluídos os pacientes com verrugas filiformes, planas, plantares ou vulgares.

O total de diagnósticos evidenciados em levantamento dos prontuários foi distribuído em 16 grupos de acordo com características clínicas e etiológicas semelhantes (vide Apêndice B), conforme Azulay² e Sampaio²⁷, também com o intuito de possibilitar comparações e facilitar a interpretação enquanto conjunto.

A divisão deu-se da seguinte maneira: “erupções eczematosas” (dermatite atópica, dermatite atópica com eritrodermia esfoliativa, dermatite de contato, eczema conjuntival e neurodermite); “erupções pápulo-pruriginosas” (prurigo estrófulo, urticária, líquen plano, líquen estriado, dermatite urticariforme por pressão ou contato); “micoses superficiais” (tíneas, candidíase perineal, pitiríase versicolor, Kerium Celsi, onicomiose); “tumores benignos e mal-formações vasculares” (hemangioma superficial, hemangioma forma combinada, hemangioma gigante forma combinada, mancha salmão, mancha vinho do Porto, aranha vascular, lesão angiomatosa perianal, mal-formação vascular); “tumores benignos não-vasculares” (nevo verrucoso, nevo nevocelular, nevo hipertricótico congênito, cisto adenomatoso, cisto sebáceo, lipoma, mucocele, mília, tricoepitelioma); “afecções congênicas e hereditárias” (ceratose pilar congênita, ictiose vulgar, ictiose ligada ao X, esclerose tuberosa, mastocitose, neurofibromatose, acrodermatite enteropática, histiocitose X, mamilos acessórios, síndrome de Peutz-Jeghers e genodermatose a esclarecer); “acne e afins” (acne e rosácea); “discromias” (nevo melanocítico congênito ou adquirido, nevo acrômico congênito, nevo hipocrômico congênito, nevo melanocítico gigante, nevo halo, vitiligo, mancha mongólica, mancha hiperocrômica congênita, efélides, lesão hipocrômica a esclarecer, lesão hipocrômica cicatricial a esclarecer); “dermatoses eritêmato-escamosas” (psoríase, dermatite seborreica, pitiríase rósea de Gilbert); “dermatoviroses” (verrugas, molusco contagioso, varicela, herpes zoster); “infecções bacterianas da pele” (impetigo, piodermite, intertrigo, calázio); “dermatozoonoses” (escabiose e pediculose); “alopecias” (alopecia areata, alopecia congênita, alopecia por tração, alopecia cicatricial, eflúvio telógeno); “erupções purpúricas” (eritema marginado, vasculite pós-viral, vasculite a esclarecer, equimoses traumáticas, fotodermatose induzida por substância química) e “afecções granulomatosas” (granulomas anular, piogênico e umbilical).

Os pacientes cujas lesões dermatológicas não foram caracterizadas a ponto de se chegar a um diagnóstico foram mantidos no estudo e enquadrados como “lesão a esclarecer” no subgrupo “Outras dermatoses”, semelhantemente a outros trabalhos do gênero.^{11, 16, 19} O grupo “Outras dermatoses” abrange ainda alterações isoladas ou raras, constituindo menos de 1% dos casos, ou que não puderam ser classificadas nos demais grupos, conforme realizado também por outros autores.^{12,28}

As idades foram divididas em grupos etários conforme Marcondes²⁹ em: neonatos (de 0 a 28 dias de vida), lactentes (de 29 dias a 2 anos incompletos), pré-escolares (de 2 anos a 6 anos incompletos), escolares (de 6 anos a 10 anos incompletos) e adolescentes (de 10 a 20 anos completos).

3.8. Preceitos éticos

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina situado na Pró-Reitoria de Pesquisa da referida instituição e aprovado em reunião sob o número 188/08 (vide Anexo 1).

3. RESULTADOS

Entre os 496 pacientes em primeira consulta, 287 eram do sexo feminino (58%; Intervalo de Confiança: 52,9-61,1) e 209 do masculino (42%; Intervalo de Confiança: 36,9-47,1); 422 eram de etnia branca (85%), 24 de etnia negra (5%), 20 de mestiça (4%) e 30 não foram informadas (6%). Assim, houve predomínio do sexo feminino e de etnia branca.

A idade dos pacientes variou de 7 dias a 17 anos e 2 meses, com média 7,22 anos e Desvio-Padrão (DP) 4,48. Na Tabela 2 pode ser observada a distribuição dos pacientes por idade e sexo e na Figura 1, sua distribuição por faixa etária e ano da consulta.

Como pode ser notado, contabilizando-se de dois em dois anos a idade dos pacientes em primeira consulta durante o período estudado, observa-se que houve maior frequência de atendimentos em pacientes com menos de 2 anos (84). Entretanto, agrupando-os como neonatos, lactentes, pré-escolares, escolares e adolescentes, devido ao fato de cada uma dessas faixas abranger intervalos diferentes de idade, isso resultou em maior número de pacientes adolescentes, seguidos por escolares, pré-escolares, lactentes e neonatos, como pode ser visto na Figura 2.

Houve predomínio dos pacientes procedentes da Grande Florianópolis (88,3%). Na Tabela 3 pode ser observada a distribuição dos pacientes dos municípios da mesorregião da Grande Florianópolis e na Tabela 4, a distribuição dos pacientes de outros municípios.

Foram realizados 688 diagnósticos de dermatoses e encontradas 98 dermatoses distintas (Apêndice B). A maioria dos pacientes (68%) apresentou apenas 1 diagnóstico. Obteve-se uma média de 1,39 (DP = 0,3) diagnósticos por paciente (sendo no mínimo 1 e no máximo 5 diagnósticos por paciente).

Do total de 496 pacientes, foram necessárias 12 biópsias para confirmação ou elucidação diagnóstica, sendo feito diagnóstico de: esclerodermia e dermatite atópica, cada um em 2 pacientes; e, granuloma anular, lipoma (biópsia excisional), nevo melanocítico composto, granuloma intersticial, vasculite pós-viral e Síndrome do cabelo anágeno frouxo, cada um em 1 paciente. As 2 biópsias restantes foram inespecíficas.

Dois pacientes foram internados durante o período de avaliação, sendo um por dermatite atópica com eritrodermia esfoliativa associada a Síndrome de Cushing e outro por hemangioma gigante.

As 22 alterações mais diagnosticadas representaram mais de 80% do total de diagnósticos realizados, conforme representado na Tabela 5, onde também constam a idade média (em anos) e DP dos pacientes na ocasião do diagnóstico. Pode-se observar que as dermatoses mais diagnosticadas em ordem decrescente foram dermatite atópica, molusco contagioso, acne, psoríase e nevo melanocítico congênito.

Como ainda pode ser observado na Tabela 5, todos os casos de dermatite seborreica foram no sexo feminino e houve maior prevalência de dermatite atópica e nevo acrómico congênito no sexo feminino e de dermatite de contato no sexo masculino. Nas demais dermatoses não houve diferença entre os gêneros.

Tabela 2. Distribuição dos pacientes atendidos pela primeira vez no Ambulatório de Dermatologia pediátrica do Hospital Universitário/UFSC no período de 01 de janeiro de 2006 a 31 de dezembro de 2007 por idade e sexo.

Idade	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
< 28 dias	4	2	6
28 dias - 1 ano	21	22	43
1 - 2 anos	18	17	35
2 - 4 anos	29	36	65
4 - 5 anos	15	11	26
5 - 6 anos	12	14	26
6 - 7 anos	19	20	39
7 - 8 anos	21	9	30
8 - 9 anos	28	14	42
9 - 10 anos	22	10	32
10 - 11 anos	25	5	30
11 - 12 anos	17	14	31
12 - 14 anos	36	22	58
14 - 15 anos	11	9	20
15 - 16 anos	4	3	7
16 - 18 anos	5	1	6
Total	287	209	496

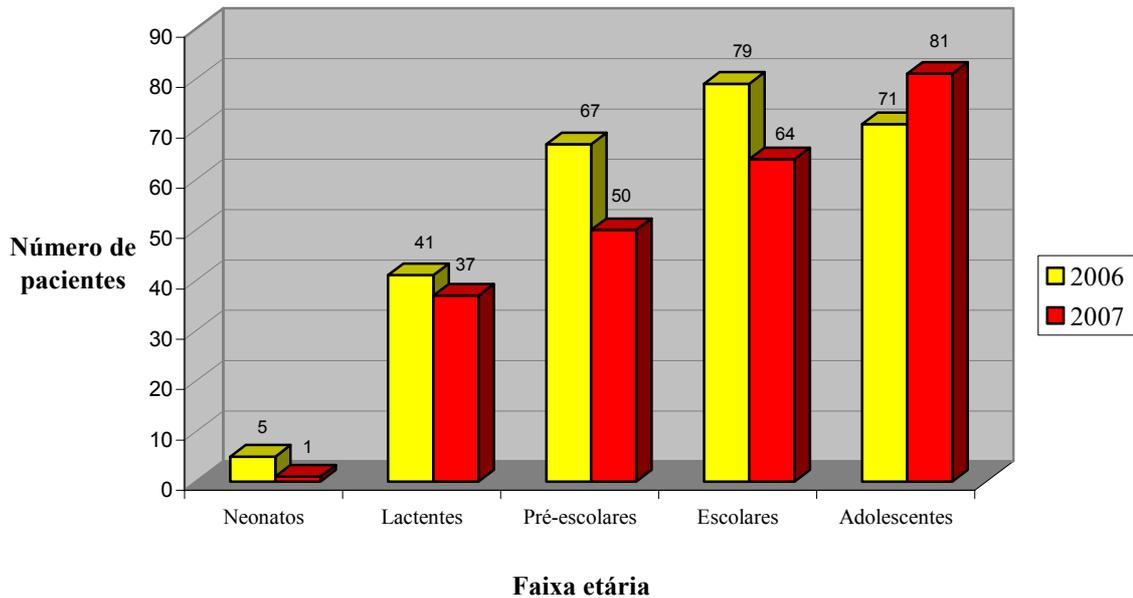


Figura 1. Distribuição dos pacientes atendidos pela primeira vez no ambulatório de dermatologia pediátrica do Hospital Universitário/UFSC no período de 01 de janeiro de 2006 a 31 de dezembro de 2007, por ano de estudo e faixa etária.

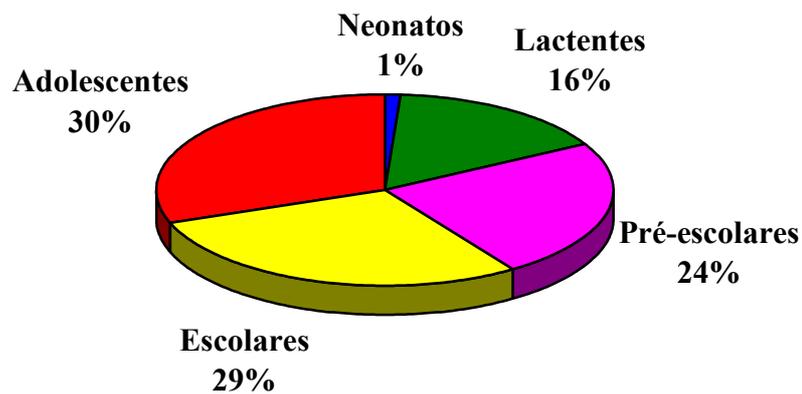


Figura 2. Distribuição dos pacientes atendidos pela primeira vez no ambulatório de dermatologia pediátrica do Hospital Universitário/UFSC no período de 01 de janeiro de 2006 a 31 de dezembro de 2007 por faixa etária.

Tabela 3 – Distribuição dos pacientes atendidos pela primeira vez no ambulatório de dermatologia pediátrica do Hospital Universitário/UFSC no período de 01 de janeiro de 2006 a 31 de dezembro de 2007 oriundos dos municípios da mesorregião da Grande Florianópolis.

Cidade	Freqüência	Percentual
Florianópolis	137	27,6
São José	115	23,2
Biguaçu	83	16,7
Palhoça	31	6,3
Paulo Lopes	29	5,8
Governador Celso Ramos	10	2,0
Santo Amaro da Imperatriz	7	1,4
Anitápolis	5	1,0
Tijucas	5	1,0
Major Gercino	4	0,8
Antônio Carlos	3	0,6
São Bonifácio	3	0,6
Nova Trento	2	0,4
Águas Mornas	1	0,2
Alfredo Wagner	1	0,2
Angelina	1	0,2
São Pedro de Alcântara	1	0,2
Outros municípios	58	11,7
Total	496	100

Tabela 4 – Distribuição dos pacientes atendidos pela primeira vez no ambulatório de dermatologia pediátrica do Hospital Universitário/UFSC no período de 01 de janeiro de 2006 a 31 de dezembro de 2007 oriundos de municípios fora da microrregião e mesorregião de Florianópolis.

Cidade	Frequência	Percentual
Garopaba	21	4,2
Curitibanos	4	0,8
Fraiburgo	4	0,8
Mafra	4	0,8
Caçador	3	0,6
Brusque	2	0,4
Penha	2	0,4
Pouso Redondo	2	0,4
Anita Garibaldi	1	0,2
Araranguá	1	0,2
Atalanta	1	0,2
Caibi	1	0,2
Canoinhas	1	0,2
Capivari de Baixo	1	0,2
Dionísio Cerqueira	1	0,2
Grão Pará	1	0,2
Imbituba	1	0,2
Itajaí	1	0,2
Joinville	1	0,2
Papanduva	1	0,2
Santa Cecília	1	0,2
Santa Rosa do Sul	1	0,2
São Lourenço do Oeste	1	0,2
Urubici	1	0,2
Municípios da microrregião e mesorregião de Florianópolis	438	88,3
Total	496	100

Tabela 5 - Distribuição das 22 dermatoses mais diagnosticadas nos 496 pacientes atendidos pela primeira vez no ambulatório de dermatologia pediátrica do Hospital Universitário/UFSC no período de 01 de janeiro de 2006 a 31 de dezembro de 2007, por sexo e com idade média (em anos).

Diagnóstico	Casos			Percentual Relativo	Percentual Acumulado	Idade Média (DP)
	Sexo Feminino	Sexo Masculino	Total			
Dermatite atópica*	130	103	233	33,87	33,87	5,82 (3,82)
Molusco contagioso	20	14	34	4,94	38,81	6,06 (2,83)
Acne	20	12	32	4,65	43,46	13,00 (2,17)
Psoríase	20	10	30	4,36	47,82	8,82 (3,86)
Nevo melanocítico congênito	14	10	24	3,49	51,31	7,89 (4,55)
Prurigo estrófulo	8	15	23	3,34	54,65	4,57 (3,90)
Verruga	15	8	23	3,34	58,00	8,93 (3,57)
Impetigo	7	9	16	2,33	60,32	6,09 (4,36)
Tínea	6	9	15	2,18	62,50	8,51 (4,04)
Nevo verrucoso	7	6	13	1,89	64,39	9,79 (5,00)
Dermatite de contato*	3	9	12	1,74	66,14	5,91 (5,63)
Pitiríase versicolor	8	4	12	1,74	67,88	12,54 (3,22)
Cicatriz	6	4	10	1,45	69,34	9,81 (4,07)
Efélides	3	7	10	1,45	70,79	10,44 (3,01)
Dermatite seborreica†	9	0	9	1,31	72,10	8,71 (4,39)
Escabiose	5	4	9	1,31	73,40	0,92 (0,75)
Nevo acrômico congênito*	7	2	9	1,31	74,71	7,09 (4,32)
Granuloma anular	5	3	8	1,16	75,88	8,72 (4,71)
Hemangioma	4	4	8	1,16	77,04	4,93 (4,35)
Nevo hipocrômico congênito	4	4	8	1,16	78,20	7,20 (4,51)
Nevo melanocítico adquirido	5	3	8	1,16	79,36	9,69 (4,08)
Vitiligo	5	3	8	1,16	80,53	10,06 (3,92)

*Dermatoses em que houve diferença estatística entre os sexos.

†Todos os casos ocorreram no sexo feminino.

Obs: Dermatite atópica: sexo feminino (57,8%), IC 51,3-64,2; sexo masculino (44,2%), IC 37,7-50,6. Dermatite de contato: sexo feminino (25%), IC 0,5-49,5; sexo masculino (75%), IC 50,5-99,5. Nevo acrômico congênito: sexo feminino (77,8%), IC 50,65-104,9; sexo masculino (22,2%), IC 4,97-49,35.

A partir da divisão das 98 dermatoses distintas em 16 subgrupos de acordo com as características semiológicas e etiológicas semelhantes^{2, 27}, observou-se o predomínio das “Erupções Eczematosas” com 36,05% dos diagnósticos, seguidas pelas “Discromias”, “Dermatoviroses” e “Dermatoses eritêmato-escamosas”, com 11,48%, 8,87% e 6,1%, respectivamente, conforme esquema da Figura 3. Todos os demais grupos somaram menos de 5%. Mais detalhes vide Apêndice B.

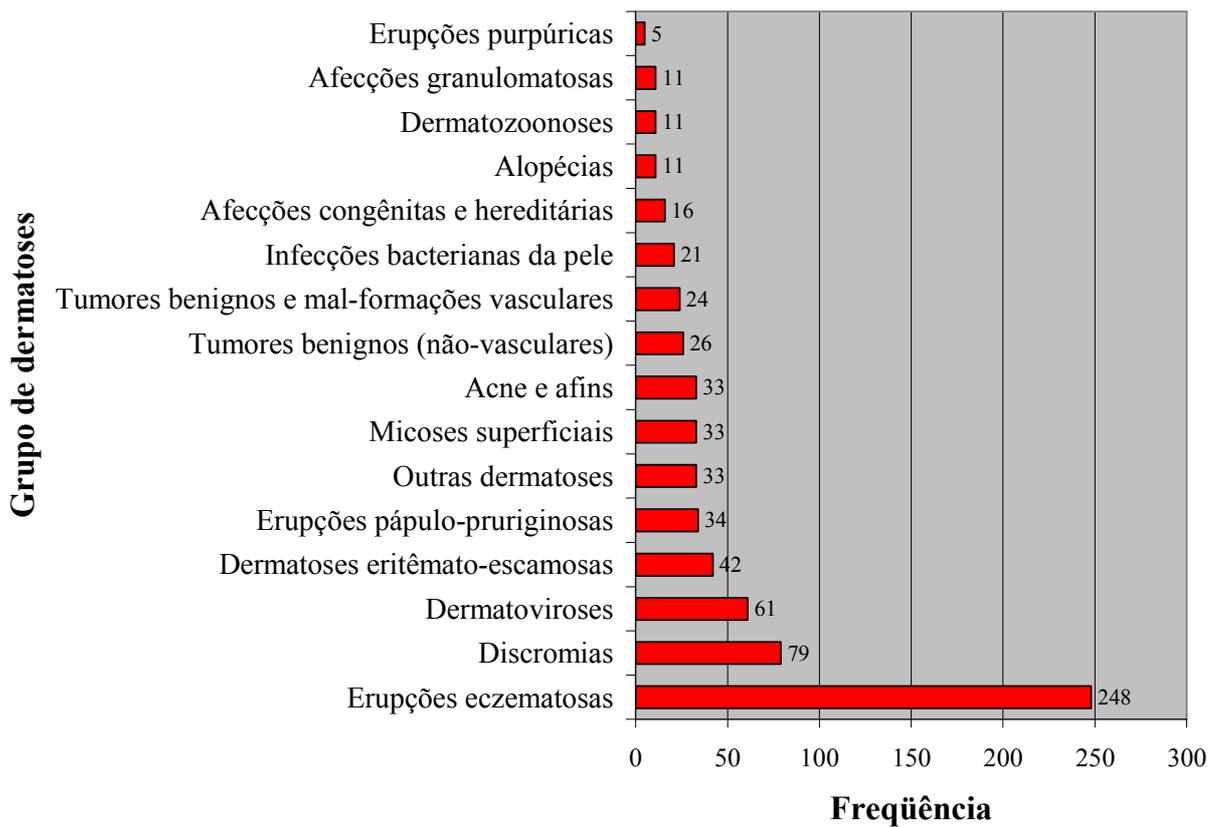


Figura 3 – Distribuição dos grupos de diagnóstico obtidos nos 496 pacientes atendidos pela primeira vez no ambulatório de dermatologia pediátrica do Hospital Universitário/UFSC no período de 01 de janeiro de 2006 a 31 de dezembro de 2007.

Na Tabela 6 são apresentadas as 5 doenças mais frequentes em cada faixa etária. A dermatite atópica ocupou o primeiro lugar em todas as faixas etárias, exceto entre os neonatos. A faixa etária em que foi diagnosticada a maior diversidade de dermatoses foi a dos adolescentes (61 dermatoses).

Tabela 6 – Cinco diagnósticos mais frequentes nos pacientes atendidos pela primeira vez no ambulatório de dermatologia pediátrica do Hospital Universitário/UFSC no período de 01 de janeiro de 2006 a 31 de dezembro de 2007, por faixa etária e sexo.

Diagnóstico/faixa etária	Casos			% Relativo	% Absoluto
	Feminino	Masculino	Total		
Neonatos					
Malformação vascular	1	1	2	33,30	0,29
Nevo verrucoso	1	0	1	16,70	0,15
Mancha Vinho do Porto	0	1	1	16,70	0,15
Impetigo	1	0	1	16,70	0,15
Hemangioma gigante	1	0	1	16,70	0,15
Lactentes					
Dermatite atópica	24	21	49	45,37	7,12
Escabiose	5	3	8	7,41	1,16
Prurigo estrófulo	3	4	7	6,48	1,02
Dermatite de contato	2	3	5	4,63	0,73
Nevo melanocítico congênito	3	1	4	3,70	0,58
Pré-escolares					
Dermatite atópica	34	39	73	62,4	10,61
Molusco contagioso	8	7	15	12,8	2,18
Prurigo estrófulo	3	5	8	6,80	1,16
Verrugas	2	4	6	5,10	0,87
Tínea	1	4	5	4,30	0,73
Escolares					
Dermatite atópica	46	30	76	38,19	11,05
Psoríase	11	4	15	7,54	2,18
Molusco contagioso	8	4	12	6,03	1,74
Nevo melanocítico congênito	6	4	10	5,03	1,45
Verrugas	5	2	7	3,52	1,02
Adolescentes					
Dermatite atópica	26	9	35	23,00	5,09
Acne	17	12	29	19,10	4,22
Pitiríase versicolor	6	4	10	6,60	1,45
Verrugas	8	2	10	6,60	1,45
Psoríase	7	2	9	5,90	1,31

4. DISCUSSÃO

O primeiro estudo clínico-epidemiológico sobre a população atendida no Ambulatório de Dermatologia Pediátrica do HU- UFSC deu-se em 2000, quando Grock¹⁹ obteve 609 pacientes em primeira consulta em 2 anos de acompanhamento. O presente estudo também se deu por dois anos de acompanhamento (de 1º de janeiro de 2006 a 31 de dezembro de 2007) e permitiu que fosse recolhida uma nova série de dados para caracterização da população atendida no mesmo ambulatório.

Foi observado que os indivíduos do sexo feminino constituíram a maioria dos atendidos durante o período de análise, perfazendo um total de 58%, semelhantemente ao encontrado em outros estudos do gênero.^{5-7, 18, 19}

Em relação à etnia, se não considerarmos a proporção de pacientes cuja etnia não fora informada, obteve-se uma distribuição semelhante a alguns trabalhos^{17, 19}, havendo predominância da etnia branca, seguida pela negra e parda, respectivamente. Essa observação parece seguir apenas a tendência encontrada no sul do Brasil, onde há maior prevalência da etnia branca. Já em Pernambuco, em estudo realizado por Santos *et al.*⁷, obteve-se mais de 90% pacientes caracterizados como mestiços e nos Estados Unidos, Hayden⁴, em 1985, obteve metade da etnia branca e metade negra.

Quanto à faixa etária, a totalidade dos atendimentos nos dois anos de avaliação demonstrou leve predominância dos adolescentes, provavelmente, por esta faixa etária englobar pacientes dos 10 aos 20 anos, enquanto as outras faixas etárias incluem limites menores de idade. Se considerada a distribuição dos pacientes com limites de 2 anos de idade, predominam os pacientes com menos de 2 anos de idade, ou seja, os lactentes. Com exceção dos lactentes, há entre 20 e 42 atendimentos por ano, exceto a partir de 14 anos, quando os adolescentes, provavelmente, passam a procurar ambulatórios de dermatologia não necessariamente pediátricos.

Quanto à procedência, todos os pacientes provinham do Estado de Santa Catarina e destes, a maioria (88,3%) provinha da mesorregião da Grande Florianópolis, assim como foi levantado por Grock¹⁹, com distribuição dos pacientes relativamente proporcional à população das principais cidades que a compõem.

A revisão de trabalhos a respeito da epidemiologia das dermatoses evidencia que há grande variação em sua distribuição e que depende de fatores como: idade, sexo, grupo de pacientes em estudo, condição socioeconômica e aspectos climáticos e geográficos.^{4, 18}

A média obtida de cerca de 1,4 diagnósticos por paciente vai ao encontro do relatado por outros autores^{7, 11, 18, 19, 30}, demonstrando ser freqüente a ocorrência de mais de uma dermatose por paciente por ocasião da primeira consulta, apresentando-se esta como uma queixa ou como um achado ao exame físico.

Foram poucos os pacientes submetidos à investigação diagnóstica através de biópsia (2,4% dos pacientes), como também foi caracterizado na literatura^{8, 19}, sendo que aproximadamente 17% destes procedimentos não contribuíram para confirmar o diagnóstico. Houve também baixo percentual de internações a partir da consulta ambulatorial (0,4%), o que reflete a benignidade e possibilidade de manejo ambulatorial da maioria das entidades patológicas diagnosticadas no ambulatório de dermatologia pediátrica.

Os 22 diagnósticos mais comuns foram responsáveis por 80,53% do total de diagnósticos e destes, os 10 diagnósticos mais comuns responderam por 64,39% do mesmo total. Esses dados também vão ao encontro dos estudos existentes, nos quais a maioria dos diagnósticos realizados se deve a cerca das 20 dermatoses mais comuns.^{1, 4-6, 8, 11, 14, 16, 19, 31}

Para facilitar a comparação entre os dados desta pesquisa com o de outros estudos, no Quadro 1 (Apêndice C) apresentam-se os principais resultados encontrados neste estudo e em outros trabalhos no Brasil e no mundo.

No presente trabalho as dermatoses mais diagnosticadas em ordem decrescente foram: dermatite atópica, molusco contagioso, acne, psoríase e nevo melanocítico congênito.

Dentre os grupos diagnósticos, as erupções eczematosas foram as mais prevalentes, com 36,05% do total dos diagnósticos, o que condiz com os achados da maioria dos autores.^{1, 16, 18, 19} Dentro deste grupo, a dermatite atópica foi responsável por aproximadamente 94% dos diagnósticos, seguida pela dermatite de contato, com cerca de 5%.

Se considerarmos o subgrupo “dermatoses alérgicas”, que engloba as erupções eczematosas (1º grupo em freqüência no presente estudo) e as erupções pápulo-pruriginosas (5º grupo em freqüência), como alguns autores também o fizeram, este também foi o mais prevalente (com aproximadamente 41% do total de diagnósticos), tal como ocorreu na maioria dos estudos do gênero.^{7, 8, 30, 32}

As discromias formam o segundo grupo de dermatoses mais prevalentes no presente estudo e dentre elas, a mais comumente encontrada na presente amostra foi o nevo melanocítico congênito (3,49% do total de diagnósticos). Ocupou também o segundo lugar

dentre os grupos de dermatoses no estudo de Santos *et al.*⁷, mas o mesmo não ocorreu com a maioria dos demais autores do gênero.^{11, 16, 18, 19, 30}

As dermatoviroses ocuparam o terceiro lugar em frequência, com aproximadamente 8,9% dos diagnósticos. Os principais representantes deste grupo (verrugas e molusco contagioso) nem sempre são reportados, já que a maioria dos pacientes não procura atendimento especializado para o tratamento, pois as lesões se resolvem espontaneamente e podem ser manejadas pelo médico geral.³⁰ A elevada ocorrência de molusco contagioso na população estudada deve-se, possivelmente, à dificuldade de seu diagnóstico e tratamento na atenção primária.¹⁹

As erupções pápulo-pruriginosas, que juntamente com as erupções eczematosas formam o subgrupo das dermatoses alérgicas, conforme já foi referido, foram as responsáveis por 4,94% do total dos diagnósticos.

O grupo “acne e afins” ocupou o 6º lugar em frequência, sendo responsável por 4,8% dos diagnósticos, assim como as micoses superficiais e o grupo “outras dermatoses”.

Karthikeyan *et al.*²⁸ obtiveram, em seu estudo realizado em um centro de referência de Dermatologia na Índia, as infecções e infestações como as dermatoses mais comuns, totalizando 54,5% da população em estudo. Outros estudos realizados no mesmo país também evidenciaram o mesmo grupo de dermatoses como o mais prevalente, variando de 35,6 a 85,2%. Este elevado número pode ser devido ao fato do país apresentar uma grande parcela da população proveniente de áreas rurais e com baixo nível socioeconômico, além da inadequação do atendimento em atenção primária.²⁸

No presente estudo, dentre as infecções bacterianas da pele (responsável por 3% do total de diagnósticos), o impetigo foi o diagnóstico mais frequente, o que está de acordo com outros autores.^{4, 7, 44}

Dentre as micoses superficiais (4,8% do total de diagnósticos), as tíneas foram as dermatoses mais comuns, com 45,45% dos diagnósticos do grupo, seguidas pela pitíriase versicolor, com 36,36%, semelhantemente ao encontrado por Grock¹⁹ neste mesmo serviço.

Em relação às dermatozoonoses, que responderam por 1,6% dos diagnósticos, a escabiose foi a dermatose mais comum (81,82% deste grupo).

Tanto os grupos das infecções bacterianas da pele, quanto as micoses superficiais e as dermatozoonoses foram diagnosticados com frequência consideravelmente baixa nesta casuística se comparados a outros autores de ambulatórios especializados, o que sugere boa resolutividade destes casos na atenção primária.

A elevada freqüência das erupções eczematosas pode ser devido ao fato de o ambulatório de Dermatologia Pediátrica do HU-UFSC atuar como serviço de referência, sendo as alterações mais comuns resolvidas em atenção básica ou por médicos generalistas.

A dermatite atópica (ou eczema atópico) é uma alteração cutânea inflamatória crônica que se desenvolve nas fases iniciais da infância na maioria dos casos.^{2, 27, 33-35} Tal informação condiz com a casuística do trabalho atual: a idade média dos pacientes foi de 5,82 anos (DP = 3,82). É uma doença episódica, que cursa com fases de exacerbação e remissão.^{2, 27, 33, 35, 36} É a alteração inflamatória cutânea mais comum da população pediátrica³⁷, com prevalência de 15 a 20% nesta faixa etária.^{35, 37, 38} A manifestação clínica depende da idade, mas o sintoma principal é o prurido intenso.³⁶ A poluição, exposição a alérgenos, aditivos nos alimentos, diminuição do aleitamento materno e o aumento do reconhecimento da patologia por médicos e pacientes têm contribuído para o aumento da prevalência.^{9, 39} A incidência deste diagnóstico diminui com a idade.^{9, 16}

No presente estudo, a dermatite atópica foi a dermatose mais freqüente em todas as faixas etárias, exceto entre os neonatos, sendo responsável por 34% do total de diagnósticos. Foi mais prevalente no sexo feminino, diferentemente do encontrado por alguns autores^{6,12} e atingiu o maior percentual em pré-escolares (64,5%), assim como observado por Wenk⁸. Representou de 19,2 a 31,3% dos diagnósticos realizados pela maioria dos autores do gênero^{6, 8, 16, 18, 19, 30}, sendo também o achado mais comum nestes estudos.

Em um estudo desenvolvido pela Sociedade Brasileira de Dermatologia em 2006, 13,7% dos pacientes menores de 15 anos atendidos em ambulatórios de dermatologia geral apresentavam dermatite atópica. Hayden⁴, ao analisar consultas em um ambulatório de pediatria geral nos Estados Unidos em 1985, obteve 9% dos diagnósticos relativos a dermatite atópica. Estas taxas refletem o elevado número de encaminhamentos destes pacientes ao especialista, por dificuldade no manejo destas manifestações pelo médico generalista.

O molusco contagioso foi a segunda alteração mais diagnosticada no presente estudo, diferentemente da maioria dos autores.^{4, 6, 9, 12, 18, 28, 30} É uma infecção viral altamente contagiosa, causada pelo parapoxvírus. Atinge a pele e mucosas e afeta crianças principalmente na idade escolar, híginas ou mais comumente imunocomprometidas. A infecção é transmitida pelo contato direto, fômites ou autoinoculação. O curso natural da infecção é a resolução espontânea de dois a quatro anos após o início das manifestações.⁴⁰

No presente estudo, o molusco contagioso contribuiu para aproximadamente 5% dos casos. Nanda *et al.*⁶, Shibeshi³⁰ e Karthikeyan *et al.*²⁸ encontraram percentuais semelhantes entre si: 3,3%; 2,5% e 3% dos pacientes, respectivamente, apresentaram molusco contagioso.

Já Wenk⁸ obteve 5,2% dos pacientes com tal diagnóstico, sendo um maior percentual dentre os escolares (10,6%). No presente estudo, o maior percentual deu-se dentre os pré-escolares (12,8%).

A psoríase foi a quarta dermatose mais diagnosticada no presente estudo (4,36% do total de diagnósticos), resultado que se assemelha ao obtido por Nanda *et al.*⁶ (4% dos pacientes). Esta dermatose é o principal representante do grupo das dermatoses eritêmato-escamosas (4º lugar em frequência no presente estudo), com aproximadamente 71,5% do total de diagnósticos deste. No entanto, contrasta com os resultados obtidos pela maioria dos outros autores em ambulatórios especializados^{7, 12, 16, 28, 30, 41}, onde esta dermatose não se apresenta com frequência importante. Os pacientes que apresentaram este diagnóstico na presente amostra tinham idade média de 8,82 anos, com DP de 3,86.

A dermatite seborreica foi o segundo diagnóstico mais comum dentro das dermatoses eritêmato-escamosas, responsável por 21,43% do total de diagnósticos deste grupo. No entanto, respondeu apenas por aproximadamente 1,3% do total de diagnósticos, não figurando entre as 5 dermatoses mais frequentes como reportado por Grock¹⁹, Shibeshi³⁰ e Hayden⁴. No presente estudo, todos os pacientes com dermatite seborreica eram do sexo feminino, diferentemente do encontrado por Nanda *et al.*⁶

No grupo das erupções pápulo-pruriginosas, o prurigo estrófulo respondeu por 67,65% dos diagnósticos. Isoladamente, esta dermatose foi responsável por 3,34% do total de diagnósticos (6º lugar em frequência) e os pacientes tinham idade média de 4,57 anos, com DP de 3,9. O prurigo estrófulo é uma reação de hipersensibilidade retardada à picada de insetos²⁷ e inicia ao final do primeiro ano de vida, quando a exposição ao inseto passa a ser maior e declina no início da idade escolar, em decorrência da dessensibilização por exposição prolongada¹¹; dados que condizem com a casuística do presente estudo.

A acne é um dos principais motivos de consulta ao dermatologista geral.¹⁷ É considerada uma alteração cutânea comum entre adolescentes e adultos jovens, que acarreta impacto financeiro e psicossocial^{42, 43} e está relacionada às alterações hormonais típicas deste período.⁹ É uma doença de caráter multifatorial que envolve essencialmente a unidade pilosebácea, composta pelo folículo piloso e glândulas sebáceas adjacentes.^{42, 43}

A acne foi a terceira dermatose mais comum no presente estudo, representando 4,65% dos diagnósticos realizados. Foi também a segunda dermatose mais diagnosticada dentre os adolescentes, nos quais ocorreu em 19,1% dos pacientes, com idade média de 13 anos. Na maioria dos outros trabalhos em dermatologia pediátrica, não se mostrou com frequência importante.^{4, 6-8, 12, 16, 19, 30}

Dermatite atópica, infecções bacterianas e virais e o prurigo estrófulo são mais freqüentes em crianças ao compará-las aos adultos.¹⁶ Isso decorre provavelmente, mas não unicamente, à imaturidade do sistema imunológico nesta faixa etária.¹⁶ Acredita-se que as manifestações cutâneas sejam um reflexo também de efeitos ambientais e alterações hormonais características de determinada fase da vida.¹⁶ A acne é mais freqüente entre adolescentes, justamente devido às alterações hormonais ocorridas nesta faixa etária.^{9,16} As mesmas justificativas serviriam para explicar porque a dermatite atópica começa na infância e a freqüência vai diminuindo à medida que se chega à vida adulta.

Os ambulatórios da subespecialidade dermatologia pediátrica são freqüentados mais comumente por pacientes com alterações cutâneas crônicas, como a dermatite atópica. Também recebem pacientes com alterações não usuais, enquanto entidades comuns - como as dermatozoonoses, dermatofitoses ou dermatite de fraldas, são mais difíceis de se encontrar neste tipo de atendimento, visto que são manejadas no nível de atenção primária ou por pediatras gerais.^{4,8}

Tendo em vista os dados encontrados, sugere-se incluir de forma sistemática no currículo, a abordagem diagnóstica e terapêutica, incluindo prevenção e cuidados, da dermatite atópica, molusco contagioso, acne, prurigo estrófulo, psoríase, verrugas, discromias, impetigos e demais dermatoses mais comuns, para que o estudante de medicina e o médico possam atuar de forma mais efetiva frente a essas patologias, que são as causas mais prevalentes de encaminhamento ao ambulatório de dermatologia.

5. CONCLUSÕES

A análise dos 496 pacientes novos que consultaram no Ambulatório de Dermatologia Pediátrica do HU-UFSC durante os dois anos de acompanhamento proporcionou as seguintes conclusões:

1. A maioria dos pacientes da casuística eram do sexo feminino (58%) e da etnia branca (85%);
2. Do total de pacientes, 88,3% provinham de municípios da mesorregião da Grande Florianópolis;
3. Obteve-se uma média de 1,39 diagnósticos por paciente com DP de 0,3; sendo no mínimo 1 e no máximo 5 diagnósticos por paciente;
4. Doze pacientes necessitaram biópsia (2,4% do total de pacientes), quem em 83% desses elucidou o diagnóstico;
5. Apenas 2 pacientes necessitaram de internação em virtude de seu diagnóstico dermatológico: um por dermatite atópica com eritrodermia esfoliativa associada a Síndrome de Cushing e outro por hemangioma gigante;
6. As 10 dermatoses mais frequentes responderam por 64,39% do total de diagnósticos e as 22 mais comuns foram responsáveis por 80,53% destes;
7. A dermatite atópica foi a dermatose mais comum, responsável por aproximadamente 34% do total de diagnósticos realizados; seguida pelo molusco contagioso (4,94%); acne (4,65%); psoríase (4,36%); nevo melanocítico congênito (3,49%); prurigo estrófulo e verrugas (3,34% cada); impetigo (2,33%); tinea (2,18%) e nevo verrucoso (1,89%);
8. Houve predominância do grupo das erupções eczematosas, com 36,05% dos diagnósticos. Deste grupo, a dermatite atópica (93,95% deste total) e a dermatite de contato (4,84%) são os principais representantes;

9. As discromias foram o segundo grupo de dermatoses mais prevalente, diferindo da maioria dos outros trabalhos do gênero;

10. O molusco contagioso foi a segunda alteração mais diagnosticada no presente estudo, diferentemente da maioria dos autores;

11. A acne foi a terceira dermatose mais comum no presente estudo, representando 4,65% dos diagnósticos realizados. Na maioria dos outros trabalhos em dermatologia pediátrica, não se mostrou com frequência importante;

12. A psoríase foi a quarta dermatose mais diagnosticada no presente estudo (4,36% do total de diagnósticos), o que contrasta com os resultados obtidos pela maioria dos outros autores em ambulatórios especializados, onde esta dermatose não se apresenta com frequência considerável;

13. Tanto os grupos das infecções bacterianas da pele, quanto as micoses superficiais e as dermatozoonoses foram diagnosticados com frequência relativamente baixa nesta casuística se comparados a outros autores de ambulatórios especializados, o que sugere boa resolutividade destes casos na atenção primária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Espinal-Fuentes M, Batista M, Melendez S, Castillo-Artiles A. Características de las Dermatosis en Pediatría. *Rev Med Domin.* 1988;49(3):75-78.
2. Azulay RD, Azulay DR. *Dermatologia*. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
3. Azulay RD. Nascimento da Dermatologia [Comunicação]. *An Bras Dermatol.* 2003;78(5):615-617.
4. Hayden GF. Skin diseases encountered in a pediatric clinic. A one-year prospective study. *Am J Dis Child.* 1985 Jan;139(1):36-8.
5. Feldman SR, Fleischer Jr AB, McConnell C. Most common dermatologic problems identified by internists, 1990-1994. *Arch Intern Med.* 1998;158:726-730.
6. Nanda A, Al-Hasawi F, Alsaleh QA. A prospective survey of pediatric dermatology clinic patients in Kuwait: an analysis of 10,000 cases. *Pediatr Dermatol.* 1999 Jan-Feb;16(1):6-11.
7. Santos JB, Cordeiro LO, Cordeiro LO, Guimarães PB, Corrêa PMRB, Carvalho SC. Dermatoses pediátricas no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. *An Bras Dermatol.* 2004;79(3):289-294.
8. Wenk C, Itin PH. Epidemiology of pediatric dermatology and allergology in the region of Aargau, Switzerland. *Pediatr Dermatol.* 2003 Nov-Dec;20(6):482-7.
9. Fung WK, Lo KK. Prevalence of skin disease among school children and adolescents in a Student Health Service Center in Hong Kong. *Pediatr Dermatol.* 2000 Nov-Dec;17(6):440-6.
10. Serarslan G, Savas N. Prevalence of skin diseases among children and adolescents living in an orphanage in Antakya, Turkey. *Pediatr Dermatol.* 2005 Sep-Oct;22(5):490-2.
11. Ruiz-Maldonado R, Sánchez LT, Velázquez E. Epidemiología de las enfermedades de la piel en diez mil pacientes en edad pediátrica. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 1977;34(1):137-61.
12. Hon KL, Leung TF, Wong Y, Ma KC, Fok TF. Skin diseases in Chinese children at a pediatric dermatology center. *Pediatr Dermatol.* 2004 Mar-Apr;21(2):109-12.
13. Wiley H. Pediatric dermatology in primary care medicine. *Prim Care.* 1989;16(3):809-22.
14. Fleischer Jr A, Feldman S, Katz A, Clayton B. *20 Common Problems in Dermatology*. New York, NY: McGraw-Hill; 2000.
15. Sunil Dogra DNB, Bhushan Kumar MNAMS. Epidemiology of Skin Diseases in School Children: A Study from Northern India. *Pediatr Dermatol.* 2003;20(6): 470-473.

16. Goh CL, Akarapanth R. Epidemiology of skin disease among children in a referral skin clinic in Singapore. *Pediatr Dermatol*. 1994 Jun;11(2):125-8.
17. Sociedade Brasileira de Dermatologia. Perfil nosológico das consultas dermatológicas no Brasil. *An Bras Dermatol*. 2006;81(6):549-558.
18. Cestari T, Gobbato G, Albé M, Superti W, Bernardi C. Resultados de um serviço especializado de dermatologia pediátrica. *An Bras Dermatol*. 1992;67(5):255-260.
19. Grock JA. Dermatoses na infância: perfil clínico-epidemiológico dos pacientes atendidos no ambulatório de dermatologia pediátrica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina [Trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Medicina. Departamento de Clínica Médica, 2000.
20. HU-UFSC; Serviço de Prontuário do Paciente, Seção de Arquivo Médico e Estatística. Movimento Geral, 2006. In: *Boletim Estatístico do Movimento Hospitalar*; 2006.
21. HU-UFSC; Serviço de Prontuário do Paciente, Seção de Arquivo Médico e Estatística. Movimento Geral, 2007. In: *Boletim Estatístico do Movimento Hospitalar*; 2007.
22. HU-UFSC; Serviço de Prontuário do Paciente, Seção de Arquivo Médico e Estatística. Distribuição de Consultas: Clínica Pediátrica, Dermato-Pediatria. In: *Boletim Estatístico do Movimento Hospitalar*; 2006.
23. HU-UFSC; Serviço de Prontuário do Paciente, Seção de Arquivo Médico e Estatística. Distribuição de Consultas: Clínica Pediátrica, Dermato-Pediatria. In: *Boletim Estatístico do Movimento Hospitalar*; 2007.
24. HU-UFSC; Serviço de Prontuário do Paciente, Seção de Arquivo Médico e Estatística. Distribuição de Consultas por Clínica e Especialidade, Clínica Pediátrica. In: *Boletim Estatístico do Movimento Hospitalar*; 2006.
25. HU-UFSC; Serviço de Prontuário do Paciente, Seção de Arquivo Médico e Estatística. Distribuição de Consultas por Clínica e Especialidade, Clínica Pediátrica. In: *Boletim Estatístico do Movimento Hospitalar*; 2007.
26. Brenninkmeijer EE, Schram ME, Leeftang MM, Bos JD, Spuls PI. Diagnostic criteria for atopic dermatitis: a systematic review. *Br J Dermatol*. 2008 Apr;158(4):754-65.
27. Sampaio SAP, Rivitti EA. *Dermatologia*. 2 ed. São Paulo: Artes Médicas; 2001.
28. Karthikeyan K, Thappa DM, Jeevankumar B. Pattern of pediatric dermatoses in a referral center in South India. *Indian Pediatr*. 2004 Apr;41(4):373-7.
29. Marcondes E, Vaz F, Ramos J, Okay Y. *Pediatria Básica: Pediatria Geral e Neonatal*. São Paulo: Sarvier; 2003.
30. Shibeshi D. Pattern of skin disease at the Ethio-Swedish pediatric hospital, Addis Ababa, Ethiopia. *Pediatr Dermatol*. 2000 Sep-Oct;17(5):357-9.

31. Popescu R, Popescu CM, Williams HC, Forsea D. The prevalence of skin conditions in Romanian school children. *Br J Dermatol*. 1999 May;140(5):891-6.
32. Wisuthsarewong W, Viravan S. Analysis of skin diseases in a referral pediatric dermatology clinic in Thailand. *J Med Assoc Thai*. 2000 Sep;83(9):999-1004.
33. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Atopic eczema in children: management of atopic eczema in children from birth up to the age of 12 years, Clinical Guideline. London: RCOG Press; 2007.
34. Chan LS. Atopic dermatitis in 2008. *Curr Dir Autoimmun*. 2008;10:76-118.
35. Rance F, Boguniewicz M, Lau S. New visions for atopic eczema: an iPAC summary and future trends. *Pediatr Allergy Immunol*. 2008 Aug;19 Suppl 19:17-25.
36. Buggiani G, Ricceri F, Lotti T. Atopic dermatitis. *Dermatol Ther*. 2008 Mar-Apr;21(2):96-100.
37. Mancini AJ, Kaulback K, Chamlin SL. The socioeconomic impact of atopic dermatitis in the United States: a systematic review. *Pediatr Dermatol*. 2008 Jan-Feb;25(1):1-6.
38. Robinson J. Managing atopic eczema in childhood: the health visitor and school nurse role. *Community Pract*. 2008 Jun;81(6):25-8.
39. Williams HC. Is the prevalence of atopic dermatitis increasing? *Clin Exp Dermatol*. 1992 Nov;17(6):385-91.
40. Brown J, Janniger CK, Schwartz RA, Silverberg NB. Childhood molluscum contagiosum. *Int J Dermatol*. 2006 Feb;45(2):93-9.
41. Casanova JM, Sanmartin V, Soria X, Baradad M, Marti RM, Font A. Childhood dermatosis in a dermatology clinic of a general university hospital in Spain. *Actas Dermosifiliogr*. 2008 Mar;99(2):111-8.
42. Smolinski KN, Yan AC. Acne update: 2004. *Curr Opin Pediatr*. 2004 Aug;16(4):385-91.
43. James WD. Acne. *N Engl J Med*. 2005;352:1463-72.
44. Pfutzner W. Infectious skin diseases in childhood. 1: Bacteria and fungi. *MMW Fortschr Med*. 2002 Jun 20;144(25):24-8, 30.

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 17 de Novembro de 2005.

APÊNDICES

Apêndice A
PROTOCOLO: Projeto Dermatoses na Infância

Data: ____/____/____

Número: _____

DADOS PESSOAIS:

No. Prontuário: _____	Sexo: () F () M
DN: ____/____/____	
Cidade: _____	Cor: _____

DATA DA 1ª CONSULTA: ____/____/____

Idade na 1ª consulta: _____

Diagnóstico 1: _____

Idade ao diagnóstico: _____ Internação: () Não () Sim

Biópsia: () Não () Sim - Laudo: _____

Diagnóstico 2: _____

Idade ao diagnóstico: _____ Internação: () Não () Sim

Biópsia: () Não () Sim - Laudo: _____

Diagnóstico 3: _____

Idade ao diagnóstico: _____ Internação: () Não () Sim

Biópsia: () Não () Sim - Laudo: _____

Diagnóstico 4: _____

Idade ao diagnóstico: _____ Internação: () Não () Sim

Biópsia: () Não () Sim - Laudo: _____

(continua)

(continuação)

Diagnóstico 5: _____

Idade ao diagnóstico: _____ Internação: () Não () Sim

Biópsia: () Não () Sim - Laudo: _____

Observações: _____

Apêndice B
DISTRIBUIÇÃO DOS GRUPOS DE DIAGNÓSTICOS.

Tabela 7 – Distribuição dos grupos de diagnósticos obtidos nos 496 pacientes atendidos pela primeira vez no ambulatório de dermatologia pediátrica do Hospital Universitário/UFSC no período de 01 de janeiro de 2006 a 31 de dezembro de 2007.

Grupos de diagnósticos / Diagnósticos	Frequência	% Absoluto	% Relativo
ERUPÇÕES ECZEMATOSAS			
Dermatite Atópica	233	93,95	33,87
Dermatite de Contato	12	4,84	1,74
Dermatite Atópica com Eritrodermia esfoliativa	1	0,40	0,15
Neurodermite	1	0,40	0,15
Eczema conjuntival	1	0,40	0,15
Total do grupo	248	100	36,05
DISCROMIAS			
Nevo melanocítico congênito	24	30,38	3,49
Efélides	10	12,66	1,45
Nevo acromico congênito	9	11,39	1,31
Nevo hipocrômico congênito	8	10,13	1,16
Nevo melanocítico adquirido	8	10,13	1,16
Vitiligo	8	10,13	1,16
Nevo halo	5	6,33	0,73
Mancha Mongólica	3	3,80	0,44
Mancha hipercrômica congênita	1	1,27	0,15
Nevo melanocítico gigante	1	1,27	0,15
Lesão hipocrômica a esclarecer	1	1,27	0,15
Lesão hipocrômica cicatricial a esclarecer	1	1,27	0,15
Total do grupo	79	100	11,48
DERMATOVIROSES			
Molusco contagioso	34	55,74	4,94
Verrugas	23	37,70	3,34
Varicela	3	4,92	0,44
Herpes zoster	1	1,64	0,15
Total do grupo	61	100	8,87
DERMATOSES ERITÊMATO-ESCAMOSAS			
Psoríase	30	71,43	4,36
Dermatite Seborreica	9	21,43	1,31
Pitiríase rósea de Gilbert	3	7,14	0,44
Total do grupo	42	100	6,10
ERUPÇÕES PÁPULO-PRURIGINOSAS			
Prurigo estrófulo	23	67,65	3,34
Urticária	7	20,59	1,02

Grupos de diagnósticos / Diagnósticos	Frequência	% Absoluto	% Relativo
Líquen estriado	2	5,88	0,29
Dermatite urticariforme por pressão ou contato	1	2,94	0,15
Líquen plano	1	2,94	0,15
Total do grupo	34	100	4,94
ACNE E AFINS			
Acne	32	96,97	4,65
Rosácea	1	3,03	0,15
Total do grupo	33	100	4,80
MICOSES SUPERFICIAIS			
Tíneas	15	45,45	2,18
Pitiríase versicolor	12	36,36	1,74
Kerium Celsi	3	9,09	0,44
Onicomiose	2	6,06	0,29
Candidíase perineal	1	3,03	0,15
Total do grupo	33	100	4,80
TUMORES BENIGNOS (NÃO-VASCULARES)			
Nevo verrucoso	13	50,00	1,89
Cisto sebáceo	5	19,23	0,73
Nevo nevo celular	2	7,69	0,29
Mucocele	1	3,85	0,15
Mília	1	3,85	0,15
Lipoma	1	3,85	0,15
Tricoepitelioma	1	3,85	0,15
Cisto adenomatoso	1	3,85	0,15
Nevo hipertricótico congênito	1	3,85	0,15
Total do grupo	26	100	3,78
TUMORES BENIGNOS E MAL-FORMAÇÕES VASCULARES			
Hemangioma forma combinada	8	33,33	1,16
Hemangioma superficial	4	16,67	0,58
Aranha vascular	4	16,67	0,58
Hemangioma gigante forma combinada	2	8,33	0,29
Mancha salmão	2	8,33	0,29
Mal-formação vascular	2	8,33	0,29
Mancha Vinho do Porto	1	4,17	0,15
Lesão angiomasosa perianal	1	4,17	0,15
Total do grupo	24	100	3,49
INFECÇÕES BACTERIANAS DA PELE			
Impetigo	16	76,19	2,33
Piodermite	3	14,29	0,44
Intertrigo	1	4,76	0,15
Calázio	1	4,76	0,15
Total do grupo	21	100	3,05

Grupos de diagnósticos / Diagnósticos	Frequência	% Absoluto	% Relativo
AFECCÕES CONGÊNITAS E HEREDITÁRIAS			
Ictiose vulgar	5	31,25	0,73
Ceratose pilar congênita	2	12,50	0,29
Esclerose tuberosa	1	6,25	0,15
Genodermatose a esclarecer	1	6,25	0,15
Histiocitose X	1	6,25	0,15
Ictiose ligada ao X	1	6,25	0,15
Mamilos acessórios	1	6,25	0,15
Mastocitose	1	6,25	0,15
Neurofibromatose	1	6,25	0,15
Acrodermatite enteropática	1	6,25	0,15
Síndrome de Peutz-Jeghers	1	6,25	0,15
Total do grupo	16	100	2,33
ALOPECIAS			
Alopecia areata	7	63,64	1,02
Alopecia congênita	1	9,09	0,15
Alopecia por tração	1	9,09	0,15
Eflúvio telógeno	1	9,09	0,15
Alopecia cicatricial	1	9,09	0,15
Total do grupo	11	100	1,60
DERMATOZOONOSES			
Escabiose	9	81,82	1,31
Pediculose	2	18,18	0,29
Total do grupo	11	100	1,60
AFECCÕES GRANULOMATOSAS			
Granuloma anular	8	72,73	1,16
Granuloma piogênico	2	18,18	0,29
Granuloma umbilical	1	9,09	0,15
Total do grupo	11	100	1,60
ERUPÇÕES PURPÚRICAS			
Eritema marginado	1	20,00	0,15
Equimoses traumáticas	1	20,00	0,15
Fotodermatose induzida por substância química	1	20,00	0,15
Vasculite a esclarecer	1	20,00	0,15
Vasculite pós-viral	1	20,00	0,15
Total do grupo	5	100	0,73
OUTRAS DERMATOSES			
Cicatriz	10	30,30	1,45
Estria	4	12,12	0,58
Hiperidrose	4	12,12	0,58
Adenomegalia a esclarecer	2	6,06	0,29
Esclerodermia	2	6,06	0,29
Lesão a esclarecer	2	6,06	0,29

Grupos de diagnósticos / Diagnósticos	Frequência	% Absoluto	% Relativo
Dermatomiosite e Calcinose	1	3,03	0,15
Escarificações traumáticas	1	3,03	0,15
Hipertricose	1	3,03	0,15
Lentigo branco	1	3,03	0,15
Líquen esclero-atrófico	1	3,03	0,15
Miliária rubra	1	3,03	0,15
Onicocriptose	1	3,03	0,15
Placa violácea a esclarecer	1	3,03	0,15
Síndrome de Cushing	1	3,03	0,15
Total do grupo	33	100	4,80

Apêndice C
PRINCIPAIS ACHADOS DE ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS
SOBRE DERMATOSES NA INFÂNCIA.

Quadro 1 – Principais achados de alguns estudos epidemiológicos nacionais e internacionais sobre dermatoses em pediatria, incluindo o trabalho atual.

Autor; ano de publicação	Origem da Amostra; Local	Grupos de dermatoses e dermatoses prevalentes	
		Grupos de dermatoses	Dermatoses
BRASIL			
Zattar <i>et al.</i> (estudo atual); 2008	ADP; Florianópolis/ SC	Erupções eczematosas (36,0%); Discromias (11,5%); Dermatovirose (8,9%); Dermatoses eritemato-escamosas (6,1%); Erupções pápulo-pruriginosas (4,9%).	Dermatite atópica (33,9%); Molusco contagioso (4,9%); Acne (4,6%); Psoríase (4,4%); Nevo melanocítico congênito (3,5%).
Grock <i>et al.</i> ¹⁹ ; 2000	ADP; Florianópolis/ SC	Erupções eczematosas (32,8%); Erupções pápulo-pruriginosas (12,0%); Dermatovirose (11,7%); Micose superficial (8,6%); Afeções congênicas e hereditárias (6,3%).	Dermatite atópica (22,1%); Prurigo estrófulo (8,5%); Molusco contagioso (6,2%); Dermatite seborreica (5,4%); Ceratose pilar (4,40%).
Santos <i>et al.</i> ⁷ ; 2004	ADG; Recife/ PE	Dermatoses alérgicas (17,6%); Discromias (15,5%); Dermatovirose (13,4%); Cistos e nevos organóides e melanocíticos (8,8%); Micose superficial (8,0%).	NE
Cestari <i>et al.</i> ¹⁸ ; 1992	ADP; Porto Alegre/ RS	Erupções eczematosas (31,7%); Dermatozoonoses (14,1%); Infecções bacterianas da pele (11,5%); Micose superficial (8%); Hipersensibilidades (7,3%).	NE
OUTROS PAÍSES			
Casanova <i>et al.</i> ⁴¹ ; 2008	ADP; Espanha	Tumores e infecções cutâneas (27,7% cada); Erupções eczematosas (14,6%); Alterações dos anexos cutâneos (9,9%); Eritemato-escamosas (3,6%); Discromias (2,4%).	Nevo melanocítico (19,8%); Verrugas (12,1%); Dermatite atópica (8,9%); Molusco contagioso (8,4%); Acne (7%).
Hon <i>et al.</i> ¹² ; 2004	ADP; Hong Kong	NE	Eczemas (33%); Nevos melanocíticos (20%); Verrugas (6%); Vitiligo/hipopigmentação pós-inflamatória (5,4%); Nevos sebáceos e epidérmicos (5,1%).
Wenk <i>et al.</i> ⁸ ; 2003.	ADG; Suécia	Dermatoses alérgicas e inflamatórias (45,7%); Infecções cutâneas (20,1%); Desordens névicas/pigmentares (11,1%).	Dermatite atópica (48,1%); Nevos melanocíticos (17%); Verrugas (9,2%); Molusco contagioso (9,1%); Dermatites não especificadas (7,2%).

Autor; ano de publicação	Origem da Amostra; Local	Grupos de dermatoses e dermatoses prevalentes	
		Grupos de dermatoses	Dermatoses
Shibeshi ³⁰ ; 2000	ADP; Etiópia	Dermatoses alérgicas (55,1%); Infecções (32,8%); Fotodermatoses (8%); Outras (4,2%).	Dermatite atópica (25%); Dermatite seborreica (9,3%); Tinea capitis (7,9%); Erupções polimórficas (7,3%); Impetigo (5,8%).
Nanda <i>et al.</i> ⁶ ; 1999	ADP; Kuwait	NE	Dermatite atópica (31,3%); Verrugas (13,1%); Alopecia areata (6,7%); Pitíriase Alba (5,25%); Psoríase e Dermatite de fraldas (4% cada).
Goh <i>et al.</i> ¹⁶ ; 1994	ADG; Cingapura	Erupções eczematosas (49,3%); Dermatovirozes (6,5%); Infecções bacterianas da pele (4,9%); Reações à picada de insetos (4,8%); Dermatozoonoses e Urticária (3,8% cada).	NE
Espinal-Fuentes <i>et al.</i> ¹ ; 1988	ADP; República Dominicana	Erupções eczematosas (31%); Dermatozoonoses (15%); Micoses superficiais (11%); Discromias (7%); Outras (6%).	NE
Hayden ⁴ , 1985	AP; Estados Unidos	NE	Dermatite de fraldas (16%); Dermatite atópica (9%); Impetigo (9,3%); Candidíase (8,5%); Dermatite seborreica (6%).
Ruiz-Maldonado R <i>et al.</i> ¹¹ ; 1977	ADP; México	Dermatozoonoses (26,8%); Dermatoses reacionais (20,2%); Outras dermatoses (10,9%); Dermatovirozes (9,8%); Infecções bacterianas da pele (8,4%).	Prurigo estrófulo (16,3%); Dermatite atópica (12,9%); Escabiose (10,4%); Verrugas (8,4%); Impetigo (6,8%).
Serarslan G <i>et al.</i> ¹⁰ ; 2005	Orfanato de Antakya; Turquia	NE	Pitíriase Alba (12,4%); Verrugas (11,4%); Acne (9,2%); Dermatite de contato (9,2%); Pediculose (8,7%); Piodermites (8,1%).

Obs: ADP - Ambulatório de Dermatologia Pediátrica; ADG - Ambulatório de Dermatologia Geral (dados sobre pacientes pediátricos); NE - dado não especificado; AP - Ambulatório de Pediatria.

ANEXO

Anexo 1
PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS –
UFSC



**UNIVERSIDADE FEDERAL
DE SANTA CATARINA**

**Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Departamento de Projetos e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEP SH**

Campus Prof. João David Ferreira Lima – CEP 88040-900
Trindade - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil | www.cep.ufsc.br / +55 (48) 3721-9206

PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO Nº 188/08

I – Identificação:

- **Título do Projeto:** DERMATOSES NA INFÂNCIA: PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFSC NOS ANOS DE 2006 E 2007.
- **Pesquisador Responsável:** Suely Grosseman
- **Pesquisador Principal:** Gabrielle Aline Zattar
- **Data Coleta dados:** 08/2008 a 10/08
- **Local onde a pesquisa será conduzida:** Hospital Universitário - UFSC – Florianópolis – SC

II - Objetivo:

Analisar o perfil clínico epidemiológico da crianças com dermatoses atendidas em primeira consulta no ambulatório de dermatologia pediátrica do HU/UFSC de 1º de janeiro de 2006 a 31 de dezembro de 2007, totalizando dois anos de estudo.

III - Sumário do Projeto

Projeto de pesquisa para TCC do curso de Medicina através de análise de prontuário de mais de 600 pacientes do HU/UFSC atendidos no ambulatório dermatológico, onde as variáveis analisadas serão: idade na época da primeira consulta, sexo, cor, localidade de procedência, diagnóstico, data do diagnóstico, idade do paciente ao diagnóstico, necessidade de biópsia e seu respectivo resultado e necessidade de internação.

A meta do estudo é promover a saúde infantil e a educação médica, por meio dos conhecimentos construídos.

IV – Comentário

A pesquisa apresenta tema atual e relevante, o projeto está bem redigido e fundamentado, os pesquisadores envolvidos estão capacitados ao seu desenvolvimento, os locais da amostra são relevantes para o resultado esperado e o protocolo contém todos os documentos necessários para a análise.

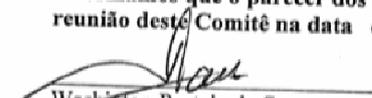
O TCLE apresentado está adequado e, segundo a CONEPE, deve ser aplicado a todos os participantes do estudo mesmo com o uso apenas de prontuário para a realização dos levantamentos. Esse comitê entende que existem diversos empecilhos na obtenção dos TCLEs. Essas dificuldades inviabilizariam a realização da pesquisa. Então, recomendamos enfaticamente, que sejam obtidos o máximo possível de TCLEs entre os prontuários pesquisados.

A confidencialidade das informações está garantida e a estrutura contempla todas as necessidade para a aprovação de um projeto nesse comitê.

V – Parecer CEPSH:

APROVADO

Informamos que o parecer dos relatores foi aprovado por unanimidade ou maioria, em reunião deste Comitê na data de


Washington Portela de Souza
Coordenador do CEP

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/96 e 251/97 do CNS.