



FACULDADE DE IPORÁ
CURSO DE FARMÁCIA

**ASPECTOS CLÍNICOS E TERAPÊUTICOS RELATIVOS À DISIDROSE: UM
ESTUDO DE CASO REALIZADO NA CIDADE DE IPORÁ.**

Orientadora: Prof. Joyce Ribeiro Do Carmo

Discente: Dandaria Divina Rodrigues

IPORÁ/2020

FACULDADE DE IPORÁ
CURSO DE FARMÁCIA

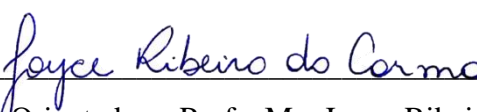
**ASPECTOS CLÍNICOS E TERAPÊUTICOS RELATIVOS À DISIDROSE: UM
ESTUDO DE CASO REALIZADO NA CIDADE DE IPORÁ.**

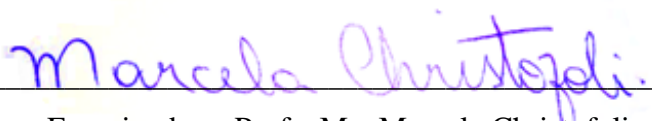
Artigo apresentado à Faculdade de Iporá como
requisito parcial para obtenção do título de
Bacharel em Farmácia.

DANDARIA DIVINA RODRIGUES

**ASPECTOS CLÍNICOS E TERAPÊUTICOS RELATIVOS À DISIDROSE: UM
ESTUDO DE CASO REALIZADO NA CIDADE DE IPORÁ.**

Artigo apresentado e defendido no curso de Bacharel em Farmácia da Faculdade de Iporá, para obtenção do título de Bacharel em Farmácia, aprovado em 25 de junho de 2020, pela Banca Examinadora constituída pelos seguintes professores:


Orientadora: Profa. Ma. Joyce Ribeiro do Carmo


Examinadora: Profa. Ma. Marcela Christofoli


Examinadora: Profa. Ma. Marília Cristina Peres

ASPECTOS CLÍNICOS E TERAPÊUTICOS RELATIVOS À DISIDROSE: UM ESTUDO DE CASO REALIZADO NA CIDADE DE IPORÁ.

Dandaria Divina Rodrigues¹

Joyce Ribeiro do Carmo²

RESUMO

Essa pesquisa teve como temática os aspectos clínicos e terapêuticos da Disidrose. O desejo pela investigação do tema emergiu da observação de que as pesquisas ainda são relativamente recentes e para sua efetivação, considerou-se as seguintes questões: o que são as dermatites de contato? Quais os aspectos epidemiológicos e etiopatológicos da Disidrose? Quais as classificações que a Disidrose recebe? Quais são os aspectos clínicos e terapêuticos da Disidrose? Como incidência da Disidrose afeta o cotidiano do portador da doença? Nesse sentido, as hipóteses iniciais foram: as dermatites de contato incidem sobre considerável parte da população e atinge todas as faixas etárias. A Disidrose é uma doença crônica com grande incidência, mas de difícil diagnóstico e tratamento; A ocorrência da Disidrose pode afetar sistematicamente as atividades cotidianas dos indivíduos; O uso de medicamentos associados ao desenvolvimento de erupções disidroticas, pode resultar na melhora da qualidade de vida dos indivíduos acometidos; A indicação de corticosteroides tópicos tem sido amplamente difundida, no entanto, algumas vezes o resultado pode não ser o esperado. O objetivo central do estudo foi compreender como a Disidrose afeta o cotidiano de duas pacientes do sexo feminino residente na cidade de Iporá. A metodologia da pesquisa será uma pesquisa bibliográfica e de campo associados ao estudo de caso. A princípio observou-se que Disidrose é uma doença que, além de trazer sintomas que tiram a tranquilidade do paciente, afeta de forma profunda a autoestima, pois desperta a curiosidade e o receio de que as afecções sejam contagiosas.

Palavras-chave: Disidrose. Conceito. Sintomas. Sujeitos.

ABSTRACT

This research had as its theme the clinical and therapeutic aspects of Dyshidrosis. The desire to investigate the theme emerged from the observation that research is still relatively recent and for its effectiveness, the following questions were considered: what are contact dermatitis? What are the epidemiological and etiopathological aspects of Dyshidrosis? What classifications does Dyshidrosis receive? What are the clinical and therapeutic aspects of Dyshidrosis? How does the incidence of Dyshidrosis affect the daily life of patients with the disease? In this sense, the initial hypotheses form: contact dermatitis affects a considerable part of the population and affects all age groups. Dyshidrosis is a chronic disease with high incidence, but difficult to diagnose and treat; The occurrence of Dyshidrosis can systematically affect the daily activities of individuals; The use of drugs associated with the development of dyshidrotic eruptions, can result in an improvement in the quality of life of affected individuals; The indication for topical corticosteroids has been widespread, however, sometimes the result may not be as expected.

¹ Acadêmica do Curso de Farmácia da FAI – Faculdade de Iporá.

² Professora Orientadora do Curso de Farmácia FAI – Faculdade de Iporá.

The main objective of the study was to understand how Dyshidrosis affects the daily life of a female patient living in the city of Iporá. The research methodology will be a bibliographic and field research associated with the case study.

Keywords: Dyshidrosis. Concept. Symptoms. Subjects.

1. INTRODUÇÃO

De modo geral, a Disidrose, bem como as erupções disidrosiformes, é determinada pela existência de lesões vesiculares nas mãos e pés, sendo considerada uma doença crônica e recidiva e de acordo com a literatura médica, corresponde a cerca de 20% dos quadros identificados como eczematosos das mãos (MINELLI *et al.*, 2008).

Em relação às suas causas, existem diversos estudos que, por sua vez, ainda não trazem uma vertente definitiva, podendo variar desde problemas ocupacionais como relacionados ao stress. A literatura especializada indica que não há uma causa específica para a Disidrose, por isso, a doença encontra-se associada aos distúrbios cutâneos relacionados às dermatites atópicas. Do mesmo modo, a ocorrência da Disidrose pode se relacionar a alguma condição alérgica, ou mesmo a alergias nasais recorrentes (MAYO, 2014).

Existem alguns fatores que são levados em conta nas ocorrências de Disidrose. Dentre esses, é possível citar as condições de estresse, seja emocional ou físico. A doença também pode se manifestar em indivíduos expostos a certos metais, tais como cobalto e níquel. Sua incidência ocorre mais no meio industrial (TEIXEIRA, 2012). Além desses fatores, há também a condição da derme. Quando o indivíduo possui uma pele muito sensível ou mesmo após o contato com produtos, tais como ácidos e outros corrosivos, pode ocorrer a Disidrose. E finalmente, nos casos de dermatite atópica há o registro na literatura de casos posteriores caracterizados como Disidrose (MINELLI *et al.*, 2008).

Os principais sintomas da Disidrose se manifestam na ocorrência de bolhas que, de acordo com Mayo (2014), podem aparecer nas laterais dos dedos e nas palmas das mãos. Não obstante, as laterais dos pés também são acometidas. As bolhas possuem um tamanho relativamente pequeno, agrupadas em cachos. Entretanto, existem casos, considerados mais graves, em que as bolhas pequenas se fundem e formam bolhas maiores. Os relatos de portadores ressaltam que as feridas coçam muito e são bem dolorosas, e após algum tempo as bolhas secam, se desprendem e a pele torna-se avermelhada e bastante sensível. Sendo essa doença crônica seus sintomas podem entrar em remissão ou se manifestarem repetidamente por meses ou anos. (MAYO, 2014)

Partindo da dificuldade em se diagnosticar a Disidrose e principalmente dos problemas que os portadores enfrentam no tocante às causas, bem como as dificuldades de tratamento, e tendo em vista a necessidade de aprofundar o estudo acerca da Disidrose, seus aspectos clínicos e terapêuticos, bem como seus efeitos no cotidiano de um indivíduo, é que essa proposição de pesquisa tem sua gênese.

O problema da pesquisa sobre a Disidrose será construído a partir das seguintes questões: o que são as dermatites de contato? Quais os aspectos epidemiológicos e etiopatológicos da Disidrose? Quais as classificações que a Disidrose recebe? Quais são os aspectos clínicos e terapêuticos da Disidrose? Como incidência da Disidrose afeta o cotidiano do portador da doença?

Considerando essas questões, o objetivo geral do estudo foi compreender como a Disidrose afeta o cotidiano de duas pacientes do sexo feminino residentes na cidade de Iporá. Para tanto, os objetivos específicos foram: conceituar Dermatite de Contato e Disidrose; definir os aspectos epidemiológicos e etiopatológicos da Disidrose; analisar as classificações que a Disidrose recebe; compreender os aspectos clínicos e terapêuticos da Disidrose; avaliar de que forma a incidência da Disidrose afeta o cotidiano de uma pessoa do sexo feminino, residente na cidade de Iporá.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Dermatites de Contato (DC)

As denominadas Dermatites de Contato (DC) podem ser diagnosticadas em todas as faixas etárias, sendo mais frequentes em adolescentes (PREZZA, 2014). São afecções comumente divididas em Dermatite de Contato Irritativa (DCI) e Dermatite de Contato Alérgica (DCA) (ANDRADE *et al.*, 2018).

A Dermatite de Contato Irritativa (DCI) aparece mais em crianças, sendo classificada como uma irritação diretamente causada por uma substância cuja ação se dá sobre a pele. O processo inflamatório, no caso das DCI, ocorre a partir da presença de citoquinas, quimiocinas, bem como das células que compõem o sistema imunológico (PREZZA, 2014). Ainda de acordo com o autor mencionado, outros fatores concorrem para o aparecimento das DCI, e nesse sentido, o próprio organismo do indivíduo também contribui para o aparecimento dessas. Importante destacar que quando se trata da DCI, tanto sua manifestação clínica pode ocorrer

desde o primeiro contato da substância com a pele, quanto pelo contato repetido. Entretanto, de acordo com Pozza (2017), o diagnóstico mais comum advém de contatos repetidos.

A DCI também pode ser definida como uma reação da pele a um processo inflamatório e esse, por sua vez, origina-se no contato direto com substâncias que deflagram um estímulo externo, seja físico ou químico. Sob esse aspecto Pozza (2017) postula que em 80% dos casos investigados o diagnóstico caracteriza uma DCI, por outro lado, em 20% das avaliações são definidas como DCA. Ainda segundo o autor mencionado, a prevalência da DCI é justificada por diversos aspectos, dentre esses, sua característica multifatorial.

Uma dermatite de contato, do tipo irritante, se origina no dano que um contato direto com o agente agressor causa. Isso faz com que haja uma reação inflamatória. No caso das DCI o dano pode ser primário absoluto, oriundo do primeiro contato do agente com a derme, o que causa uma reação intensa caracterizada pelo surgimento de bolhas ou mesmo ulcerações. Os ácidos ou os álcalis são os agentes inflamatórios mais citadas na literatura especializada. A DCI também pode se originar de uma agente irritante primário relativo, classificados como aqueles que causam dano à derme somente após muitos contatos, ocorrendo, por exemplo, a partir do contato com meios veiculadores de urina, sabonetes, sabões (ANDRADE *et. al.*, 2018).

É importante que se destaque que as primeiras manifestações das DCI se dão a partir do surgimento de eritema, edemas no local do contato, além da presença de prurido em excesso. A literatura discorre que em muitos casos há a presença de bolhas ou mesmo de necroses. As DCI são classificadas a partir da observação de alguns aspectos, sendo eles o estímulo, duração do contato, latência, evolução e resolução (PIRES; SCHEIDT, 2014).

Os autores mencionados reforçam, a partir de suas pesquisas, que as dermatites irritativas podem ser classificadas como agudas e cumulativas crônicas. Nesses casos, as reações inflamatórias, não imunológicas podem ser visualizadas a partir da presença de vesículas, bolhas, edemas, eritemas e descamações. Os agentes causadores atuam sobre a derme e as mucosas de acordo com sua natureza e independem, parcial ou totalmente, das respostas imunológicas dos indivíduos acometidos. Os meios muito ácidos ou muito alcalinos quando em grande quantidade, ou melhor, concentração, costumam ser considerados como agentes irritantes.

As dermatites de contato alérgicas (DCA) advêm de uma reação imunológica na qual se observa a presença de anticorpos celulares, os linfócitos T que atacam uma substância que tenha tido qualquer contato com a pele (DUARTE; FIGUEIREDO, 2014). Destaca-se que nesses casos, a exposição aos sensibilizantes se dá desde a infância e por isso, as dermatites alérgicas de contato são responsáveis pelo acometimento de 20% das crianças afetadas.

Prezza (2014) reforça que à menor manifestação alérgica na derme da criança é preciso que se procure um especialista que poderá diagnosticar se há uma DCA em evolução ou não. Desse modo, a etiologia de uma DCA encontra-se em dependência das características mais particularizadas da pele. Por isso as áreas mais finas são as mais suscetíveis ao acometimento de uma DCA. Além disso, leva-se em conta a integridade cutânea e sua reação às substâncias com diferentes potenciais alérgenos, considerando a forma como o sistema imunológico reage (PREZZA, 2014).

Uma DCA tende a envolver sensibilização do sistema imunológico a um agente alergênico mais específico. Quando o indivíduo passa por nova exposição a esse agente, os linfócitos T ativam a memória imunológica e provocam reação eczematosa. Mesmo mediante pequenas concentrações de alergênico, denota-se fortes reações inflamatória (ROSMANINHO *et. al.*, 2016). Ademais, os autores pesquisados reforçam que mesmo havendo pequenas diferenciações no que tange a algumas reações, não há possibilidade de se diferenciar, tanto clínica quanto histologicamente, uma DCI de uma DCA.

Duarte e Figueiredo (2014) destacam que as crianças geralmente não apresentam dermatite alérgica de contato, devido essencialmente à imaturidade de seu sistema imunológico. Além das dermatites de contato, os autores pesquisados citam a Dermatite Seborreica (DS) e a Dermatite Atópica (DA).

2.2 Dermatite Seborreica (DS)

Sobre a Dermatite Seborreica (DS), Gomes (2015) aponta que essa é definida como uma dermatose inflamatória comum, tendo maior incidência em crianças, embora também seja comum na idade adulta. Embora existam diversos estudos sobre a DS, sua etiologia ainda é desconhecida pelos pesquisadores. A literatura especializada, bem como os estudos de Saraiva *et al.* (2017) reforça que no caso de adultos acredita-se que a DS seja uma doença multifatorial, na qual os fungos, as alterações verificadas na imunidade celular ou mesmo uma predisposição genética sejam deflagradores dos casos. Nas crianças, normalmente as DS são manifestações fúngicas.

A DS é descrita pelo aparecimento de erupções cutâneas também classificadas como sendo lesões do tipo *rash*. A pele é tomada por placas vermelhas que coçam e descamam. Surgem onde há grande concentração de oleosidade, no couro cabeludo, face, canal auditivo, região peitoral e costas (NETO *et al.*, 2013).

A DS é um tipo de doença que atinge cerca de 5% da população mundial, sendo

detectada tanto em adultos como recém-nascidos, embora a maioria dos casos seja comutada a adultos e idosos. De acordo com Neto *et al.* (2013), a DS não tem uma etiologia determinada, mas os pesquisadores elencam três fatores que podem ser os maiores desencadeantes dessa dermatose, sendo eles o excesso de secreção das glândulas sebáceas, alterações fúngicas, principalmente as causadas pelo *Malassezia* sp e por fim, a resposta imune do indivíduo. Vale destacar que as DS são alterações consideradas crônicas e não transmitidas pelo contato. O que ocorre é uma inflamação do estrato córneo, uma vez que aí é possível encontrar grande concentração de glândulas sebáceas, identificadas no formato de placas amareladas, descamativas e de aspecto avermelhado, arredondadas ou ovais (SARAIVA *et al.*, 2017)

Os pesquisadores também observaram que a DS possui dois picos de incidência, o primeiro, no recém-nascido prolongando-se até os três meses de vida e outro na fase adulta, ocorrendo entre os 30 e 60 anos de idade. Neto *et al.* (2013) indica que os homens são os mais acometidos pela DS, considerando todas as faixas etárias e os estudos não conseguiram apontar variação racial nas manifestações da doença.

2.3 Dermatite Atópica (DA)

A dermatite ou eczema atópico é classificada como uma doença cutânea crônica, podendo ocorrer na infância e persistir até a idade adulta. Por ser crônica, a DA passa por períodos de remissão, sendo sazonais. Caracteriza-se pela presença de prurido, pele seca, lesões eczematosas caracterizadas pela faixa etária do indivíduo (GOMES, 2015). Por ser uma doença crônica, cuja remissão é imprevisível, a DA é considerada um mal epidemiológico e em muitos casos, incapacitante, ainda que por curtos períodos.

A DA está entre os maiores problemas de saúde pública e os dados apontam que o índice relativo à patologia aumenta constantemente, afetando de entre 10-20 % de crianças e 1-3% de adultos (SIMON, 2015). Esse autor menciona também que a dermatite atópica é considerada como um dos primeiros traços de doenças atópicas, tais como a asma e a rinite alérgica.

Saraiva *et al.* (2017) esclarece que a DA é uma doença inflamatória crônica, caracterizada por ser recidiva, de etiologia multifatorial e que por esses e outros motivos, incide diretamente na qualidade de vida dos sujeitos afetados. Manifesta-se pela presença de prurido intenso, xerodermia, hiperatividade cutânea e outros danos de morfologia e distribuição de acordo com a faixa etária da pessoa acometida. Nas inflamações são observados altos níveis de IgE (Imunoglobulina E).

No que tange à sua etiologia, a DA se associa a outras doenças atópicas tal como febre alta, asma, alergias alimentares ou reações anafiláticas. (ZAZULA *et al.*, 2014). Segundo os autores, os principais sintomas da DA são caracterizados por lesões com presença de crostas, prurido, inflamação e liquenificação. Há uma coceira intensa no local, o que pode causar outros tipos de infecções na derme. Além desses sintomas, uma DA pode ser detectada pelo ressecamento da pele, que por sua vez se apresenta áspera e com uma fina descamação (ZAZULA *et al.*, 2014).

Resta mencionar que a Disidrose, objeto dessa pesquisa é uma dermatite atópica crônica que afeta de forma pontual o cotidiano das pessoas, interferindo significativamente na qualidade de vida. Assim, segue nesse referencial teórico seus conceitos, etiologia e etiopatologia, bem como os possíveis tratamentos e a incidência.

2.4 Disidrose

De acordo com Zarur *et al.* (1999/2014), a disidrose e erupções disidrosiformes podem ser caracterizadas a partir da observação da ocorrência de lesões vesiculares nas extremidades dos membros. São particularmente crônicas e recidivas, representando até 20% dos denominados “quadros eczematosos” das mãos. De acordo com o autor citado, não há uma causa totalmente definida para a disidrose, o que dificulta em muito o seu diagnóstico e consequente tratamento. No entanto, algumas pesquisas mais recentes denotam que a ocorrência da disidrose, assim como algumas doenças autoimunes, tem ligação com as situações de stress.

Minelli *et al.* (2008) reforça que o termo disidrose emergiu a partir das pesquisas de Tilbury-Fox, datadas de 1873. Esse cientista acreditava que as lesões decorriam de alguma retenção sudoral. Mais a frente, em 1876, Hutchinson coligou a doença a alguma desordem neural, utilizando a palavra bolha em grego (*pompholix*) para designá-la. Houve contestações sobre a ligação da disidrose com as glândulas sudoríparas, e de acordo com Minelli *et al.* (2008), a partir da década de 1930 os estudiosos passaram a separar a disidrose por suas formas, sendo classificadas como “puras ou verdadeiras”.

Em relação à sua epidemiologia, Zarur *et al.* (1999/2014) reforça que é predominante na faixa dos 20 aos 40 anos. Somente 4,8% se refere a crianças com idade menor que 10 anos. Seu predomínio é em pessoas brancas, 80% sendo verificada em mulheres e homens.

Segundo Fonseca e Prista (2013), embora suas causas ainda não sejam bem definidas pela literatura médica, existem diversos fatores etiopatogênicos que podem estar relacionados

à incidência da disidrose.

Na fisiopatologia, as vesículas surgem sob a camada córnea espessa das palmas e plantas, tornando-se dolorosas com o aumento de volume. As lesões permanecem intactas, apesar da distensão devida a retenção do conteúdo líquido sob pressão, durante a lenta migração para a superfície. Essa migração dura cerca de três semanas, quando então as lesões se tornam secas e desaparecem. A descompressão das vesículas por perfuração ou incisão interfere no processo e proporciona o desaparecimento dos sintomas, particularmente o “prurido doloroso”. (FONSECA; PRISTA, 2013, p.54)

Ainda segundo os autores mencionados, a hipersudação³ é uma das causas investigadas das reações inflamatórias para a emergência da disidrose, entretanto, as pesquisas voltadas para a retenção sudoral demonstraram que esse aspecto não contribui para a diminuição das afecções causadas pela disidrose.

A disidrose é classificada sob dois aspectos. A disidrose idiopática ou verdadeira é denominada dessa forma quando não é possível determinar os agentes etiopatogênicos. Por outro lado, as erupções disidrosiformes são denominadas a partir de uma relação causal com as demais dermatites (FONSECA; PRISTA, 2013).

Em relação aos seus aspectos clínicos, a disidrose e as erupções disidrosiformes são definidas a partir da formação de vesículas nas palmas das mãos e plantas dos pés.

De acometimento bilateral e simétrico, especialmente nas porções laterais e dorsais dos dedos das mãos e dos pés. As vesículas rapidamente confluem, por vezes originando grandes bolhas. O conteúdo das vesículas é geralmente incolor, mas eventualmente pode tornar-se purulento. Costuma ocorrer de forma recorrente. Nos estágios de involução predomina a descamação em decorrência do dessecamento das vesículas. (DUARTE; PROENÇA; DULLIS, 2017, p.75)

O diagnóstico da disidrose é primordialmente clínico. A partir de uma anamnese realizada detalhadamente é possível o estabelecimento da etiologia, desde que seja também possível determinar qual o fator associado.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Para a efetivação da pesquisa sobre a disidrose, foi realizado um estudo com abordagem descritiva e retrospectiva, cujo foco principal esteve em acompanhar pacientes em tratamento na cidade de Iporá, bem como avaliar os aspectos clínicos e terapêuticos da doença.

³ Ou hiperidrose, caracteriza-se pela transpiração aumentada.

O estudo foi realizado na cidade de Iporá-GO, com duas mulheres que aí residem e exercem suas atividades laborais. As entrevistas e observações ocorreram na residência das participantes, mediante autorização antecipada e guardando a devida segurança devido ao COVID-19.

As participantes, identificadas pelas iniciais A.R.S e N.K.P.C foram esclarecidas sobre os objetivos da pesquisa e conforme orientação da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, foi lido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (em anexo), o qual resguarda a pesquisa mediante os órgãos aos quais se encontra jurisdicionada.

As pacientes acompanhadas estão em tratamento contra a disidrose e os resultados das entrevistas foram descritos no próximo item, resultados e discussão.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A participante, A.R.S tem 21 anos, exerce a profissão de atendente de farmácia e é graduada em Gestão Pública e Segurança do Trabalho. Foi diagnosticada com Disidrose há dois anos e meio.

No início acreditou que fosse apenas uma alergia simples e que passaria rapidamente, apenas com o uso de antialérgicos, pomada Cetobeta® e outros fármacos comumente usados para tratar alergias, somente depois da constatação que os sintomas não minimizavam é que fez exames mais profundos e teve o diagnóstico de Disidrose.

Isso corrobora o discurso de Simon (2015), quando afirma que o diagnóstico da disidrose, assim como ocorre com outras dermatites, é atrasado pela confusão de sintomas com alergias comuns. Por ser uma doença que pode se manifestar pelo contato com alguns produtos químicos, em muitos casos, sua intercorrência precisa ser investigada com mais profundidade.

Para que o diagnóstico pudesse ser emitido, foi feita uma raspagem superficial da pele. Esse processo é descrito como indolor, mas pode ocasionar uma perda mínima de sangue.

A paciente afirmou não fazer uso de nenhum medicamento via oral, uma vez que a disidrose é uma doença crônica, e fez opção por não tomar corticoides e somente fazer uso tópico. As pomadas são utilizadas para amenizar a coceira e a ocorrência de bolhas. De acordo com a participante, a coceira é muito intensa e para que diminua, faz uso de Dermosalic® pomada, Minâncora® e há pouco tempo passou a usar glicerina para amenizar a coceira.

No tratamento da disidrose é imperativo que a barreira epidérmica seja tratada e reparada, e para isso são indicados os emolientes e umectantes, como exemplo, a glicerina. Os

emolientes têm a capacidade de repor a camada lipídica da pele afetada, suavizando-a e trazendo alívio à coceira (WEINDIGER; NOVAK, 2016).

A pomada Dermosalic® é utilizada para o tratamento das dermatites de contato e tem em sua base a presença de corticoides. Em sua formulação é utilizado o dipropionato de betametasona, que tem ação anti-inflamatória, antipuriginosa e vasoconstritiva. Por ter uma ação mais imediata, a pomada é indicada em tratamentos de afecções fúngicas e bactericidas. A indicação do uso de corticosteroides é a sua rápida integração com os denominados receptores intracelulares, localizados nos núcleos das células, potencializando seus efeitos (FREITAS; SOUZA, 2017).

Segundo A.R.S. a melhor pomada utilizada foi a Dermosalic, embora sinta muita ardência na área acometida. Quanto à incidência da disidrose, a paciente relatou que no primeiro ano depois do diagnóstico, a doença se manifestava em média de 3 em 3 meses, ou de 2 em 2 meses. Como na época do diagnóstico, a paciente exercia sua atividade laboral em uma sanduicheria, como ajudante de cozinha, precisava lavar muita louça, a água e o sabão faziam com que as bolhas piorassem, tanto na coceira, quanto no aspecto visual. De acordo com A.R.S. do início de 2020 até o mês de março, houve apenas duas manifestações da disidrose, mas de forma bem amena.

Destaca-se que a disidrose é classificada também como doença laboral e de tal modo, quando os indivíduos precisam manipular substâncias químicas, pode ocorrer manifestações em maior ou menor amplitude (FREITAS; SOUZA, 2017).

A.R.S. atualmente trabalha em uma drogaria e de acordo com seu relato, não mexe mais com água ou produtos de limpeza. Relata que no cotidiano a disidrose não atrapalha tanto como antes, pois não utiliza produtos químicos no dia a dia.

Para a paciente, o que mais afeta não é apenas a presença das feridas que doem e coçam muito, mas o preconceito das pessoas ao seu redor. Muitos perguntavam e ainda perguntam se é uma doença contagiosa, o que fazia com que A.R.S. passasse por momentos de constrangimento. A disidrose é uma doença que não tem cura, mas não é contagiosa, mas para a ABCFARMA, preconceito é muito presente na vida de uma pessoa com disidrose ou mesmo outras dermatites, pois a aparência da pele nas crises chama muito a atenção (ABCFARMA, 2019).

As condições de estresse, além do contato com substâncias químicas são deflagradoras das crises de disidrose, sendo muito difícil para os pacientes ignorarem a coceira constante. Sem conseguir se desligar dos problemas diários, ao se deitar, a paciente sente mais coceira, coçando a pele até resultar em feridas. Ao ser indagada por que isso ocorre à noite, a participante

A.R.S. relatou “porque à noite quando vou dormir vem os pensamentos, preocupações, junta com o trabalho e as dívidas”. Segue abaixo algumas fotos tiradas quando a participante estava em meio às crises de disidrose.

A figura 1 (A e B) demonstra a manifestação da doença nas mãos da paciente. Denota-se a presença de feridas, principalmente sob as unhas. A figura 1 (C e D) demonstra uma remissão da disidrose com o uso da pomada Dermosalic®. Nota-se que as feridas se encontram suavizadas, o que demonstra a efetividade do uso dos corticoides no tratamento das afecções. A.S.R apresenta também feridas nos pés (E). De acordo com seu relato, nessa parte é ainda mais difícil o controle, pois até mesmo certo tipo de calçado pode fazer com que a pele se inflame.





Figura 1: Manifestação da disidrose (em A e B) na paciente A.S.R. Pele suavizada após o uso da pomada Dermalalic (em C e D). Incidência da disidrose no pé (em E) na paciente A.S.R.

Outra participante da pesquisa foi N.K.P.C. com idade de 18 anos, cursando o Ensino Superior, exercendo a função de agente de atendimento. Segundo relato, a paciente descobriu ter disidrose em setembro de 2019, mas desde 2017 tinha os sintomas, mas também tratava como alergia. Somente buscou o diagnóstico quando foi fazer um alongamento de unhas a e *nail designer*, que já havia visto casos de disidrose, sugeriu que se consultasse com um especialista. Como havia a ocorrência de feridas, a paciente não poderia fazer o alongamento das unhas e após a sugestão da profissional, buscou ajuda médica.

N.K.P.C também faz uso de corticoides para amenizar as crises, faz uso de um creme emoliente que auxilia a manter a camada lipídica da pele. Quanto a ocorrência das crises, a paciente revelou que tem várias ao longo do ano. Por exercer suas atividades laborais em uma sala com ar condicionado, sente que a pele fica mais ressecada, principalmente nos dedos, agravando a ocorrência. Quando isso ocorre é preciso passar o creme praticamente o tempo todo. De acordo com a paciente, suas crises são causadas, tanto pelo ressecamento da pele, quanto pela ansiedade.

Segundo a participante, o que mais a afeta é a autoestima, pois sente que as feridas transmitem uma sensação de descuido. Sobre a questão da autoestima em pacientes com dermatites e no caso, a disidrose, a ABCFARMA indica o acompanhamento psicológico com o objetivo de trabalhar a autoestima e os reflexos da disidrose na vida do paciente. A Figura 2 a seguir demonstra como a disidrose ocorre na pele de N.K.P.C.

De acordo com a paciente, para evitar ficar o tempo todo coçando as feridas, ela opta pelo alongamento das unhas, pois as unhas artificiais acabam protegendo as matrizes das unhas verdadeiras. A figura 2-B demonstra como ficam os dedos com a unha artificial.



Figura 2: Ocorrência de disidrose nas mãos (A) de N.K.P.C. Dedos acometidos por disidrose (B) com unhas artificiais.

É importante que se destaque que as crises limitam muito a atividade cotidiana das pacientes, mesmo quando estão em remissão. Além das questões ligadas à autoestima, até

mesmo lavar as mãos se torna um ato sofrível, pois a água clorada ou mesmo mineral faz com que as feridas doam muito.

5. CONCLUSÃO

Na finalização do estudo proposto, considera-se que as dermatites de contato, principalmente a disidrose, limita demais a vida cotidiana das pessoas. Além de ser uma doença que precisa de acompanhamento médico diário, principalmente nas crises, é necessário que as emoções dos indivíduos sejam psicologicamente monitoradas.

No relato das participantes ficou claro que a disidrose é limitante, traz um desconforto muito grande. Por outro lado, as questões ligadas à estética também são muito marcantes para as pessoas com disidrose, pois as feridas suscitam a curiosidade e em muitos casos, para se preservar de olhares e perguntas, preferem ficar em casa, cessando suas vidas sociais.

Destaca-se a necessidade de um diagnóstico feito o mais precocemente possível, para que o desconforto possa ser minimamente combatido. Como é uma doença crônica sua ocorrência ainda na juventude significa o tratamento e cuidado para a vida toda e quanto mais precoce for o diagnóstico, mais qualidade de vida o paciente terá.

Quanto aos medicamentos, ainda não há algum que seja específico para a disidrose, mas observou-se que a resposta aos corticoides é bem positiva. Entretanto, mais do que usar de forma indiscriminada, o paciente precisa ter consciência que esse princípio ativo traz efeitos colaterais. Reforça-se que nenhuma atitude pode ser tomada sem um acompanhamento médico adequado. Tomando tais precauções, as crises não irão acabar, mas a qualidade de vida dos pacientes pode ser ampliada.

REFERÊNCIAS

ABCFARMA. **Preconceito, um dos sintomas da dermatite atópica.** 2019. Disponível em <https://site.abcfarma.org.br/preconceito-e-um-dos-sintomas-da-dermatite-atopica/> Acesso em maio de 2020.

ANDRADE, B. C.; DUZZI, L.; FALDONI, F. L. C. Dermatite Retinoide em tratamentos estéticos faciais: revisão de literatura. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento.** Ano 03, Ed. 01, Vol. 01, pp. 95-112. 2018.

DEMO, P. **Metodologia do conhecimento científico.** São Paulo: Atlas, 2000.

DUARTE, I.; PROENÇA, N. G.; DULLIS, E. Dermatites eczematosas de mãos. *An Bras Dermatol*, 2017.

DUARTE, I.; FIGUEIREDO, M. Dermatite de contato na infância. **Revista brasileira de medicina**. Ano 03, Ed. 01, Vol. 01. 2014.

FONSECA A, PRISTA LN. **Manual da terapêutica dermatológica e cosmetologia**. São Paulo: Livraria Roca, 1993.

FREITAS, S. E. R.; SOUZA, L. **Protocolos de corticoides em pacientes com dermatites**. São Paulo: Livedit, 2017.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, F. R. E. S. **Dermatite seborreica do adulto e da criança: Revisão etiopatogénica e posição nosológica**. [Dissertação]. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal. 2015. Disponível em: https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/30564/1/Tese_DS.pdf. Acesso em junho de 2020.

MAYO, J. G. **Tratamentos e profilaxia das dermatites**. São Paulo: Contexto, 2014.

MINELLI, Lorivaldo; STERNICK, Manoel; FLORIÃO, Ryssia Alvarez; GEN, Airton dos Santos. **Disidrose**: aspectos clínicos, etiopatogénicos e terapêuticos. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. 2008. p. 107-115.

NETO, E. M. R.; et al. Dermatite seborreica: abordagem Terapêutica no âmbito da clínica Farmacêutica. **Revista Eletrônica de Farmácia**. Vol. X (4), 16 - 26, 2013. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/REF/article/viewFile/27451/15745>. Acesso em junho de 2020.

PIRES, M. C.; SCHEIDT, M. Vulvovaginites na infância: visão do dermatologista. **Pediatria Moderna**. 2014. V. 50 N. 5. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5793. Acesso em setembro de 2019.

POZZA, C. C. D. **Tabernaemontana catharinensis apresenta atividade antiinflamatória tópica em modelos de dermatite de Contato irritante em camundongos**. [Dissertação]. Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, RS, 2017. Disponível em: https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/12397/DIS_PPGBT_2017_DALLA%20POZZA_CAMILA.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em outubro de 2019.

PREZZA, J. G. L. **Dermatite na região de contato com o vaso sanitário**. [Tese]. Universidade Federal do Paraná. Curitiba. 2014. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/40383/R%20-%20T%20-%20JULIANA%20GOMES%20LOYOLA%20PRESA.pdf?sequence=2&isAllowed=y> 33. acesso em outubro de 2019.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani César de. **Metodologia do trabalho científico**: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. Novo Hamburgo: FEEVALE, 2008.

ROSMANINHO, I.; MOREIRA, A.; SILVA, J. P. M. Dermatite de contacto: revisão da literatura. **Rev Port Imunoalergologia**. 2016; 24 (4): 197 – 209. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/imu/v24n4/24n4a02.pdf>. Acesso em agosto de 2019.

SARAIVA, P.V. et al. **Dermatite seborreica – tratamento com óleos essencial de Melaleuca**. Universidade Tuiuti do Paraná. 2017. Disponível em: <http://tcconline.utp.br/media/tcc/2017/05/DERMATITE-SEBORREICA.pdf>. Acesso em agosto de 2019.

SIMON, K. R. **Novos tratamentos e perspectivas para a dermatite atópica**. [Monografia]. Universidade do extremo sul catarinense – UNESC. Criciúma, SC. 2015. Disponível em: <http://repositorio.unesc.net/bitstream/1/3602/1/Kellen%20Ron%C3%A7ani%20Simon.pdf>. Acesso em agosto de 2019.

TEIXEIRA, C. S. **Dermatites de contato**. Rio de Janeiro: Lexus, 2012.

WEINDIGER, R. S.; NOVAK, T. S.D. **O uso de corticoides nas dermatites atópicas**. São Paulo: Cortez, 2016.

ZARUR, S; FERREIRA, J; LIMA, R.B; VALLE, H.A. **Fibroqueratoma digital adquirido: relato de 10 casos**. Anais Brasileiros de Dermatologia, 1999. Atualizado em 2014.

ZAZULA, R.; et al. **Uso de medidas diretas e indiretas para avaliação de problemas de comportamento em crianças com dermatite atópica**. In Psicologia e análise do comportamento: conceituações e aplicações à educação, organizações, saúde e clínica. 2014. 267-287. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Robson_Zazula/publication/281464375_Uso_de_medidas_diretas_e_indiretas_para_avaliacao_de_problemas_de_comportamento_em_crianças_com_dermatite_atopica/links/55e9e73b08aeb6516265dc65.pdf. Acesso em outubro de 2019.