

Diagnóstico diferencial das dermatites de fralda na infância

Maria Helen dos Santos Loyola Pereira¹

Resumo: Introdução: A dermatite das fraldas é uma afecção dermatológica frequentemente relatada em crianças durante a primeira infância. **Objetivo:** esclarecer ao pediatra generalista a identificação e diferenciação das diversas afecções dermatológicas que acometem a região que se encontra em contato direto com a fralda. **Método:** revisão narrativa de literatura e análise de artigos entre 2004 e 2021 nas bases de dados PubMed (National Library of Medicine) e SciELO (Scientific Electronic Library Online). **Resultados:** existem dermatoses que possuem correlação direta com o uso da fralda, as que são exacerbadas pelo seu uso e as afecções que não têm essa correlação, entretanto, mimetizam dermatites comuns da região de utilização das fraldas. **Conclusão:** o uso de fraldas mimetiza dermatites nesta região e a orientação de pais e cuidadores associado a práticas higiênicas são fundamentais, além da condução correta de medidas de tratamento.

Palavras-chave: Dermatites de fraldas; Lesões; Infância; Prevenção; Tratamento.

Differential diagnosis of diaper rash in infants

Abstract: Introduction: Diaper rash is a dermatological condition frequently reported in infants and young children. **Objective:** To provide general pediatricians with guidance on identifying and differentiating the various dermatological conditions that affect the area in direct contact with the diaper. **Method:** Narrative literature review and analysis of articles published between 2004 and 2021 in the PubMed (National Library of Medicine) and SciELO (Scientific Electronic Library Online) databases. **Results:** There are dermatoses that have a direct correlation with diaper use, those that are exacerbated by its use, and conditions that do not have this correlation but mimic common dermatitis in the diaper area. **Conclusion:** Diaper use mimics dermatitis in this region, and guidance for parents and caregivers regarding hygiene practices is essential, in addition to the proper implementation of treatment measures.

Keywords: Diaper dermatitis; Lesions; Childhood; Prevention; Treatment.

Introdução

A barreira epidérmica do recém-nascido é formada durante o desenvolvimento histológico no útero e é finalizada com 34 semanas, contudo, após o nascimento, a ocorrência de lesão em estrato córneo é relatada, juntamente ao aumento da permeabilidade tecidual, que promove a perda de água, distermia, alterações eletrolíticas, exposição a agentes infecciosos e irritantes (Filho; Carvalho, 2017).

¹ Médica, pós-graduada em Pediatria pelo Instituto de Pós-Graduação Kandler Coutinho – IKAT. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0218-2402>. Email: m.helenloyola@gmail.com

A dermatite das fraldas é uma afecção dermatológica presente em muitas crianças (Ferreira, 2016; Rocha; Selores, 2004; Duarte, 2014) sendo considerada uma das mais frequentes durante a primeira infância, com um pico de incidência de até 50% e que pode persistir até o momento do completo desfralde (Carvalho et al., 2016). Durante as consultas de retorno neonatais, observa-se que, a dermatite de fralda está presente em 9,1% dos pacientes, enquanto em achados clínicos durante os atendimentos generalizados, indicam a ocorrência de dermatites irritativas da fralda em aproximadamente 75,6% dos atendimentos e em 34,4% dos indivíduos com menos de um ano de idade (Corrêa, 2017). A enfermidade é uma inflamação aguda de intensidade variável que acomete toda a região perineal incluindo a vulva, face interna das coxas, bolsa escrotal, glúteo, parte inferior do abdômen e até a altura da crista ilíaca (Ferreira et al., 2020).

Devido a função da barreira contra agentes externos ser ainda imatura, nas crianças desta faixa etária, a pele comprometida pelo atrito se torna susceptível a estes fatores, sendo eles decorrentes a umidade promovida pelo aquecimento da região ocluída pela fralda, que juntamente ao aumento de pH, o contato com a ureia da urina e com os sais biliares fecais intensifica esta condição (Teixeira et al., 2016; Bukhari, Alayoubi; Alzahrani, 2016; Torrelo-Fernández et al., 2019). Assim, promovendo o desenvolvimento de uma maceração tecidual, que resulta em uma inflamação aguda com intenso eritema (Azulay, 2017; Denadai et al., 2019). Os sintomas variam desde uma forma leve a severo, com formação de pápulas que promovem desconforto, com dor e prurido (Carnauba; Nunes, 2019). Os produtos higienizadores como cremes, loções, sabões, talcos e lenços umedecidos são extremamente irritantes (Azulay, 2017) e por isso aumentam o processo inflamatório (Azulay, 2017). Desta forma, a dermatite das fraldas é considerada uma dermatite de contato por irritante (Azulay, 2017), entretanto o material de composição da fralda não é o fator irritativo primário mais importante (Denadai et al., 2019), sendo raro, como fator exclusivo na ocorrência das dermatites irritativas pela fralda (Teixeira et al., 2016).

Comumente a pele é colonizada por agentes infecciosos, como *Staphylococcus aureus* (Antunes et al., 2017), *Proteus*, *Enterococcus faecalis* (Campos, 2017), e *Candida albicans* (Bukhari et al., 2016), o que agrava o processo de inflamação, sendo que na região das fraldas, ocorre enfermidades dermatológicas com semelhanças clínicas, mas com diferentes processos fisiopatológicos (Filho; Carvalho, 2017).

A região das fraldas é acometida por entidades etiologias multifatoriais, que promove diferentes dermatoses de caráter inflamatório, tendo, portanto, sintomatologia variável

(Teixeira et al., 2016), o que promove intenso desconforto à criança, devido a dor provocada pela maceração e irritação tecidual (Bukhari et al., 2016). Isto porque, a criança diminui a eliminação da diurese por desconforto ao urinar, fazendo como diagnóstico diferencial a disúria presente nas infecções do trato urinário, as quais podem verdadeiramente se tornar complicações (Carvalho et al., 2016).

Devido à multiplicidade de eventos ocorridos nesta região, o termo dermatite das fraldas é usado de forma ampla a fim de designar diferentes alterações, que devem considerar uma variedade de fatores envolvidos, bem como sua respectiva fisiopatogênica específica (Azulay, 2017). Sendo que, a dermatite das fraldas não é o único diagnóstico relatado e deve-se analisar as diferentes modalidades de dermatites nesta região anatômica, para conduzir a um diagnóstico correto e consequentemente uma terapêutica adequada (Denadai et al., 2019).

Dessa forma, o presente artigo tem por objetivo esclarecer e auxiliar o pediatra generalista na identificação e diferenciação das diversas afecções dermatológicas que acometem a região em contato direto com a fralda, seja por atrito, umidade ou excrementos. Bem como, relatar as dermatites que são exacerbadas pelo uso das fraldas e que ocorrem sem nenhuma correlação com elas. Embora relate-se (Denadai et al., 2019) semelhança no aspecto clínico entre essas dermatoses, os agentes causadores e sua fisiopatologia ocorrem de formas distintas. Desta maneira, o conhecimento destas enfermidades se faz imprescindível para o tratamento, o diagnóstico diferencial e a prevenção destas dermatites.

Material e métodos

Foi realizada revisão narrativa de literatura e análise de artigos entre 2004 e 2021 nas bases de dados PubMed (National Library of Medicine) e SciELO (Scientific Electronic Library Online). Para isso, os seguintes descritores e termos foram utilizados “Lesões dermatológicas em região de uso de fraldas”, “Dermatites” e “Tratamento e Prevenção”, respectivamente. Assim, totalizando 72 artigos utilizados, sendo estes artigos em inglês, espanhol e português.

Após a leitura dos artigos encontrados nas bases de dados, os títulos e resumos não aplicados ao tema e que não seguiram os critérios de seleção foram excluídos. Como critérios, utilizou-se dados bibliográficos que descreviam quais as lesões dermatológicas ocasionadas em

região de uso de fraldas e seus respectivos tratamentos e prevenções. Assim, qualquer proposta além desta foi excluída.

Alguns artigos completos foram descartados por terem sua publicação em data antecedente ao período determinado. Embora não tenha sido observado mudanças relevantes no diagnóstico ou na terapêutica relatados nesses referidos artigos, quando comparados aos artigos mais recentes. Os livros e textos de autores renomados foram de grande valia para conceitos fundamentais das dermatites de fraldas e as doenças que compõem o seu diagnóstico diferencial.

Desta forma, os estudos potencialmente elegíveis foram lidos na íntegra para verificar se atendiam a todos os critérios de legibilidade.

Resultados

De acordo com Azulay (2017), a dermatite que ocorre na área coberta pela fralda é uma reação inflamatória aguda que acomete crianças, desde os primeiros meses de vida, perdurando até cerca de dois anos de idade, período em que ainda não ocorreu o completo desfralde.

Raramente ocorre em neonatos e tem sua incidência aumentada a partir do primeiro mês de vida, atingindo maior incidência entre nove e doze meses (Gonçalves; Gonçalo, 2015). Crianças obesas podem apresentar dermatite na região do períneo e face interna das coxas, semelhantes ao quadro clínico da dermatite de fraldas, que ocorre principalmente devido ao atrito (Mendes; Vieira, 2016). Não se relata predileção por gênero ou etnia, sendo a dermatite de contato responsável por mais de 90% das dermatites relatadas (Hartman-Adams et al., 2014).

Sua etiopatogenia é multifatorial e os fatores desencadeantes são provenientes a oclusão constante da pele, promovida pela fralda e pelo atrito ocasionado pelos movimentos do bebê (Carvalho et al., 2016). A umidade intensa instalada promove a uma hiper-hidratação do estrato córneo e a maceração da epiderme, consequentemente alterando a função da barreira cutânea e permitindo que o pH ácido da epiderme aumente a coesão entre as células (Carvalho et al., 2016). Assim, a umidade elevada pela oclusão da fralda permite a alcalinização do pH, ocasionando uma alta permeabilidade da pele a fatores externos, como compostos presentes nas fezes e urina, o que promove o atrito constante desta região (Carvalho et al., 2016). De acordo com Azulay (2017), a umidade associada a fricção e ao contato com os excrementos, proporciona maior susceptibilidade à colonização de patógenos, os quais agravam o processo

inflamatório, dentre os agentes comumente encontrados, relata-se a presença de *Proteus*, *Candida albicans*, *Pseudomonas* e *Bacilos fecalis*.

Embora seja um termo inespecífico, a dermatite de fraldas, popularmente conhecida como “assadura” é designado para descrever várias afecções que ocorrem na região ocluída pelas fraldas e tem sua prevalência elevada (Azulay, 2017). Na região das fraldas ocorrem inflamações agudas, que possuem sua extensão e sintomatologia variável e dependem dos fatores envolvidos, como, por exemplo, longos períodos de exposição a sais biliares, lipases e proteases contidos nas fezes, bem como a exposição a ureia da urina, que se converterá em amônia (Oliveira, 2017).

O uso de produtos higienizadores, exógenos, faz parte deste arsenal de irritantes sobre a pele sensível e ainda muito permeável do bebê (Azulay, 2017). O uso de loções, lenços umedecidos, cremes e sabões aumentam a inflamação por levarem à quebra da barreira cutânea, visto que a remoção do estrato córneo permite o aumento da permeabilidade da pele (Azulay, 2017).

As regiões das coxas e inferior do abdome sofrem atrito prolongado com a superfície da fralda, ocasionando nesta área a formação de um eritema localizado (em banda) (Bukhari et al., 2016), denominado como dermatite das marés, devido a pele apresentar-se com aspectos finos, com presença de eritema úmido, intenso e brilhante, principalmente em regiões de pregas cutâneas (Carvalho et al., 2016). Além disso, caso não ocorra o tratamento precoce, elas evoluem a pápulas eritematosas e vesículas que promoveram a erosão da pele (Carvalho et al., 2016).

Ao decorrer da evolução do quadro, o eritema perde as características de brilho e apresenta descamação, que pode tornar-se exuberante (Antunes et al., 2017). Quadros estes, composto por pápulas com características firmes e salientes, com apresentação de coloração vermelho-escuro a violácea e aspecto vésiculo-erosivo-ulcerativa, sendo estas últimas, redondas ou ovais, com características crateriforme, que podem evoluir para hiperpigmentação ou atrofia, sendo este quadro denominado dermatite das fraldas erosiva de Jacquet (Carvalho et al., 2016).

As dermatites que ocorrem devido ao uso das fraldas fazem diagnóstico diferencial entre si e com outras afecções cutâneas, que também estão localizadas na área das fraldas, sem ter correlação com a utilização destas (Antunes et al., 2017). Os diagnósticos diferenciais importantes na prática clínica do pediatra podem tornar-se um desafio, pelo fato de existirem

doenças semelhantes clinicamente, porém com diferenças em seu protocolo terapêutico (Antunes et al., 2017).

A ocorrência de rash cutâneo na área da fralda sinaliza para a doença sistêmica, que está encontra-se exacerbada nesta região (Signori et al., 2016). Embora o eritema perineal tenha como etiologia mais comum a dermatite de fraldas, em quadros em que o eritema permanece refratário aos tratamentos, deve-se pensar em outras causas de dermatoses nesta região, como a exemplo, a alergia à proteína do leite de vaca, a acrodermatite enteropática e a histiocitose de Langerhans (Ferreira, 2016).

Será abordado neste artigo as dermatoses que possuem correlação direta com o uso da fralda, as que são exacerbadas pelo seu uso e as afecções que não têm essa correlação, entretanto, mimetizam dermatites comuns da região de utilização das fraldas.

Desta forma, dentre as enfermidades, a miliária pode ser desencadeada ou exacerbada pelo uso da fralda, devido ao calor e umidade que a oclusão desta promove (Dantas et al., 2019). Além disso, apresenta-se correlação com o uso da fralda, enfermidades como a candidíase (Mehanna et al., 2015), a dermatite atópica (Ciampo et al., 2018), a dermatite de contato irritativa (Carvalho et al., 2016) e a dermatite seborreica (Silva et al., 2014). O impetigo pode surgir decorrente ao atrito e prurido, bem como, contaminações bacterianas na região da fralda (Martinez-Bustamante et al., 2017). Enquanto, quadros envolvendo psoríase podem ser exacerbados ou desencadeados, devido ao processo inflamatório que se instala na região de utilização da fralda (Martinez-Bustamante et al., 2017).

Outras dermatoses ocorrem na área da fralda (Bukhari et al., 2016), sem que ocorra a intervenção desta, sendo as enfermidades de maiores destaques o granuloma glúteo infantil, a acrodermatite enteropática, a histiocitose das células de Langerhans e a sífilis congênita (Silva et al., 2018). Ressalta-se que, deve-se ser considerado o abuso infantil e os maus tratos, como um diagnostico diferencial, mediante a análise clínica e o estado psicossocial da criança e da família (Távora et al., 2019).

Discussão

Miliária

A miliária é uma enfermidade conhecida como calor espinhoso, que ocorre devido a obstrução da saída de suor pelo ducto écrino, sendo os fatores desencadeantes: o calor e o aumento da umidade (Resende et al., 2018). Esta enfermidade é frequentemente identificada na população pediátrica, como uma condição transitória, visto que as lesões variam de acordo com o nível de obstrução do ducto e classificam-se como cristalina (superficial), rubra (bloqueio na epiderme ou derme) e rubra profunda (bloqueio profundo do ducto) (Resende et al., 2018). Além disso, a enfermidade é representada pela formação de vesículas claras e pápulas eritematosas, tanto na forma rubra, quanto na forma rubra profunda, que apresenta pápulas foliculares (Alessandra et al., 2014). A miliária afeta com frequência os indivíduos lactentes, e devido a oclusão ocasionada pela fralda e pelo aumento da sudorese nesta região anatômica, faz-se importante o diagnóstico diferencial desta diante a dermatite de fraldas (Carvalho et al., 2016).

A maioria dos casos de miliária é benigno e autolimitado e apresenta melhora ao ocorrer a diminuição a exposição ao calor (Silva et al., 2018). O uso de roupas frescas e que proporcionem maior ventilação, especialmente das áreas flexoras, reduz o processo inflamatório-obstrutivo das glândulas sudoríparas, visto que, a sudorese profusa, o calor e a umidade excessiva, juntamente a roupas oclusivas são fatores de risco para a ocorrência de miliária (Freire et al., 2017). Desta forma, a fralda é um dos fatores de complicação para esta enfermidade, na área por esta ocluída (Silva et al., 2018).

O tratamento consiste em usar roupas que promovam uma maior ventilação, juntamente a banhos frequentes com a utilização de sabões para pele sensível, bem como a secagem de forma delicada e a utilização de compressas frescas, com a finalidade de aumentar o aporte hídrico 30. Em casos de maior inflamação, os cremes à base de corticosteroides podem ser necessários, bem como os anti-histamínicos que diminuem as condições de prurido (Castro; Gomes, 2018). As vestimentas feitas com algodão impedem o contato das dobras, podendo ser úteis para a prevenção e auxílio no tratamento, enquanto materiais de poliéster e nylon devem ser evitados (Azulay, 2017).

Dermatite de contato

A dermatite de contato é uma afecção frequente relatada em indivíduos de qualquer faixa etária, com ocorrência em quadros em que acontece o contato direto da pele com o fator desencadeante (dermatite de contato por irritante) ou por agentes sensibilizantes (dermatite de contato alérgica) (Torrelo-Fernández et al., 2019).

A dermatite de contato alérgica é imunomediada por linfócitos T, sendo esta, uma reação alérgica do tipo IV, enquanto que, a dermatite de contato por irritante, ocorre por meio da ação direta de agentes alcalinos ou ácidos, que ao entrarem em contato com a pele desenvolvem o quadro (Hartman-Adams et al., 2014). A dermatite por irritante pode ocorrer de forma intensa após o contato, apresentando lesões características de fase aguda, com a formação de exsudato, eritema, vesículas e bolhas (dermatite por irritante absoluto) ou pode se apresentar paulatinamente, onde as lesões surgirão, após as exposições prolongadas e repetidas ao irritante (dermatite por irritante relativa) (Hartman-Adams et al., 2014). A dermatite por irritante na área das fraldas é a dermatite do tipo relativa, sendo esta a que mais acomete crianças, visto seu acometimento da face externa do quadril, devido ao atrito com o material que compõe a fralda e denominada como “dermatite do cowboy” (Gonçalves; Gonçalo, 2015).

A dermatite irritativa primária pela fralda é referida por vários autores como a verdadeira dermatite das fraldas, sendo considerada como um sinônimo, devido a esta proporcionar contato direto e prolongado com resíduos, como fezes e urina (Levandowski; Oliveira, 2018). Embora outras dermatoses ocorram até mesmo como consequência da irritação primária, a dermatite de contato por irritante, ainda é a mais prevalente (Ferreira, 2016). Desta forma, é considerada como produto de um processo inflamatório, decorrente de diversos fatores, incluindo a exposição repetida a produtos higienizadores na forma de loções perfumadas (Levandowski; Oliveira, 2018). Pode-se ocorrer de forma isolada, sem complicações, entretanto é comum, o relato de complicação secundária por outros agentes, principalmente por patógenos (Ferreira, 2016).

O tratamento deve ser instituído de acordo com a fase em que se encontram as lesões (Hartman-Adams et al., 2014), sendo que as vesiculosas e exudativas ocorrem na fase aguda e subaguda e as pápulo-crostosas e liquenificadas, promovem lesões na fase tardia (Gonçalves; Gonçalo, 2015). A descontinuação do agente desencadeante irritativo é a forma mais simples e eficaz de tratamento (Hartman-Adams et al., 2014). O tratamento à base de corticoides tópicos é altamente empregado com sucesso, porém relata-se que ocorra, dermatite decorrente ao uso

destes, seja ocasionada pelo próprio princípio ativo do medicamento ou por seu veículo (Castro; Gomes, 2018). As dermatites de evolução crônica, juntamente a utilização de forma prolongada de corticoides tópicos, são fatores predisponentes (Castro; Gomes, 2018). Sendo que, as fraldas descartáveis apresentam diversas camadas contendo polímeros, que são altamente absorventes para a retenção de urina e consequentemente propensas a causar dermatites de contato irritativas (Tripode et al., 2015).

Dermatite Atópica

A dermatite atópica é uma doença inflamatória multifatorial de caráter crônico e recidivante, caracterizada por quebra da função da barreira cutânea, com a redução da proteção do estrato córneo (Carnauba; Nunes, 2019), com envolvimento do sistema imunológico (Amiralian; Fernandes, 2017). Esta afecção é frequente na população pediátrica (Alcoforado et al., 2019), e traz grande desconforto ao paciente e a seus familiares, visto seu impacto na qualidade de vida e sua alta prevalência na atenção básica (Waksman et al., 2018). Na criança, a doença comumente inicia-se como uma dermatite atópica (eczematosa) e evolui posteriormente como uma rinite alérgica e asma, conhecida como marcha atópica (Amiralian; Fernandes, 2017; Waksman et al., 2018). Esta correlação ocorre em indivíduos geneticamente predispostos a sintetizar exuberantemente a IgE para uma multiplicidade de antígenos (Amiralian; Fernandes, 2017).

As doenças alérgicas se modificam nas diversas fases da vida em um mesmo paciente (marcha atópica) e isso ocorre por sensibilização a antígenos com predomínio de resposta Th1 (Conselho Municipal dos direitos da criança e do adolescente, 2020). Os fatores ambientais também estão envolvidos (Carnauba; Nunes, 2019; Waksman et al., 2018), podendo-se citar as substâncias de composição da fralda e produtos usados nessa região, que atuam como fatores sensibilizantes a esta resposta inflamatória, por isso, ocasionando o aumento significativo da dermatite atópica (alérgica) na região da fralda (Ministério da Saúde, 2019). Além disso, utiliza-se os testes de epicutâneos para o auxílio no diagnóstico da enfermidade (Carnauba; Nunes, 2019).

No tratamento, a utilização de hidratantes é a primeira linha a ser administrada em todas as formas de dermatite atópica (Ferreira, 2016). Enquanto, o uso de corticosteroides e inibidores de calcineurina são utilizados e representam bons resultados (Ciampo et al., 2018).

Dermatite Seborreica

Dermatite seborreica é uma doença inflamatória de caráter crônico, bastante frequente, que promove episódios de atividade e de intensidade variável, acometendo áreas corpóreas ricas em glândulas sebáceas, como a face, o couro cabeludo, a região retroauricular, inguinal e também áreas flexurais (Mendes; Vieira, 2016; Fernandes et al., 2019). A dermatite seborreica na infância é autolimitada e ocorre nos primeiros meses de vida podendo, entretanto, persistir até em torno dos dois anos de idade, sendo que, o prurido não é um dos sintomas mais relevantes entre as crianças (Hartman-Adams et al., 2014). Suas lesões ocorrem no couro cabeludo 40, em região de supercílio e em áreas flexurais das fraldas (Cytrynbaum; Machado, 2020).

A dermatite seborreica é dermatose imuno inflamatória que se manifesta como placas eritemato-descamativas bem delimitadas (Mendes; Vieira, 2016). Sua etiopatogenia é ainda desconhecida e está incluída em sua fisiopatogênica a presença do fungo de gênero *Malassezia* (Mendes; Vieira, 2016; Fernandes et al., 2019), que promove uma resposta inflamatória por meio de atividade das lipases fúngicas, que liberam ácidos graxos pró-inflamatórios, em meios ricos, com presença de sebo, o que auxilia na ativação do sistema complemento (Espindola, 2019). Sendo, a atividade de linfócitos T helper também relatadas (Espindola, 2019).

A dermatite seborreica infantil tem seu início entre a primeira e segunda semana de vida, acometendo a face, o couro cabeludo e a área das fraldas (Ferreira, 2016). As lesões são eritemato-descamativas e normalmente, não ocorre o comprometimento do estado geral da criança (Ferreira, 2016). Na região da fralda, o diagnóstico é terminantemente clínico e embasado nas características da localização e das lesões, sendo que, normalmente acometem as pregas inguinais e possuem coloração salmão (Mendes; Vieira, 2016). A escolha do tratamento depende da região acometida e da intensidade do quadro (Fernandes et al., 2019).

Impetigo

Infecção cutânea mais comumente ocasionada por *Streptococcus* do grupo A, *Staphylococcus* e em menor proporção, por anaeróbios (Bernardes et al., 2014). Acomete crianças principalmente nas faixas etárias mais baixas, até em torno dos cinco anos de idade, sendo uma afecção altamente contagiosa (Ferreira et al., 2014). As crianças atópicas têm maior propensão para contaminação, devido a xerose cutânea e as pequenas escoriações decorrentes

a coçadura, que juntamente a picadas de inseto, tornam-se fatores que facilitam o contágio, principalmente pelo prurido (Bernardes et al., 2014). A sazonalidade também influencia na contaminação e disseminação das bactérias envolvidas (Ferreira et al., 2014).

As áreas corpóreas como narinas e flexuras são locais de colonização dos germes, que se disseminam em situação propícia à infecção cutânea (Silva, 2017). O impetigo ocorre, portanto, em área de pele anteriormente íntegras, que ao sofrer solução de continuidade, tornam-se portas de entrada para microrganismos, como por exemplo, na região da fralda, em que a pele é frequentemente agredida por fatores químicos e físicos que rompem esta continuidade, sendo o impetigo uma complicação comum (Martinez-Bustamante et al., 2017).

O impetigo pode ser crostoso ou bolhoso (Ferreira, 2016), sendo que, o impetigo crostoso apresenta pápulas, pústulas ou vésico-bolhas, que sofrem exulceração ou ulceração e formam-se um manto de secreção, que se torna em uma crosta aderente, de coloração marrom-amarelado conhecida como crosta melicérica, características estas do impetigo (Fonseca et al., 2020; Couto, 2020). Sua borda é eritematosa e cicatriza formando hiperemia pós-inflamatória (Couto, 2020). O impetigo bolhoso é causado principalmente por *Staphylococcus aureus*, podendo também ter como agente infeccioso os estreptococos do grupo A (Ferreira, 2016). A ocorrência de bolhas e vesículas que se originam da pele são, sem eritema prévio e ao eclodir seu conteúdo resulta em crostas melicéricas, que ocorrem predominantemente nas regiões intertriginosas, no glúteo, coxas e extremidades (Couto, 2020).

O tratamento consiste na limpeza dos ferimentos e remoção das crostas, juntamente a antibioticoterapia tópica ou sistêmica que pode estar indicada de acordo com a intensidade e extensão das lesões (Ferreira et al., 2014).

Candidíase

A candidíase ou monilíase cutânea ocorre na área da fralda como infecção secundária (Ferreira, 2016). Os múltiplos fatores que promovem o comprometimento da barreira cutânea predispoem a pele à colonização de germes oportunistas, sendo esta causada pelo fungo *Candida albicans* (Carvalho et al., 2016). Esta enfermidade acomete principalmente lactentes até os 12 meses de idade (Mendes; Vieira, 2016).

O ambiente quente e úmido favorece a proliferação dessa levedura, podendo causar vaginite, dermatite de fraldas e candidíase oral (Monteiro et al., 2017). Na área da fralda ocorre

hiper-hidratação, que ao invadir o estrato córneo, ativa a via alternativa de complemento, produzindo então uma resposta inflamatória intensa (Chianca et al., 2016). Em neonatos com baixo peso, a candidíase é frequente em todo o mundo, podendo estar presente ao nascimento e acometer o trato gastrointestinal (Mehanna et al., 2015).

O quadro clínico manifesta-se como placas eritematosas com descamação periférica e pústulas como lesões satélites (Mattar; Damiance, 2020). Pode-se também apresentar-se pápulas eritematosas recobertas por escamas, de aspecto confluyente, que afetam toda a região perineal, sendo sua predileção as regiões de flexuras (Mattar; Damiance, 2020).

Dentre as medidas, manter a pele seca e realizar diversas trocas de fralda durante o dia, juntamente a aplicação de cremes de barreira, são formas fundamentais preventivas, que devem ser realizadas, a fim de evitar as constantes recidivas (Sato, 2017), visto que, esta enfermidade leva à perda de peso (Mattar; Damiance, 2020). A utilização de cremes contendo antifúngicos, especialmente os derivados imidazólicos promovem bons resultados no tratamento (Sato, 2017).

Psoríase

Doença inflamatória de evolução crônica de caráter multifatorial, e suas causas não estão totalmente estabelecidas (Thean et al., 2021). Tem prevalência de 1 a 2% na população pediátrica (Tavares et al., 2020) e clinicamente manifesta-se, com placas eritematosas descamativas, que podem confluir entre si, sendo suas escamas espessas e com aspecto prateado (Ferreira, 2016).

A psoríase pode ocorrer em qualquer faixa etária, porém é muito comum o seu surgimento na infância, e em casos, em que o relato ocorre antes dos 15 anos, possuem importante agregação familiar, sendo o sexo feminino mais afetado (Ferreira, 2016; Tavares et al., 2020). Manifesta-se como lesões violáceas, descamativas recobertas por crostas, que acometem a região anatômica dos joelhos, cotovelos, região palmar e plantar, e pode haver o acometimento de superfícies cutâneas extensas (Silva, 2018). As lesões iniciais costumam afetar a área das fraldas, fazendo diagnóstico diferencial com dermatite seborreica ou a dermatite irritativa da falda, especialmente em crianças abaixo de dois anos (Tavares et al., 2020).

A distinção entre a dermatite irritativa da fralda e a psoríase é uma forma de conseguir diferentes as características das lesões, sendo que, nesta última, apresentam-se com eritema mais claro e brilhante e prurido com intensidade variável (Freitas; Santiago, 2018). Costuma-se acometer em áreas flexurais inguinais, além de não responderem às medicações classicamente utilizadas nas dermatites de fraldas (Freitas; Santiago, 2018).

O tratamento da psoríase em crianças envolve toda a família, e deve incluir acompanhamento psicológico, segundo o consenso de psoríase de 2006 (Tavares et al., 2020; Freitas; Santiago, 2018). É importante ressaltar que esta é uma das doenças dermatológicas que apresenta o fenômeno de Koebner (Ferreira, 2016; Tavares et al., 2020) em que as lesões são reproduzidas em locais de trauma (Santos, 2015). Nos pacientes pediátricos, as medidas terapêuticas adotadas devem ser as menos agressivas, sendo mais indicados os tratamentos tópicos, entre eles os análogos da vitamina D3, corticoides e inibidores da calcineurina (Tavares et al., 2020). Caso mais severos devem ser analisados e cada propedêutica deve ser aplicada conforme a faixa etária e gravidade da doença (Freitas; Santiago, 2018).

Acrodermatite Enteropática

A acrodermatite enteropática é uma doença autossômica, recessiva rara (Fernandes; Nogueira, 2020; Afonso, 2017), grave, que ocorre devido a deficiência da absorção intestinal do zinco por mutação do gene SLC39A4, localizado no cromossomo 8q24.3 (Fernandes; Nogueira, 2020). Este gene codifica a proteína Zip4 necessária para a captação do zinco a nível do duodeno e jejuno (Fernandes; Nogueira, 2020).

O zinco é um elemento necessário para o metabolismo do ácido nucléico e participa de muitas ações enzimáticas importantes para as membranas biológicas (Fernandes; Nogueira, 2020; Soccio; Perlmutter, 2020), a sua deficiência tem como manifestações clínicas, o surgimento da clássica tríade dermatite eczematosa erosiva simétrica acral e periorifical, bem como de alopecia e diarreia (Fernandes; Nogueira, 2020; Soccio; Perlmutter, 2020). Além disso, pode ocorrer onicopatia, queilite angular, conjuntivite e fotofobia (Fernandes; Nogueira, 2020).

O diagnóstico se faz pela dosagem de zinco, por amostras de urina ou do cabelo, sendo a dosagem sérica, a forma padrão ouro, enquanto, a dosagem de fosfatase alcalina é uma forma útil durante o diagnóstico, devido esta ser dependente de zinco (Fernandes; Nogueira, 2020). Deve-se considerar outras causas de deficiência de zinco, como deficiência adquirida e doenças

que prejudiquem sua absorção. O tratamento consiste na reposição de zinco elementar na dosagem 1 a 3 mg/kg/dia (Fernandes; Nogueira, 2020; Soccio; Perlmutter, 2020).

Granuloma Glúteo Infantil

Segundo Azulay (2017), o granuloma glúteo infantil manifesta-se como nódulos acastanhados ou violáceos assintomáticos, que ocorrem na área das fraldas. Sua ocorrência não tem causa firmemente determinada, porém sabidamente envolve o uso excessivo de cremes contendo corticosteroides de alta potência, utilizados no tratamento da dermatite irritativa da fralda, sendo, portanto, considerada uma reação adversa ao seu uso indiscriminado (Ferreira, 2016).

As infecções por *Candida albicans* parecem estar envolvidas no desenvolvimento do granuloma glúteo infantil (sinonímia granuloma infantum) (Levandowski; Oliveira, 2018). Esta enfermidade acomete principalmente a faixa etária entre 1 e 9 meses, sendo mais frequente no sexo masculino (Ferreira, 2016). Além disso, ocorre predominantemente nas pregas inguinais e região interglútea e o estudo anatomopatológico, deve ser considerado para conduzir um diagnóstico preciso (Levandowski; Oliveira, 2018). O tratamento consiste na suspensão do uso de corticosteroides e hidratação da pele (Ferreira, 2016).

Sífilis congênita

A sífilis é uma doença infecciosa, sexualmente transmissível causada pelo *Treponema pallidum* (Johanna, 2021), uma espiroqueta de alta patogenicidade (Siega et al., 2020). A transmissão vertical ocasiona a sífilis congênita, doença de grande impacto para a saúde pública, apesar do diagnóstico fácil e tratamento disponível (Johanna, 2021). Sua cura acontece quando a gestante e o parceiro são tratados adequadamente (Siega et al., 2020). Além disso, a enfermidade traz graves consequências para mãe e bebê, como o adiantamento do parto ou o nascimento de um natimorto (Johanna, 2021). Além dessas morbidades, ocorrem lesões ósseas graves na fase tardia (Capitanio, 2018).

As primeiras manifestações ocorrem nos primeiros três meses de vida (Siega et al., 2020). A sífilis congênita é dividida em precoce, quando os sintomas iniciam até os dois anos

de vida e sífilis congênita tardia, quando os sintomas surgem após esse prazo (Johanna, 2021). As principais manifestações da sífilis precoce são rinite, rash cutâneo, febre, hepatomegalia, icterícia, anomalias esqueléticas, linfadenopatia e meningite (Fernandes; Nogueira, 2020). Na fase tardia, ocorre o acometimento de vários órgãos e sistemas, destacando-se as malformações esqueléticas (Viana et al., 2019).

As principais lesões cutâneas no lactente, são alterações cutâneas nas primeiras semanas de vida, seguidas pelo surgimento de pápulas eritematosas ou rosadas, com distribuição extensa no dorso, glúteo, coxas, palmas e plantas. As pápulas são elevadas e podem apresentar eritema significativo, podendo ocorrer bolhas e posteriormente ulceração, estas, ricas em espiroquetas (Strehlow et al., 2018). As lesões podem evoluir com hiperemia pós inflamatórias crônicas, descamação e crostas, ao decorrer de até três semanas (Strehlow et al., 2018). As lesões que acometem glúteo e face interna das coxas fazem o diagnóstico diferencial com as dermatites de fraldas (Strehlow et al., 2018).

O diagnóstico é feito por testes não treponêmicos, sendo o VDRL o mais utilizado (Viana et al., 2019; Johanna, 2021). O tratamento de escolha é a penicilina, salvo em casos de alergia, podendo ser utilizado ceftriaxona, claritromicina e outros antimicrobianos (Johanna, 2021). Os casos de sífilis congênita são tratados preferencialmente com penicilina (Johanna, 2021; Siega et al., 2020). Além disso, cada situação deve ser analisada individualmente para uma condução adequada em relação ao tratamento e acompanhamento da enfermidade (Siega et al., 2020).

Histiocitose das Células de Langerhans

A Histiocitose das células de Langerhans é uma proliferação das células de Langerhans, com causa desconhecida (Balau, 2019). Tem como epônimo doença de Letterer Siwe ou histiocitose X na sua forma disseminada, em que o segundo termo se encontra em desuso (Ferreira, 2016). É doença rara, que pode se apresentar de forma grave decorrente o acometimento sistêmico (Balau, 2019).

Acomete preferencialmente lactentes jovens e crianças entre 1 e 4 anos de vida, sendo o sexo masculino mais afetado (Veintimilla; Legna, 2016). Há uma proliferação clonal dessas células dendríticas, que são uma forma especial de histiócitos apresentadores de antígenos (Veintimilla; Legna, 2016), que ocorre por disfunção do sistema reticuloendotelial (Labrada,

2018). Essa proliferação se difunde na pele ou entre múltiplos tecidos, o que explica a sintomatologia sistêmica, contudo a maioria dos pacientes apresentam linfadenopatia, acometimento pulmonar, ósseo e frequentemente evoluem com hepatoesplenomegalia (Afsar et al., 2017). As histiocitoses têm como característica comum a formação dos grânulos de Birbeck, que são marcadores de superfície intracitoplasmáticos CD1a (critério major) e da proteína S100 (Labrada, 2018).

As lesões são caracterizadas pela formação de pápulas, placas, eritematosas e escamocrostosas, de aspecto seborreico, que podem sofrer erosão, acometendo a região do tronco, do couro cabeludo e das áreas flexurais (Afsar et al., 2017). As lesões se assemelham à dermatite seborreica, entretanto são em sua maioria purpúricas, comumente sendo tratada como tal (Afsar et al., 2017). Não sendo observado melhora do quadro clínico, pode-se ocorrer a formação de nódulos ulcerados nas áreas intertriginosas e periorificiais (Mendes; Vieira, 2016). O diagnóstico requer biópsia e o estudo anatomopatológico, juntamente a imunohistoquímica (Veintimilla; Legna, 2016).

O tratamento dependerá da gravidade do quadro, especialmente porque há várias formas de histiocitose, com uma variedade clínica e com sobreposição de aspectos comuns entre elas, tornando o diagnóstico desafiador (Afsar et al., 2017). Entretanto, o diagnóstico deve ser confirmado precocemente, para que haja melhores possibilidades de tratamento (Ferreira, 2016). As indicações terapêuticas são corticoterapia, quimioterapia com vinblastina, talidomida, entre outros agentes (Mendes; Vieira, 2016; Veintimilla; Legna, 2016)

Abuso Infantil e Maus Tratos

A violência contra crianças é uma condição de relevância e o aprimoramento, do atendimento integrado, tem por finalidade instrumentalizar profissionais da área da saúde a minimizar os impactos sofridos pela criança diante a violência (Braecher et al., 2019).

A pele é considerada o primeiro órgão a ser afetado em quadros de violência, sendo que aproximadamente 90% das vítimas de violência apresentam lesões cutâneas durante o procedimento de exame físico (Braecher et al., 2019). Ao verificar lesões na região do períneo e vulva, deve-se lembrar de investigar casos de abuso infantil e maus tratos (Távora et al., 2019). A avaliação do comportamento dos pais ou cuidadores, ou mesmo da criança pode apontar para tal, e na sua constatação ou suspeita, deve-se acionar o Conselho Tutelar (Távora et al., 2019;

Braecher et al., 2019). O exame físico minucioso pode mostrar outras superfícies corpóreas lesionadas que apontem para abuso infantil ou maus trato (Távora et al., 2019).

Dentre as alterações dermatológicas se encontram a presença de equimoses, hematomas (Braecher et al., 2019), escoriações, lacerações, cortes, alopecias, cicatrizes, abrasões, perfurações, mordidas e até queimadura de terceiro grau (Távora et al., 2019).

Estudos evidenciam que crianças que sofreram abuso e maus tratos na primeira infância apresentam níveis mais baixos de cortisol e desenvolvem diversos problemas de ordem psiquiátrica (Carvalho et al., 2016). Tal ato pode causar comprovadamente problemas de socialização, dificuldades nos seus relacionamentos na vida adulta e desordens psíquicas (Távora et al., 2019; Carvalho et al., 2016).

Assim, a importância de uma anamnese e exame físico bem realizados é que irão conduzir ao diagnóstico e tratamento corretos (Távora et al., 2019).

Tratamento e medidas preventivas

O tratamento das dermatites da área de fraldas se concentra em dois pontos principais: a cicatrização da pele diante as lesões e a prevenção de novas lesões (Carvalho et al., 2016; Veintimilla; Legna, 2016). A prevenção é extremamente necessária e fundamental, visto que, apesar de ser desafiadora, exige a reintegração completa da barreira cutânea, que em diversos quadros, apenas ocorrerá após o completo desfralde (Carvalho et al., 2016).

Antes de adotar qualquer medida terapêutica, é imperativo conhecer a etiologia da dermatose em questão (Ferreira, 2016). Por este motivo, uma anamnese minuciosa e exame físico cuidadoso e detalhado deve sempre ser realizado (Távora et al., 2019). Uma história clínica bem documentada, pode direcionar a compreensão em relação a causa original da dermatite ou excluir outras enfermidades (Mendes; Vieira, 2016).

Alguns dados simples, mas de extrema importância, como a faixa etária, sexo da criança e condições psicossociais da família são fatores que devem ser observados diante de um quadro de dermatite da área de fraldas (Gonçalves; Gonçalo, 2015). Ao colher dados a respeito da criança, deve-se questionar a presença de sinais e sintomas, como prurido, ardência, hábitos de higiene, antes e durante as trocas de fraldas, bem como a frequência com que são feitas as mesmas (Mendes; Vieira, 2016).

Diante de uma resposta insatisfatória, deve-se investigar, se o tratamento está sendo realizado da forma correta, identificando quais são os fatores agravantes a tal condição e direcionar o diagnóstico (Filho; Carvalho, 2017). Além disso, deve-se atentar para as dermatoses incomuns e raras, que possuem um prognóstico ruim, ressaltando, que diversas enfermidades, que ocorrem na região da utilização da fralda, podem não estar correlacionadas a esta 66.

A limpeza deve ser feita preferencialmente, logo após cada micção ou evacuação, utilizando água limpa, de forma suave, bem como o uso de sabão e lenço umedecido, com pH neutro ou levemente ácido, sem perfume e álcool, com uma frequência de duas vezes ao dia (Ferreira, 2016). Além disso, deve-se secar a pele correta, a expor a ventilação e não realizar movimentos que promovam a fricção da mesma (Mendes; Vieira, 2016). Após, a realização do banho ou da troca, deve-se aplicar uma boa quantidade de creme na barreira cutânea (Carvalho et al., 2016; Mendes; Vieira, 2016; Viana et al., 2019; Veintimilla; Legna, 2016) contendo óxido de zinco, vaselina e dexpanthenol (Ferreira, 2016).

Os medicamentos tópicos contendo antifúngicos e derivados imidazólicos, como ciclopírox e nistatina, são indicados em quadros em que houver a comprovação de quadro de candidíase 2, em que a utilização de nistatina por via oral é recomendada (Cavalcante et al., 2020).

A indicação correta da fralda encontra-se em questionamento, devido aos diversos estudos que se posicionam de forma favorável a utilização de fraldas descartáveis superabsorventes, decorrente as características respiráveis, que promover o menor índice de dermatite da área de fraldas em comparação com as tradicionais fraldas de pano (Carvalho et al., 2016; Veintimilla; Legna, 2016)

Os cremes de barreira são utilizados durante o processo de prevenção e tratamento das dermatites de fralda leves a moderadas (Filho; Carvalho, 2017). Essas preparações restauram a barreira cutânea, evitando o atrito do estrato córneo com os resíduos das fezes e urina, através da formação de uma película lipídica (Azulay, 2017). A vitamina D, a solução de Burow e as substâncias hidratantes são amplamente utilizadas (Ferreira, 2016). Vale ressaltar, que as infecções bacterianas secundárias podem ocorrer e nas apresentações leves, pode ser utilizar como terapêutica, a mupirocina a 2% visto, esta apresentar bons resultados, enquanto em quadros graves, deve-se administram protocolos de antibioticoterapia (Florindo, 2015).

A dermatite irritativa da fralda é uma condição que traz desconforto para a criança e preocupação para os pais (Veintimilla; Legna, 2016). Entretanto esta enfermidade pode ser

evitada, desde que, cuidados simples sejam realizados e orientações corretas sejam compartilhadas com os cuidadores, em relação a hidratação, banho, práticas de limpeza e cuidados com as regiões que possuem contato direto com a fralda (Filho; Carvalho, 2017).

O banho do bebê deve ser breve e a cada limpeza realizada durante a troca de fraldas, utiliza-se água morna (Filho; Carvalho, 2017; Ferreira, 2016). Além disso, deve-se evitar o uso excessivo de sabões, loções e perfumes, fazer trocas frequentes, preferencialmente utilizando uma fralda limpa e seca, após cada micção ou evacuação (Ferreira, 2016). Ao aplicar uma camada generosa de creme de barreira, na troca de fralda, deve-se cobrir totalmente as áreas propensas a ocorrência de atrito e que terão contato com fezes e urina, sem, entretanto, remover totalmente os resíduos da aplicação anterior para evitar laceração do tecido (Ferreira, 2016). A higienização da área perineal deve ocorrer associada a avaliação constante da pele, bem como, juntamente a utilização de emolientes, na forma preventiva, com a finalidade da redução de ocorrência de dermatites e ressecamentos (Filho; Carvalho, 2017). Assim, a baixa exposição a resíduos de urina e fezes, e um intervalo de tempo maior deste contato, são formas de proteção do tecido epitelial diante o surgimento de lesões (Filho; Carvalho, 2017).

Durante as trocas, deve-se deixar a pele em condições exposta a ventilação, por um período, antes de ocluir a região novamente com a fralda (Rocha; Selores, 2004). A utilização de sabonetes líquidos durante banhos, quando adequadamente, não prejudicam o processo de maturação da pele, enquanto, a área da região em contato com a fralda, devem ser mantidas em condições secas e limpas com a utilização de aplicação de bolas de algodão de forma suave (Filho; Carvalho, 2017).

Dentre as condições preventivas se encontra o aleitamento materno, visto que estudos evidenciam que bebês amamentados com leite materno possuem fezes e urinas com características menos irritantes ao tecido (Ferreira, 2016).

Considerações finais

Desta forma, a melhora conduta diante aos quadros de dermatites de fralda são os protocolos de prevenção e higienização. Sendo que, a orientação familiar sobre os cuidados preventivos e a respeito dos manejos das dermatites, contribuirá para tranquilização dos cuidadores e para o bem-estar do bebê.

Referências

- Afonso II. **Dermatite atópica como psicodermatose**: estudo de caso: Dissertação de Mestrado - Ciências Farmacêutica - Universidade do Algarve; 2017.
- Afsar FS, Ergin M, Ozek G, Vergin C, Carakuzu A, Seremel S. Histiocitose de célula de langerhans autolimitada e de início tardio: Relato de uma entidade raríssima. **Revista Paul Pedriatria**. 2017; 35: p. 115-119.
- Alcoforado CLG, Lopes F, Fernandes R, Carvalho R, Gulen M, Ercole F, et al. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre dermatite associada a incontinência e lesão por pressão. **Revista Min. Enfermagem**. 2019; 23: p. 1-6.
- Alessandra B, Damascena D, Monteiro , RODRIGUES B. Sífilis na gravidez. **Revista HUPE**. 2014 Jan; 13: p. 88-94.
- Amiralian L, Fernandes CR. Produtos Infantis: Limpeza e outros. **Cosmetics & Toiletries**. 2017: p. 1-4.
- Antunes A, Solé D, Carvalho V, Bau A, Kuschner , MALLOZI , et al. Guia prático de atualização em dermatite atópica: Parte I: etiopatogenia, clínica e diagnóstico. Posicionamento conjunto da Associação brasileira de alergia e imunologia e da Sociedade brasileira de Pediatria. **Asma, Alergi e Imunologia**. 2017 Feb; 1: p. 131 - 156.
- Azulay RD. **Dermatologia**. 7th ed. Brasil: Guanaraba Koogan; 2017.
- Balau ARM. **Infecções fúngicas de origem tropical**: Mestrado em análises clínicas - Instituto Universitário Egas Moniz; 2019.
- Bernardes F, Plata G, Lanza T, Soares LC, Glufke R, Castro CG. Psoríase manifestando-se no mamilo e aréola unilateral através de fenômeno de Koebner em uma paciente com assimetria mamária. **Revista Brasileira de Medicina**. 2014 Apr; 71: p. 1-2.
- Braecher IRS, Anjos IF, Neves IDS, Santos E, Villela C. Drugs used to treat oral candidiasis literatura review. **Academic Journey**. 2019; 3: p. 1.
- Bukhari I, Alayoubi A, Alzahrani M. Miliaria pustulosa misdiagnosed as a case of acne vulgaris. **Our Dermatology online**. 2016;; p. 448-450.
- Campos RA. Dermatite atópica: novos desafios. **Revista oficial da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia ASBAI**. 2017 03/06; 1.
- Capitanio M. **Medicamentos dermatológicos isentos de prescrição utilizados no tratamento de dermatites Errechim**: Curso de Especialização em prescrição farmacêutica e farmácia clínica. Universidade Regional Integral do Alto Uruguai e das Missões; 2018.
- Carnauba LAB, Nunes CP. O impacto na qualidade de vida de indivíduos com dermatite atópica. **Revista de Medicina de Família e Saúde Mental**. 2019; 1: p. 95 - 108.

Carvalho VOD, Cerqueira AMM, Bau AE, Arruda AC, Markus J, MELLO M, et al. Dermatite da área das fraldas - Diagnóstico Diferencial. **Departamento Científico de Dermatologia**. 2016 Oct; 1(1): p. 1-6.

Carvalho VOD, Cerqueira AMM, Bau AEK, Arruda A, Markus J, MELLO M, et al. Dermatite da área das fraldas - Diagnóstico Diferencial. In **Departamento Científico de Dermatologia** - Sociedade Brasileira de Pediatria; 2016. p. 1-6.

Castro ADBD, Gomes SRL. Histiocitose de células de langerhans: Relatos clínicos e a importância da celeridade no diagnóstico. **Revista Saber Científico**. 2018; 1: p. 3-13.

Cavalcante LC, Cartaxo CG, Santana RC. Dermatite atópica em pediatria. In **Documento Científico**, Nº 02; 2020: Sociedade Paraibana de Pediatria. p. 1-7.

Chianca TCM, Gonçalves PC, Salgado PO, Machado BDO, Amorim GL, Alcoforado CLGC. Dermatite associada a incontinência: estudo de coorte em pacientes críticos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. 2016; 37: p. 1-9.

Ciampo IRLD, Sawamura R, Ciampo L, Fernandes M. Acrodermatite enteropática: Manifestações Clínicas e Diagnóstico Pediátrico. **Revista Paulista Pediatria**. 2018 Jun;; p. 238-241.

Conselho Municipal dos direitos da criança e do adolescente. Protocolo de atendimento à criança e adolescente vítimas ou testemunhas de violência Novembro; 2020.

Corrêa BS. Dermatite de Contato: Formas Eczematosas. , editor. **Ariquemes** - RO: Faculdade de Educação e Meia Ambiente; 2017.

Couto GBFD. **Fotobiomodulação na dermatite atópica** São Paulo: Programa de pós-graduação stricto sensu - Mestrado em Bioengenharia - Universidade Brasil; 2020.

Cytrynbaum N, Machado APG. Mulher com eritrodermia, mucosite e pancitopenia. **Brazilian Journal**. 2020; 19: p. 1-5.

Dantas MDS, Queiroz FJG, Cangiani EE. Estudo característico fisiopatológico e terapêutico da psoríase. **Revista Eletrônica e Ciências da Saúde** - UNIPLAN. 2019; 1: p. 1-9.

Denadai VBB, Tawil LARA , Santos MFDP, Camargos AFFDC, Belarmino ALB, Silveira PS, et al. Dermatite de contato por corticoide em pacientes com dermatite atópica. **Revista Oficial da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia ASBAI**. 2019 01/03; 3: p. 1-10.

Duarte I. Dermatite de contato na infância. **Revista Brasileira de Medicina**. 2014 Jan; 50.

Espindola ACVDD. **Psoríase pustulosa generalizada** - Caracterização clínica, evolutiva, histopatológica e identificação de mutações no gene IL36RN em um grupo de pacientes brasileiros Campinas: Dissertação - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas ; 2019.

Fernandes ACM, Farias IM, Neto JCP, Laurindo BM. Epidemiological profile of syphilis cases in pregnant women in Macapá city, Amapá, from 2015 to 2017. **Brazilian journal health**. 2019 Dec; 2: p. 4993-5002.

Fernandes AM, Nogueira APS. A eficácia da alta frequência associada aos óleos essenciais no tratamento de dermatite seborréica. **Revista Multidisciplinar e Psicologia**. 2020; 14: p. 1-9.

Ferreira AC, Anjos F, Yoshino P, Hall L, Pinto S, Lima R. Psoríase eritrodérmica: relato de caso e revisão bibliográfica. **Medicina**. 2014; 47: p. 185-193.

Ferreira M, Abbade L, Bocchi SCM, Miot HA, Boas PV, Guimaraes HQCP. Dermatite associada à incontinência em idosos: Prevalência e fatores de risco. **Revista brasileira Enfermagem**. 2020 Jul; 73: p. 1 - 7.

Ferreira MdC. Dermatite associada à incontinência em idosos hospitalizados **Botucatu: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho**; 2016.

Filho JdSR, Carvalho CGNd. Dermatite das fraldas, fisiopatologia e tratamento: revisão de literatura. **Revista Medicina**. 2017 Jul; 93: p. 183-186.

Florindo LF. **Estudo de prevalência de dermatites associadas a incontinência numa população residente em unidade geriátrica**. Porto: Mestrado em Feridas e viabilidade tecidual - Universidade Católica Portuguesa; 2015.

Fonseca AHTB, Ligório ALC, Atzingen DA, Silveira LM, Mendonça AR. Pomada da casca da banana verde para tratamento de dermatite das fraldas. **Anais Eletronicos do XVII Congresso de Iniciação Científica da Univás** 2020.

Freire KCN, Cardoso LQ, Mirando PB, Pignatan CC, Mendes CA, Compostrine TB. Histiocitose de células de Langerhans: Relato de caso. **HU Revista**. 2017 Jul; 43: p. 301-304.

Freitas LWSD, Santiago ALCDA. Higienização das mãos: Hábitos simples que pode evitar infecções por micro-organismos contaminantes. 1st ed.: **V Conedu - Congresso Nacional de Educação**; 2018.

Gameiro VS, Labronici PJ, Rosa IMDA, Silva JA. Sífilis congênita com lesão óssea: relato de caso Congenital syphilis with bone lesion: case report. **Revista Brasileira de Ortopedia**. 2017; 52: p. 740-742.

Gonçalves JLP, Gonçalo MM. Dermatite seborreica: revisão da panorâmica atual; 2015. Hartman-Adams H, Banvard C, Juckett G. **Impetigo: Diagnosis and Treatment**. 2014 Aug; 90: p. 229 - 235.

Johanna CGR. **Proceso de atención de enfermería en neonato com diagnóstico de impétigo Babahoyo** - Ecuador : Universidad Tecnica de Babahoyo. Facultad de Ciencias de la Salud; 2021.

Labrada DB. **Comportamento e prevenção de doenças na pele na Florianópolis**: Curso de Especialização multiprofissional na atenção básica - Universidade Federal de Santa Catarina; 2018.

Levandowski ML, Oliveira RG. **Maus-tratos na infância, estresse e envelhecimento celular** Rio Grande do Sul: Programa de Pós-Graduação em Psicologia; 2018.

Martinez-Bustamante ME, Pena-Valez R, Miranda E, Barrios C, Pastrana T, Corona A. Acrodermatitis enteropathica. **Biologia e Medicina do Hospital Infantil do Mexico**. 2017; 74: p. 295-300.

Mattar RR, Damiance PRM. Saúde e desenvolvimento infantil: Reflexões sobre o cuidado da criança em creches e pré-escola. **Revista Intelecto**. 2020 Sep; 3: p. 1-9.

Mehanna J, Jamal Y, Campagnolo A. Tratamento da psíriase infantil: revisão de literatura e proposição de algoritmo. **Revista Thema et Scientia**. 2015 07/12; 5: p. 108-116.

Mendes JFNV, Vieira RJDC. **Dermatite seborreica**: Repositório Científico da Universidade de Coimbra; 2016.

Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico - Sífilis: Secretaria da Vigilância em Saúde; 2019.

Monteiro ATA, Ferrari RA, Tacia MTG. Consulta de enfermagem à criança após alta das maternidades: seguimento na atenção primária. **Revista Social Brasileira de Enfermagem e Pediatria**. 2017 Jun; 17: p. 7-13.

Oliveira SMD. **Manejo de feridas corto-contusas e perfurantes**. Universidade Federal do Ceará. 2017.

Resende AF, Sarmiento C, Santos J, BARRETO L, Santos RWF, Guimarães A. Sífilis congênita: uma revisão de literatura. **Ciências da Saúde**. 2018; 1: p. 1-5.

Rocha N, Selores M. Dermatite das Fraldas. **Nascer e Crescer**. 2004; 8.

Santos RVDA. **Polímeros superabsorventes: processos de produção, aplicações e mercado** Salvador: Programa de pós-graduação em engenharia industrial - Universidade Federal da Bahia; 2015.

Sato MML. **Website instrucional para orientação de pais no manejo comportamental da dermatite atópica**: desenvolvimento e elaboração de roteiro de avaliação Londrina: Dissertação - Programa de Mestrado - Universidade Estadual de Londrina; 2017.

Siega CK, Adamy EK, Sousa PAF, Zanatta EA. Subconjunto terminológico da CIPE® para o lactente na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2020; 73: p. 1-9.

Signori D, Costa E, Girardi J, Dambrós J, Gewerth J, Silva L, et al. Relato de Caso: impetigo em criança em idade escolar em uma escola pública da cidade de Santo ângelo - RS. **Revista Saúde Integraa**. 2016; 9: p. 66-72.

Silva CMDR. Dermatite atópica: **Revisão do manejo clínico**. 1st ed.: Centro de Inovação. Unimed - BH; 2018.

Silva CWV, Pinheiro EO, Moreira J, Gadelha R, Oliveira C. Candidíase vulvovaginal e patogenicidade dos fungos infectantes. **Unicatólica**. 2018; 5.

Silva JLG. **Dermatite na área de fraldas em idosos internados em unidade de clínica médica** Brasília: Universidade de Brasília; 2017.

Silva LLC, Filho J, Albuquerque L, Cavalcanti N, Brito P. Acrodermatite enteropática em uma criança com deficiência de zinco herdada. **Revista Pediátrica**. 2014; 4: p. 106-108.

Soccio LC, Perlmutter AW. Inherited and acquired hyperpigmentation. In HARPER. **Textbook of Pediatric Dermatology**, F. 4th ed.: John Wiley & Sons Ltd; 2020. p. 1463 - 1476.

Strehlow BR, Fortes VLF, Amarante MV. Dermatite Associada à Incontinência em Idosos Hospitalizados: Conhecimento Autorreferido de Enfermeiros. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**. 2018; 10: p. 1-9.

Tavares IVR, Silva DCZ, Silva MR, Fonseca MP, Marcatto JDO, Manzo BF. Segurança do paciente na prevenção e cuidado às lesões de pele em recém-nascidos: revisão integrativa. **Saude da Mulher e da Criança**. 2020; 73: p. 1-9.

Távora EMDO, Cunha MS, Leite MB, Borges BEC, Távora RCDO, Azevedo VDD. Evidências da relação entre a dermatite atópica e o desenvolvimento da marcha atópica: Revisão Integrativa. **Brazilian Journal Health**. 2019; 2: p. 3613 - 3633.

Teixeira L, Silva H, Lima R, Ramos A. Quando o eritema perineal não passa. **Nascer e Crescer**. 2016; 12.

Thean LJ, Jenney A, Engelman D, Romani L, Wand H, Paka J, et al. Prospective surveillance for invasive *Staphylococcus aureus* and group A *Streptococcus* infections in a setting with high community burden of scabies and impetigo. **International Journal of infectious diseases**. 2021 May; 1: p. 1-10.

Torrelo-Fernández A, Cambredó-Aparicio MV, Garcí-Sala-Viguer F, Gómez-Facundo S. Dermatitis irritativa del pañal: revision bibliográfica. **Matronas Profesión**. 2019; 20: p. 7-13.

Tripode MADB, Santos NVI, Correa SP. Histiocitose de células de langerhans em lactente - Relato de caso e revisão da literatura. **Revista do Pediatra**. 2015; 5: p. 82-85.

Veintimilla QP, Legna Z. Granulosis rubra nasi. **Dermatologia Revista Mexico**. 2016; 60: p. 344-347.

Viana ADS, Ramos K, Santana K, Santos S, Ribeiro V, Fogaça M. **Os fatores relacionados a incidência da cândida albicans** Barreira - Bahia: 7º congresso de iniciação científica da FASB; 2019.

Waksman RD, Hirschheimer MR, Pfeiffer L. **Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violências**. 2nd ed. Brasília: Sociedade de Pediatria de São Paulo; 2018.