

CENTRO ALPHA DE ENSINO

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE HOMEOPATIA

ANITA GIACOMINI NOVAIS

**DERMATITE ATÓPICA E HOMEOPATIA: UMA REVISÃO
BIBLIOGRÁFICA**

SÃO PAULO

2015

ANITA GIACOMINI NOVAIS

DERMATITE ATÓPICA E HOMEOPATIA: UMA REVISÃO
BIBLIOGRÁFICA

Monografia apresentada à ALPHA/APH
como Exigência para obtenção do título
de especialista em Homeopatia.

Orientadora: Jussara Giorgi

SÃO PAULO

2015

Novais, Anita Giacomini

Dermatite Atópica / Anita Giacomini Novais. --

São Paulo, 2015

62f. ; 30 cm; il

Monografia - ALPHA /APH, Curso de Pós Graduação em
Homeopatia

Orientador: Prof^a Msc Jussara Jorge Giorgi

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à meus pais, que sempre me apoiaram e me incentivaram a seguir meus sonhos,

À meus amigos, que imortalizam em suas figuras os ideais de um mundo melhor e fazem valer a pena esta existência,

À todos meus professores, que marcaram minha alma com o exemplo da esperança,

À todos meus colegas da Alpha, que tornaram tão agradáveis este processo de aprendizagem e me fizeram acreditar que ainda existem pessoas que desejam curar a alma,

À meus professores da Alpha, que foram pacientes na iniciação desta nova arte e ciência e nos ensinaram com dedicação e carinho,

À meus mestres, que deixaram um rastro luminoso por onde passaram e deram suas vidas em favor da Grande Obra, me ensinando o caminho da Verdade, da Justiça, da Liberdade e da Paz através do exercício do Amor e do desprendimento.

*"O estudo em geral, a busca da verdade e da beleza são domínios em que nos é
consentido ficar crianças toda a vida"*

Einstein

RESUMO

A Dermatite Atópica é uma doença inflamatória crônica da pele que acomete, na maioria das vezes, crianças pequenas, trazendo grandes transtornos para seus pacientes e familiares, até mesmo quando comparada com doenças crônicas como Diabetes Mellitus. Além dos problemas emocionais que acarreta, por se tratar de uma doença de pele, causa um grande ônus para a família e para o Estado. Sobre os fatores de risco ainda não existe um consenso, embora a presença de pais atópicos seja um fator presente em todos os estudos científicos. Os tratamentos convencionais não visam a cura, mas somente o controle das crises, fazendo uso, muitas vezes, de medicamentos que podem trazer efeitos colaterais piores do que a própria doença. Estudos recentes colocam a importância da integridade da barreira cutânea para o controle da doença, sendo a hidratação um fator fundamental. No ramo da Medicina Psicossomática, problemas de ordem emocional e psíquica pode estar relacionados com o início e a manutenção da doença, principalmente, na relação inicial entre mãe e filho. Pela dificuldade de manejo da doença, a busca por terapias alternativas cresce a cada dia. A Homeopatia, embora seja aceita como especialidade médica, ainda é vista por muitos como uma medicina mítica com resultados não comprovados. No entanto, a busca por esse tratamento é crescente, tanto pelos pacientes como pelos médicos, que se veem frustrados com as limitações impostas pelos tratamento alopáticos. Por ser fundamentada no medicamento *simillimun*, que busca cobrir a totalidade sintomática do indivíduo no âmbito físico, psíquico e emocional, é individualizante, o que dificulta enquadrá-la nos desenhos de pesquisa hoje aceitos pela comunidade científica. No tocante à Dermatite Atópica, alguns trabalhos foram realizados, mas seus resultados são inconsistentes, e com um olhar mais crítico, é possível ver a manipulação dos dados

e a parcialidade de seus idealizadores, que já partem da premissa de que a Homeopatia encontra seus resultados apenas no efeito placebo. No entanto, a falta de rigor, de qualidade e os poucos trabalhos realizados nesta prática, facilitam as críticas à Homeopatia. Faz-se necessário que os médicos homeopatas relatem o sucesso de seus casos e procurem realizar mais estudos científicos, para consolidar a efetividade desta prática.

Palavras chave: Dermatite Atópica, Medicina Psicossomática, Homeopatia, Medicamento *simillimum*.

ABSTRACT

Atopic Dermatitis (AD) is a chronic inflammatory skin disease that affects most of the time, small children, bringing great inconvenience to their patients and families, even when compared to chronic diseases such as Diabetes Mellitus. In addition to the emotional problems it brings, because it is a skin disease, AD causes a great burden for the family and the state. About the risk factors there is still no consensus, although the presence of atopic parents become a factor present in all Scientific Paper. Conventional treatments are not intended to cure, but only crisis control, often make use of drugs that can bring side effects worse than the own disease. Recent studies place importance on the integrity of skin barrier and hydration as key factor in controlling the disease. In the field of psychosomatic medicine, emotional and psychological problems may be associated with disease beginning and maintenance, especially in the early relationship between mother and child. The difficulty of managing the disease makes the search for alternative therapy grows every day. Homeopathy, although it is accepted as a medical specialty, it is still seen by many as a mythical medicine with unproven results. Nevertheless, it is increasing the search for its treatment not only by patients but by medical class as well. As it is based on *simillimum* medicine, which seeks to cover the whole symptomatic of the individual in the physical, mental and emotional level, it is individualizing, what hinders the classification of research designs now accepted by the scientific community. Regarding atopic dermatitis, some studies have been conducted, but the results are inconsistent, and with a more critical eye, you can see the data manipulation and partiality of its founders, who already based on the premise that homeopathy has their results only based on placebo effect. However, the lack of rigor, quality and few studies on this practice, facilitate the criticisms of homeopathy.

It is necessary that the homeopathic physicians to report the success of their cases and seek to do more scientific studies to consolidate the effectiveness of this practice.

Keywords: Atopic Dermatitis, Psychosomatic Medicine, Homeopathy, *simillimum* medicaments.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVOS	13
3. METODOLOGIA.....	14
4. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA DERMATITE ATÓPICA.....	15
4.1 CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS	18
4.2 HISTÓRIA DA DERMATITE ATÓPICA	19
4.3 FATORES DE RISCO	22
4.4 ETIOPATOGENIA	24
4.5 IMPACTOS FINANCEIROS E SOCIAIS DA DOENÇA.....	26
4.6 EPIDEMIOLOGIA	30
4.7 TRATAMENTO CONVENCIONAL E SUAS DIFICULDADES.....	31
5. A DERMATITE ATÓPICA E A VISÃO PSICOSSOMÁTICA	35
6. HOMEOPATIA E SEUS PRINCÍPIOS	39
6.1 A HOMEOPÁTICA NA PRÁTICA MÉDICA E A CRISE DA MEDICINA HEGEMÔNICA	42
6.2 A DERMATITE ATÓPICA E A HOMEOPATIA	44
6.3 RELATOS DE CASOS CLÍNICOS	47
7. DISCUSSÃO	57
8. CONCLUSÃO.....	59
REFERÊNCIAS	60

1. INTRODUÇÃO

A Dermatite Atópica (DA) é uma doença pruriginosa e inflamatória crônica recidivante da pele que normalmente se inicia na infância, sendo que 80% dos acometidos são menores de 5 anos, e persiste até a vida adulta em cerca de 60% dos casos. Apresenta episódios recorrentes associados ao prurido e tem como substrato alterações imunológicas cutâneas, sendo uma predisposição hereditária do sistema imune em apresentar reações de hipersensibilidade tipo IgE em resposta a antígenos comuns da alimentação e do ambiente. De acordo com a visão atual, a atopia consiste numa predisposição genética de caráter autossômico dominante e poligênica, envolvendo diferentes genes em diversos cromossomos. Sua associação com outras doenças atópicas, como a asma e rinite alérgica, são frequentes e geralmente, desenvolve-se em pessoas que apresentam história familiar de atopia. Cerca de 25-50% das crianças com DA desenvolvem asma e 30% desenvolvem rinite alérgica. Relatórios recentes sugerem que a doença aumentou substancialmente nos últimos 30 anos e as razões para isso ainda permanecem obscuras. A literatura científica, embora rica, não responde aos fatores causais da doença, sendo os dados extensos, mas controversos.

2. OBJETIVOS

Este trabalho tem como objetivo explicar os conceitos atuais da Dermatite Atópica, incluindo epidemiologia, fatores de risco, etiopatogenia, gastos financeiros, problemas emocionais, tratamentos convencionais e seus efeitos colaterais. Coloca como alternativa a Homeopatia, ciência que busca o medicamento *simillimun* com base na totalidade sintomática, mostrando seus benefícios e o caminho que os profissionais desta prática têm para a consolidação desta terapêutica no meio científico.

3. METODOLOGIA

Este trabalho de Monografia adotou como revisão bibliográfica temas como Dermatite Atópica, Homeopatia, Medicina Psicossomática e tratamento de Dermatite Atópica na Homeopatia. Inicialmente, foram expostos os conceitos atuais da Dermatite Atópica e seus tratamentos convencionais, seguidos da visão da Medicina Psicossomática, abrindo o terreno para a importância dos fatores emocionais e psicológicos na doença. Após, foi dada uma breve explicação sobre a Homeopatia e seus fundamentos e a crise da prática médica atual, seguidos do tratamento da Dermatite Atópica na Homeopatia.

Para este trabalho, as fontes utilizadas foram: livros, dissertação de mestrado e pós graduação, pesquisas na internet em fontes como BIREME, BVS e Scielo.

4. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA DERMATITE ATÓPICA

O quadro clínico da DA pode variar desde casos localizados à casos mais graves e disseminados. A lesão clássica é o eczema, definido como uma dermatite pruriginosa e xerótica (ressecada) com lesões diversas , tais como hiperemia, escamas, crostas e liquenificação (a liquenificação consiste no espessamento, escurecimento e acentuação dos sulcos da pele). O quadro clínico varia conforme a faixa etária acometida.

Na fase infantil, o quadro inicia-se por volta do terceiro mês de vida, acometendo a face, e em menor proporção, a região extensora de membros e tronco. São altamente pruriginosas e geralmente, evoluem com infecção secundária. As lesões são constituídas por eritema, pápulas e vesículas e seu aparecimento pode ter relação com a dentição, alterações climáticas, fatores emocionais e nutricionais. O quadro pode melhorar bastante, mas o desaparecimento é pouco provável.



Figura 1 - Dermatite Atópica em lactente

Na fase pré-puberal, as lesões se localizam nas dobras de joelhos e cotovelos, pescoço, pulsos e tornozelos, e são tipicamente liquenificadas. Cerca de 60% dos pacientes apresentam melhora efetiva ou desaparecimento total das lesões nesta fase.



Figura 2 - DA flexural em jovens

Na fase adulta, a liquenificação é o tipo de lesão mais característica e está localizada nas regiões flexurais de braços e pernas, pescoço e mãos. Geralmente, indivíduos que apresentaram a forma grave na infância tendem a persistir com a doença. A relação de problemas psicológicos desencadeados pela DA na infância está intimamente relacionada com a manutenção da doença na idade adulta, levantando a questão da importância do fator emocional como controle da doença.



Figura 3 - DA flexural em adultos

Os quadros dermatológicos associados a DA são: xerose (pele seca), eczemas inespecíficos de mãos e pés, hiperlinearidade palmo plantar, eczema

pálpebral, ceratose pilar, escurecimento peri-orbital, palidez facial, queilites (lábios secos e fissuras perioral), fissuras ou rágades e eczema de mamilos.



Figura 4 - Hiperlinearidade da mão

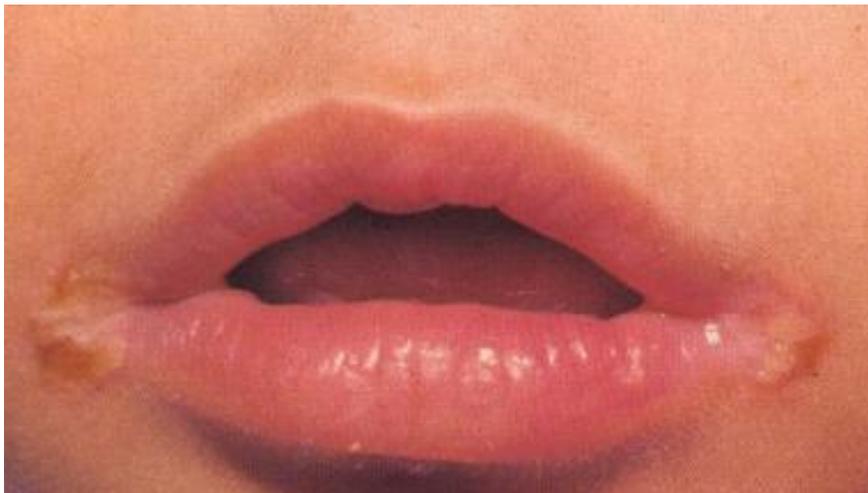


Figura 5 - Queilite angular



Figura 6 - Ceratose pilar

4.1 Critérios diagnósticos

Quanto ao diagnóstico da DA, para afastar a subjetividade da avaliação clínica, foram criados critérios conhecido como “Critérios diagnósticos de Hanifin & Rajka”, introduzidos em 1980 e utilizados até hoje. Estes pacientes devem apresentar 3 ou mais critérios menores ou 3 ou mais critérios maiores. (quadro abaixo). Williams et al reformulou os critérios e nesta nova forma de classificação o paciente deve apresentar o prurido com três ou mais dos seguintes achados: história de dermatite flexural, pele seca, eczema presente, lesões eczematosas com início antes dos três anos e história de alergia respiratória no paciente ou em parente de primeiro grau.

Quanto aos critérios de gravidade, existem diversas maneiras de se avaliar. Os mais conhecidos são os questionários EASI (eczema area and severity index) e SCORAD (scoring index of atopic dermatitis). O SCORAD, além de avaliar a gravidade e extensão da lesão, avalia prurido e perda de sono.

Quadro 1 - Critérios diagnósticos de Hanifin & Rajka	
Critérios maiores (3 ou mais):	
Prurido	
Morfologia e distribuição típica das lesões (comprometimento facial e extensor nas crianças e liqueificação e linearidade nos adultos)	
História pessoal ou familiar de atopia	
Dermatite crônica e recidivante	
Critérios menores (3 ou mais)	
Xerose	Hiperlinealidade palmar
Início precoce da doença	Tendência a infecções cutâneas
Queratose pilar	Prega infra-orbital de Dennie-Morgan
Tendência à dermatite inespecífica de mãos e pés	Pitíriase alba
Dermografismo branco	Palidez ou eritema facial
Queilite	Eczema de mamilo
Pregas anteriores do pescoço	Acentuação perifolicular
Escurecimento periorbital	Alopecia areata
Sinal de Hertoghe (rarefação das sobrancelhas)	Hiper-reatividade cutânea (tipo I)
Elevação da IgE sérica	Enxaqueca (?)
Conjuntivites recorrentes	Intolerância alimentar
Curso influenciado por fatores emocionais	Catarata
Curso influenciado por fatores ambientais	Ceratocone
Prurido quando transpira	Urticária colinérgica
Alergia ao níquel	

Figura 7 - Critérios diagnósticos de Hanifin & Rajka

4.2 História da dermatite atópica

Apesar do termo atopia ter sido utilizado pela primeira vez em 1933, descrições da doença são vistas desde a Antiguidade. Datada do século IV a V antes da era cristã, o relato hipocrático na obra "Epidemias de Hipócrates", mostra uma descrição que se assemelha com os aspectos clínicos da DA: "Em Atenas, um homem era acometido por um prurido que afetava todo o seu corpo (...). A afecção tinha bastante intensidade, e a pele era engrossada por todo o corpo (...). Ele se mantinha na Ilha de Melos, onde os banhos quentes lhe melhoravam o prurido e o espessamento da pele (...)". Características como prurido intenso e uma pele xerótica são alguns dos atuais fatores diagnósticos da DA. Dentro dos conceitos hipocráticos, ainda cita que a cura da pele poderia levar o paciente à morte, uma vez

que a pele seria o órgão utilizado para eliminação dos humores e expurgação do mal, um meio de eliminar a "linfa infectada". A manifestação cutânea, para os antigos, era um mecanismo vital para a cura das doenças e esta ideia foi retomada por um dos grandes homeopatas da história, Constantin Hering (1800-1880), que observou que seus pacientes, no processo de cura, apresentavam lesões cutâneas com direções e progressões ordenadas.

O termo eczema foi utilizado pela primeira vez em 543 d.C por Aetius d'Amida, traduzido como "flictemas quentes e dolorosos que não se transformaram em ulcerações". Mais tarde, Veneza (1572), Girolamos Mercurialis descreve uma lesão no couro cabeludo de lactentes, cuja sensibilidade estaria relacionada ao período da vida intrauterina. Atribuiu ainda ao "leite infeccioso" das mães o responsável pela susceptibilidade de seus filhos à doença, orientando-as em uma dieta que melhorasse seus humores. Vale lembrar a importância atual da APLV (Alergia a Proteína do Leite de Vaca) como um dos fatores causais da DA, uma vez que a proteína é passada para o leite materno a partir da ingesta da nutriz.

Em 1759, Astruc, um estudioso francês, descreveu uma doença particular das crianças e a denominou de "crosta láctea". Esta doença teria origem nas glândulas sebáceas e surgiriam devido à má alimentação das nutrizes, mas como não atingiam todas as crianças que ela amamentava (era comum na época a mulher amamentar filhos de terceiros) acreditava nos fatores próprios da criança. Em 1772, Boissier de Savauges cunhou o termo "tinha" para lesões que possuíam crostas e úlceras que apareciam na face e na cabeça e estariam relacionadas às glândulas sebáceas. A tinha láctea, a mais benigna de todas, acometia a face e o couro cabeludo no primeiro ano de vida em crianças amamentadas no seio materno; a tinha mucosa

estava associada a um prurido intenso que obrigava as crianças a se coçarem a ponto de se machucarem. Para estes casos, orientava a troca da nutriz para uma nutriz mais nova, que possuía um leite mais brando e doce.

Em 1832, Alibert, o pai da dermatologia francesa, atribuía à tinha láctea um caráter banal e salutar, sendo resquícios dos humores hipocráticos específicos do período da amamentação; já a tinha mucosa poderia persistir nos dois primeiros anos e que além da amamentação, o fator dentição e emocional da mãe e da criança poderia ser uma das causas da doença. Alibert foi o primeiro a relacionar a questão emocional como um dos gatilhos da doença.

Mais tarde, em 1892, após inúmeros relatos de lesões que se assemelhavam à Dermatite Atópica, Besnier apresentou à Sociedade Francesa de Dermatologia o termo "diátese atópica". A palavra "diátese", originária do grego, significa predisposição. O autor associava a doença a sintomas sistêmicos, como problemas respiratórios, onde em determinados momentos, a doença deixava a pele para se localizar em vísceras através de manifestações gastrointestinais, febre do feno (hoje rinite alérgica) e asma. Brocq, em 1907, cria o conceito de neurodermite, mostrando a etiologia neural para as dermatites. Para ele, o eczema tinha uma tendência individual, sendo o "espelho da vida, o reflexo na pele, das constituições e da predisposição do momento do indivíduo".

No século XX, o conceito de atopia como base da Dermatite Atópica ficou cada vez mais intenso. Para alguns autores, a atopia teria duas características especiais: a hereditariedade e a natureza particular dos antígenos, que seriam aqueles de contato diário com todos os indivíduos, inaláveis e alimentares. Só em

1931, Coca e colaboradores apresentam o eczema e idiossincrasia a drogas e alimentos como parte integrante da atopia.

A discussão sobre a real natureza da doença se intensificou. De um lado, estudiosos acreditavam na susceptibilidade de cada indivíduo de desenvolver a doença através das características individuais e da exposição a estes determinados alérgenos; de outro, estudiosos que acreditavam que as alterações macro e microscópicas cutâneas seriam a base da doença, não associando ela à fatores externos. A conclusão, até o presente momento, é que a doença é complexa e multifatorial. Apesar de ter uma relação de hereditariedade, ou seja, pais atópicos apresentam maiores chances de terem filhos atópicos, esta relação não é absoluta. Fatores emocionais, ambientais e orgânicos também estão envolvidos no início da crise e na manutenção da doença.

4.3 Fatores de risco

São diversos os fatores de risco apontados para a doença. Este foi o objetivo de um estudo de coorte realizado em Copenhague que se iniciou em 1996 com cerca de 356 crianças, sendo estas acompanhadas desde seu nascimento até os sete anos, e avaliadas semestralmente. O critério de inclusão foi selecionar mães gestantes asmáticas. Diversos fatores foram analisados, dentre eles: fatores sócio-econômicos, epigenéticos, uso de álcool durante a gestação, tabagismo durante a gestação, poluentes do ar, cuidados maternos, raça, mutações no gene da filagrina e em outros genes, dados antropométricos do recém-nascido, exposição a animais domésticos na primeira infância, aleitamento materno, uso de antibióticos, pais atópicos, fatores ambientais e a hipótese da higiene. Foram analisado quarenta

fatores, mas apenas alguns apresentaram significância estatística: mutação no gene da filagrina, presença de dermatite materna, uso de álcool no terceiro trimestre e aumento da duração do aleitamento exclusivo como fatores de risco (apesar deste fator ter contribuído pela diminuição da incidência no desenvolvimento da asma); os fatores protetores foram presença de cão no momento do nascimento (reduziu pela metade o risco do desenvolvimento da DA), aumento na temperatura do quarto da criança e maior comprimento ao nascer. No entanto, são necessários mais estudos multicêntricos para se chegar à um consenso.

Em outro estudo multicêntrico nacional realizado na Turquia com crianças entre 10 e 11 anos, para avaliar fatores de risco, prevalência e gravidade, os fatores rinoconjuntivite e sibilância dobraram o risco de eczema, e exposição a animais no primeiro ano de vida, aumento do número de membros no agregado familiar neste primeiro ano e história familiar de DA também verificou-se estar relacionada a aumento de risco da doença. Recém-nascidos com baixo peso ao nascer tiveram maior tendência a apresentar a dermatite flexural, evidenciando a importância da barreira cutânea. Neste estudo, a relação entre atopia e DA foi fraca, onde apenas um quinto das crianças foram sensibilizadas com alérgenos comuns, e cerca de 80% dos pacientes com DA foram considerados não atópicos. Não foram encontradas associações entre sexo, amamentação, fase de desmame, vacinação, umidade e renda familiar. Estes e outros estudos mostram a falta de concordância e consenso quanto aos fatores de risco.

4.4 Etiopatogenia

Até o início da década de 90, as tentativas de explicar a gênese da DA estavam focadas na disfunção imune, quando Elias e Taieb sugeriram a quebra da barreira cutânea como o evento inicial da DA. Estas hipóteses se iniciaram após perceberem que a hiper-reatividade não estava presente em todos os casos de DA, o que provocou a divisão da DA em duas categorias: a DA verdadeira ou atópica (com altos níveis de IgE) e a DA não atópica. A DA verdadeira esta associada à rinite alérgica, asma e alergia alimentar, apresenta níveis de IgE $> 10.000U$, sendo controlada por medicamentos de uso sistêmico como metrotexate, ciclosporina e micofenolato; a DA falsa apresenta quadros mais brandos e geralmente, pode ser controlada com hidratação permanente da pele, inibidores de calcineurina tópica e corticoides tópicos de baixa potência.

Cerca de 80% dos pacientes com DA não atópica, acabam evoluindo com aumento nos níveis de IgE e desenvolvendo a DA atópica. No caso da DA não IgE mediada, haveria um defeito na barreira cutânea que permitiria a penetração de agentes alérgenos que interagem com células imunes da pele podendo levar ao desenvolvimento da DA atópica. A estrutura da barreira epidérmica está localizada na porção inferior do estrato córneo, que contem fator de hidratação natural derivado da pró-filagrina, impedindo a perda da água e permeabilidade da barreira. A filagrina é responsável por agregar a queratina e outras proteínas nas camadas mais superficiais da epiderme para a formação do estrato córneo. As alterações presentes no estrato córneo em pacientes com DA estão tanto na pele comprometida como na pele “sã” no curso na atividade da doença, corroborando a hipótese de ser esta alteração da barreira um dos gatilhos da doença. O defeito primário na barreira

facilita a penetração de irritantes reduzindo o limiar do prurido, facilitando o trauma no ato de coçar e prejudicando ainda mais a barreira, além de ativar a cascata de citocinas liberadas pelos queratinócitos, perpetuando o processo inflamatório e liberando diversos mediadores inflamatórios, como histaminas, interleucinas e outras. As lesões favorecem, ainda, infecções bacterianas e fúngicas secundárias que dificultam o tratamento e controle da doença.

Apesar das fortes evidências de que alteração da barreira epidérmica tenha papel relevante na gênese da doença, as causas da DA são complexas e multifatoriais, mas o uso de sabões e produtos que possam promover maior lesão no estrato córneo, pode piorar a doença, sendo a hidratação um fator essencial para o controle da DA.

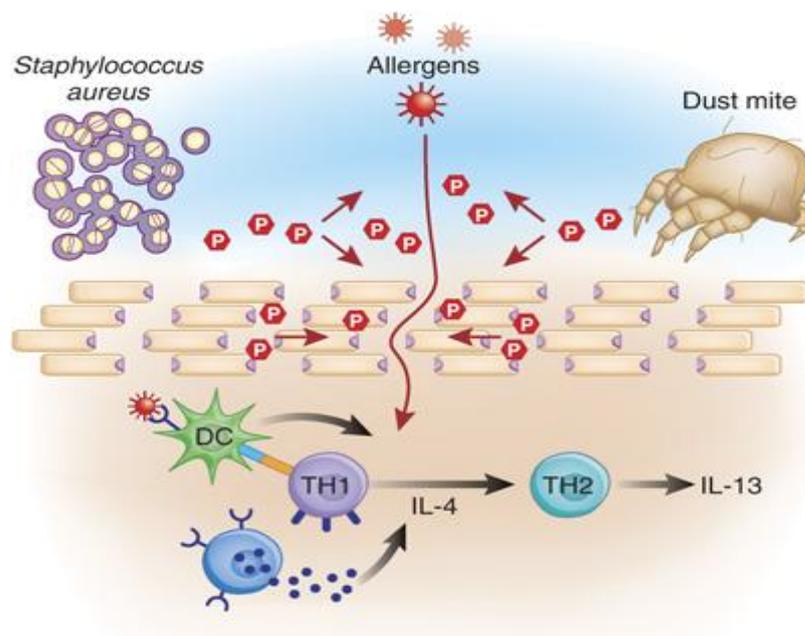


Figura 8- Barreira epidérmica na Dermatite Atópica

Segundo Cork, et al. 2009, Barreira epidérmica defeituosa em indivíduos com dermatite atópica. A barreira epidérmica é encontrada nas camadas inferiores do estrato córneo, e é composta de queratinócitos diferenciados, corneócitos (retângulos bege), realizada em conjunto com corneodesmossomos (esferas roxas). A hiperatividade de proteases degradatórias (hexágonos vermelhos) encontradas na epiderme, e contribuiu com a penetração de ácaros do pó da casa e *Staphylococcus aureus*, facilitando a clivagem das junções dos corneodesmossomos. Este é apenas um evento na quebra da barreira epidérmica, que permite a penetração dos alérgenos. As células dendríticas (DC) (verde) encontrados na derme assumir apresentam esses alérgenos (estrelas vermelhas) a células T auxiliares (TH), recrutando células T CD4 + (azul) e liberando fatores inflamatórios

4.5 Impactos financeiros e sociais da doença

Durante muito tempo, os impactos das doenças eram medidos pela capacidade que tinham de levar o ser humano à morte. Com o passar do tempo e com a nova definição de saúde pela OMS ("situação de perfeito bem-estar físico, psíquico e emocional"), as discussões sobre o que seria qualidade de vida se intensificaram. A partir daí, um novo olhar foi lançado para as doenças crônicas e novas formas de se investigar suas sequelas, sejam elas físicas ou emocionais, foram criadas. As doenças dermatológicas, longe de serem apenas preocupações estéticas, figuram como uma das mais impactantes no tocante à qualidade de vida. Dentre elas, a Dermatite Atópica se apresenta como uma das principais, não só pela sua prevalência e caráter recidivante, mas pelo prurido intenso, perturbação das atividades diárias e associação potencial com a asma. Além disso, acarreta um impacto social, emocional e financeiro importante, pois os pais apresentam

dificuldade com a disciplina e cuidados com seus filhos, sendo expostos à privação do sono, exaustão e dificuldades financeiras com os custos dos medicamentos, além da sobrecarga emocional que os leva a conflitos matrimoniais, alterando a estrutura familiar e prejudicando o cuidado com os filhos saudáveis.

Embora não traga riscos de vida, a Dermatite Atópica prejudica a qualidade de vida dos acometidos e de seus familiares mais próximos, trazendo muito sofrimento. O estigma deixado pela doença, por se tratar de uma doença de pele, e o prurido constante tornam uma doença difícil de esquecer. Como atinge, na sua maioria, crianças pequenas, estas se tornam impacientes e irritadiças pelo prurido, sendo pouco compreendidas pela sociedade. Como o ato de coçar piora a doença, os pais necessitam distrair as crianças constantemente para que suas mãos fiquem livres, e como isso nem sempre é possível, surgem as frustrações. Apresentam grandes problemas para dormir, uma vez que a doença piora a noite, trazendo transtornos para toda a família, além da angústia dos pais de verem o sofrimento dos filhos. Os pais relatam que a DA deixa a pele áspera, escamosa, e muitas vezes fétida, levando ao constrangimento e vergonha e afetando a vida social dos pacientes. Suas atividades físicas são limitadas, pois o suor piora a DA, e o banho se torna um incômodo. Muitos fatores podem ser um gatilho para a doença, tais como alimentação, produtos de higiene e limpeza, fatores emocionais, dentre outros, tornando difícil o controle das crises.

Os custos da doença também foram alvo de estudo. Emerson et al. realizou um estudo no Reino Unido, nos anos de 1985-1986, na cidade de Nottingham, com o uso de dois questionários enviados via correio; o primeiro consistia em detectar crianças de 1 a 5 anos que possuíam a doença, o segundo em determinar os custos

diretos e indiretos da doença. Estas crianças foram avaliadas por 12 meses e os custos avaliados levaram em consideração: custos com consultas médicas, prescrições (hidratantes, antihistamínicos orais, antibióticos tópicos e orais), gastos com limpeza doméstica, transporte até os serviços de saúde, dias de trabalho perdidos dos cuidadores e gastos com terapias alternativas. A prevalência da DA foi de 16,5% dos entrevistados, e os gastos anuais foram de £79,59, incluindo gastos familiares e gastos para o Estado. Usando dados do censo anual e os obtidos pelo estudo, estimou-se que o custo anual do Reino Unido com crianças com idade de 1-5 anos foi de £47 milhões, concluindo que a DA é causa de um importante ônus para o Sistema Nacional de Saúde e para a família. Outro estudo comparado que utilizou todas as idades encontrou que o custo anual das famílias foi de £ 155,40, sendo que £ 97,20 foram com serviços médicos. Apesar das discrepâncias encontradas, a mensagem é a mesma: que a DA traz uma perda financeira para familiares e para o Estado.

Outro estudo ocorreu na Austrália no Royal Children's Hospital, entre março e agosto de 1995, com a avaliação de 48 crianças com DA. Apresentavam idades entre 4 meses e 15 anos e através da intensidade do prurido e a porcentagem do corpo acometido, foram classificadas em leve, moderada ou grave. Depois, foram realizados questionários que avaliaram os impactos sociais, emocionais e financeiros na vida da família, comparando-os com crianças diabéticas insulíndependentes da mesma instituição. Os custos financeiros diretos foram avaliados por um questionário que utilizou quatro variáveis: custo com medicação e despesas no último ano, número de visitas à médicos, número de dias de internação hospitalar e os custos indiretos contribuindo com a perda do rendimento. Os custos financeiros indiretos foram: número de dias que ficaram fora do trabalho para cuidar

da criança, o efeito da doença no emprego dos pais, o número médio de horas diárias utilizados para o tratamento da pele das crianças. Em média, são gastos cerca de 3 horas diárias para o tratamento da Dermatite e há perda de uma a duas horas de sono por noite, tanto dos pacientes quanto de seus familiares. Todas as famílias das crianças com DA com eczema moderado e grave tiveram impacto significativamente mais elevados quando comparadas as crianças diabéticas, e o grupo eczema leve teve impacto equivalente. Os custos das crianças com Diabetes giraram em torno de \$444,00 e as crianças com DA leve, moderada e grave tiveram, respectivamente, um custo anual de \$330, 818 e 1255. Mas os problemas acarretados pela DA vão além dos problemas financeiros e o gerenciamento da doença é complexo, muitas vezes, necessitando de uma abordagem multidisciplinar.

No Brasil, estes estudos são escassos, principalmente em crianças menores de 5 anos. Recentemente, nos anos de 2007-2008, em Montes Claros, Minas Gerais, foi realizado um estudo observacional sobre a DA determinando, através de questionários, os impactos da doença. Foram incluídas 42 crianças de famílias provenientes do SUS e portanto, com restrições financeiras. Apesar das limitações do trabalho, o poder estatístico foi maior que 80%, dando confiabilidade aos resultados. O questionário IDQOL (Infant's Dermatitis Quality of Life Index) abordou os seguintes aspectos: alterações no sono, no humor, dificuldades em participar de atividades recreativas ou da vida familiar, desconforto durante o banho, vestuário e refeições. Outro questionário, o DFI (Dermatitis Family Impact Questionnaire) abordou questões como: distúrbios emocionais, alterações do sono, alterações na limpeza da residência, na alimentação, nas atividades de lazer, no relacionamento dos pais e custos do tratamento. Os pacientes apresentavam, na sua maioria, quadros leves de DA, embora os pais a tenham caracterizado como de média

severidade. O maior impacto no questionário IDQOL foi o prurido noturno, em concordância com a literatura mundial, acarretando alteração na quantidade e qualidade do sono, levando à irritabilidade, dificuldades de concentração e aprendizagem e mau desempenho escolar. No questionário DFI, o maior impacto foi o financeiro, diferindo de outros estudos mundiais, que tinham os distúrbios do sono, cansaço e exaustão como os mais impactantes.

4.6 Epidemiologia

A Dermatite Atópica é uma doença comum na Pediatria e sua incidência vem aumentando progressivamente desde 1950, sendo sua prevalência maior na área urbana quando comparada à área rural. Pouco se sabe sobre a epidemiologia da DA, no entanto, variações geográficas na prevalência coincidiram com as variações da rinite alérgica.

O International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC), que permitiu de maneira inédita avaliar crianças com DA, mostrou resultados muito variáveis quanto à incidência e prevalência da doença. Iniciado em 1992, foi dividido em três fases: a primeira fase (1992-1997), o estudo central, abrangeu 154 centros de 56 países e através de questionários avaliou a prevalência e a gravidade das doenças atópicas em diversas partes do mundo; a segunda fase foi o seu desenvolvimento; a terceira fase (1999-2004), cerca de 5 a 10 anos após a primeira, que abrangeu mais 100 centros de 40 novos países, mostrou um aumento da prevalência da doença, principalmente entre as crianças menores. Para a faixa etária dos 6 aos 7 anos, houve um aumento da prevalência global de 6,1% para 7,9%; para a faixa etária dos 13 a 14 anos, a prevalência global foi de 7,3%

comparado aos 8,8% da fase I, onde muitos nos novos centros tiveram uma prevalência muito baixa dos sintomas de eczema, onde apenas a América Latina e a Ásia do Pacífico apresentaram maiores prevalências do que a fase I.

Em relação ao gênero, a maior prevalência no sexo masculino ocorreu em ambos os grupos. Na fase III, foi mais evidente na faixa etária dos 13 aos 14 anos. As explicações possíveis incluem fatores genéticos, interações ambientais, e até mesmo nas classificações desta dermatite. Independente dos grupos estudados, a América Latina apresentou valores crescentes em sua prevalência.

Essas maiores taxas de prevalência (acima de 15%) foram encontradas em centros urbanos da África, Austrália, norte e região oeste da Europa; as menores (menos que 5%) foram encontradas na China, Leste Europeu e Ásia Central. Na América Latina e na Ásia Oriental, os valores foram intermediários. Em todas as localidades, as crianças menores são as mais afetadas, e a presença de formas mais graves são mais frequentes nos adolescentes (5,1%) em relação aos escolares de 6-7 anos (3,2%). Na primeira fase do ISAAC no Brasil, a prevalência da DA oscilou entre 10% em Curitiba e 14% em São Paulo. No entanto, quando empregado critérios diagnósticos, a prevalência caiu para 3,7%. Na fase III do ISAAC, houve redução significativa da DA empregando-se os critérios: diagnóstico médico (10,3% a 8,4%) e critérios combinados (5,3% a 4,5%); no entanto, houve aumento da gravidade da doença (0,5 a 1,0%).

4.7 Tratamento convencional e suas dificuldades

O tratamento convencional consiste inicialmente em uma adequada hidratação da pele, evitando banhos quentes e excesso de sabonetes com

fragrância e corante, banhos em piscinas cloradas e uso de hidratantes inadequados. A hidratação visa manter a integridade da barreira cutânea evitando o início das crises, infecções secundárias e perpetuação da atividade da doença e deve ser realizada após o banho com a pele ainda úmida. Podem ser oclusivos (evitam a perda de água), humectantes (a base de uréia, glicerina e ácido láctico e atraem água para dentro do estrato córneo) e emolientes (a base de colesterol e ceramidas, suavizam a pele). Em termos de efeitos colaterais, os oclusivos podem causar foliculite e retenção do suor; já os humectantes se usados por longos períodos pode causar irritação e ressecamento.

Para o controle do processo inflamatório, recorre-se, usualmente, aos corticosteroides tópicos, que inibem a atividade das células dendríticas e a produção de interleucinas, mas podem apresentar efeitos colaterais. Recomenda-se o uso de corticoides de baixa potência em uso de áreas pouco extensas e no máximo duas vezes ao dia. A região genital apresenta uma taxa de absorção sistêmica cerca de 200 vezes mais que o tronco e extremidades, mas face e dobras também apresentam elevadas taxas de absorção. Caso haja inadequação da medicação, os efeitos colaterais locais são: atrofia cutânea, estrias, alterações de pigmentação, fragilidade vascular, e erupção acneiforme. Além disso, pode levar a efeitos colaterais sistêmicos como insuficiência adrenal por inibição do eixo-hipotalâmico-hipofisário. A própria Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia da SBP ressalta que alguns dos efeitos colaterais podem ser mais graves e sequelares que a própria DA.

Outra classe de medicação nova são os imunomodulares tópicos (inibidores da calcineurina). A calcineurina é uma proteína presente em linfócitos e células

dendríticas que após ativada inicia uma cascata de produção de interleucinas e TNF- α . Não apresenta os efeitos colaterais dos corticoides, e se apresenta na forma de dois compostos: tacrolimo e picrolimo, este último podendo ser usado em lactentes acima de três meses. Na tentativa de quantificar a presença destas substâncias no sangue, as concentrações encontradas foram muito baixas, sem nenhuma evidência de acúmulo do fármaco mesmo após um ano de uso, e nenhum efeito de imunossupressão foi relatado. Os principais efeitos colaterais são ardor e prurido que desaparecem alguns dias após seu uso. O que dificulta seu uso é o alto custo desta medicação, ficando distante de grande parte da população. No entanto, a própria SBP solicita cautela, uma vez que se inibe a ação dos linfócitos podendo alterar o Sistema Imune.

O controle do prurido é outro fator importante, uma vez que o ato da coçadura pode piorar a alteração da barreira epidérmica. A principal classe de medicação são os anti-histamínicos, mas os benefícios clínicos não foram adequadamente comprovados e os resultados dos estudos clínicos são conflitantes. Os anti-histamínicos de primeira geração, por causarem sedação leve, podem ser úteis no controle das crises à noite, uma vez que facilitam o sono dos pacientes. No entanto, para uso prolongado de escolares e adolescentes, é prejudicial no aproveitamento escolar e prática de atividades de vida diária. Atualmente, os antihistamínicos utilizados são os de segunda geração com menor ou nenhum efeito sedativo. No entanto, como a metabolização desta classe é hepática, é necessário cautela para seu uso.

Quando a eliminação dos fatores desencadeantes e o uso de substâncias tópicas não é suficiente, recorre-se a medicamentos de uso sistêmico. Um deles é o

corticóide, mas seu uso em crianças leva a linfopenia e retardo de crescimento. Duas meta-análises grandes descobriram que o abuso de corticoides pode levar a transtornos psiquiátricos, incluindo reações graves em 6% e de leves a moderadas em 28%. Estes distúrbios incluem mania, depressão, psicose, déficit cognitivos, insônia, irritabilidade, dentre outros. A dosagem é o principal fator de risco, com perigos com uso acima de 40mg/dia.

Há ainda os medicamentos para imunossupressão sistêmicas como ciclosporina e azatioprina, medicamentos utilizados em doenças auto-imunes, mas seu uso é raro e leva a inúmeros efeitos colaterais. Nos casos onde as lesões levam à infecções bacterianas secundárias, é necessário iniciar antibioticoterapia tópica ou sistêmicas. Outra modalidade de tratamento é a fototerapia, mas seu uso ainda carecem de mais estudos, como afastar risco de desenvolvimento de câncer.

5. A DERMATITE ATÓPICA E A VISÃO PSICOSSOMÁTICA

A Medicina Psicossomática, embora tenha se fundamentado no século XX, encontrou suas raízes com Hipócrates no século IV a.C, quando vinculou a alma como unidade reguladora do corpo, cuja desorganização poderia levar ao surgimento das doenças. Mas foi Aristóteles que definiu o corpo como "órganon", isto é, como instrumento da alma. Se esta agisse de acordo com as leis divinas o corpo viveria sempre saudável; do contrário, a doença apareceria.

No início do século XX, após o reconhecimento da doença mental por Pinnel e o desenvolvimento da Psicanálise, que estabeleceu uma relação entre a psique e a soma, o desenvolvimento das teorias psicossomáticas encontraram um solo fértil. (54). Para Alexander, um dos grandes estudiosos da Medicina Psicossomática, o homem possuía um conflito nuclear ou fundamental inconsciente que poderia levar à manifestação de queixas físicas, sendo que cada doença poderia ser interpretada como o resultado de um conflito. Ele acreditava que as pessoas que desenvolviam problemas reumáticos tenderiam a reprimir a raiva e seriam incapazes de demonstrar emoções. Descreveu uma série de conflitos psicológicos e suas determinadas manifestações físicas, formando os pilares da Psicossomática. Ele considerava também que as manifestações somáticas, inicialmente sem lesões teciduais, poderia, ao longo do tempo, levar a alterações anatômicas graves culminando com uma doença orgânica severa. Esta relação fica bem estabelecida com a Homeopatia quando nos remetemos às doze observações prognósticas de Kent, que divide seus doentes em funcional (sem alterações físicas), lesional leve, lesional médio, lesional grave e incurável. Para Kent, quanto maior a desordem

orgânica, maior era a alteração energética do indivíduo e, portanto sua cura, mais difícil.

A doença para a Psicossomática, nada mais é do que a linguagem de nossa alma e símbolo de aspectos reprimidos, como já dizia Groddeck (1989) e Jung (1985). De acordo com Klobenzer, a doença, geralmente, é precedida por um problema psicológico em que o indivíduo não se sente capaz de enfrentar. Esta falha no enfrentamento psicológico pode levar o organismo a ativar medidas emergenciais transmitidas neurologicamente e alterando o equilíbrio biológico, facilitando o desenvolvimento da doença. Para alguns autores, até mesmo a localização da lesão apresenta algum valor simbólico. Para a resolução do problema, de acordo com Galiás (2002), estes sintomas deveriam primeiro serem compreendidos antes de serem eliminados, pois poderiam estar representando emoções não resolvidas que se apresentariam com manifestações orgânicas. O sintoma viria, então, como uma representação simbólica e a linguagem do que se permaneceu em oculto, obrigando o paciente a olhar para uma faceta do seu inconsciente que ele mesmo desconhecia.

Atualmente, até mesmo entre os céticos, fica comprovada a relação entre os distúrbios psicológicos e emocionais com os problemas de pele. A própria origem embriológica comum entre a pele e o Sistema Nervoso nos leva a pensar que o que ocorre em um sistema acaba por afetar o outro. A pele, o maior órgão do nosso corpo, estabelece a comunicação entre o meio interno e externo, captando sinais do mundo externo e transmitindo até o centro nervoso, e do meio interno refletindo ao mundo. Para Montagu, a "pele é o espelho do funcionamento do organismo: sua cor, textura, umidade, secura, e cada um de seus demais aspectos refletem nosso

estado de ser, psicológico e também fisiológico". O rubor da pele, sua palidez, sua sudorese são claramente relacionados aos aspectos emocionais, já evidenciados por Carl Gustav Jung, que investigou, por meio da técnica da associação, os reflexos galvânicos da pele em conexão com experiências psicológicas.

Na criança, o toque é essencial para um desenvolvimento psíquico e emocional saudável. Não só pela quantidade, mas pela qualidade do toque entre uma mãe e seu bebê, estabelece-se a comunicação básica de prazer e desprazer que esta criança terá consigo mesmo e com os demais. A pele, ao mesmo tempo que nos protege, é o meio que nos expõem. Frequentemente, na história de vida de pacientes portadores de doenças de pele, há a existência de uma mãe superprotetora ou rejeitadora.

Para Pines, a pele é o maior órgão de percepção e o meio de contato físico e resposta de uma série de emoções que a criança vivencia, sendo um canal de comunicação pré-verbal, em que sentimentos não expressos podem ser vivenciados e observados. Um problema nesta comunicação resultará nas frustrações das necessidades infantis resultando no eczema. Esta seria a leitura dos traumas iniciais no desenvolvimento da criança, levando os indivíduos a terem dificuldades em lidar com a ansiedade e estresse, sendo estes um dos gatilhos que atualmente observamos na doença. No tocante à Dermatite Atópica, Spitz (1977) foi um dos autores que apresentou trabalhos extensivos referindo-se aos distúrbios iniciais da relação mãe-criança com um dos fatores causais desta doença, principalmente, quando ocorria antes da fala. Para ele, a associação da excitabilidade da criança com a inabilidade de uma mãe imatura e hostil quanto às necessidades táteis do bebê seria o responsável pelas desordens da pele da criança.

Dentro destes estudos, são inúmeras as tentativas de se encontrar a origem psíquica desta moléstia. Independente das causas emocionais e/ou psíquicas que levam à este distúrbio, a relação é clara, nos levando a concluir a necessidade de uma abordagem terapêutica, não só para lidar com os estigmas trazidos pela doença, mas para encontrar sua origem mental, reforçando a visão multidisciplinar no tocante às decisões terapêuticas.

6. HOMEOPATIA E SEUS PRINCÍPIOS

A Homeopatia, especialidade médica criada pelo médico alemão Samuel Hahnemann (1755-1843) é prática difundida nos dias de hoje. Teve seu início com um médico que abandonou a prática da medicina predominante da época, pois constatou que ela mais prejudicava do que ajudava seus pacientes. Como necessitava de meios financeiros para sustentar sua família, iniciou um trabalho como tradutor de livros, pois possuía conhecimento em diversas línguas, fruto de sua vivência como comerciante de porcelanas.

Em 1790, traduzindo CULLEN, percebeu que a *China Officinales*, que era utilizada para tratar a malária, apresentava os mesmos sintomas quando ingerida acidentalmente. Percebeu a semelhança que existia nos aforismos de Hipócrates: "o que provoca a tosse que não existe, cura a tosse que existe" e "simillia similibus curentur" (semelhante cura semelhante). A partir daí, começou a testar em pacientes sãos inúmeros produtos de origem animal, vegetal e mineral, diluindo suas doses para minimizar os efeitos toxicológicos. Percebeu que à medida que diluía e succussionava (batia o frasco), o poder medicinal da substância aumentava. Foi recolhendo, através da experimentação, todos os sintomas apresentados pelos seus pacientes, incluindo sintomas mentais, e catalogando tudo o que encontrava. Ao mesmo tempo, testava nos doentes as substâncias que já tinha experimentado, obtendo sucesso no tratamento. Isso aumentou ainda mais a convicção na prática, o que o levou a ter diversos adeptos. Assim, foi fundamentada as bases da Homeopatia em quatro pilares: prescrição com base na "lei da semelhança", experimentação no homem são e sensível, utilização de doses mínimas e uso de apenas um medicamento por vez.

Com a prática da anamnese, questionava seus pacientes através de um discurso livre, sem tendenciá-los nas respostas, e obtinha todos os sintomas que conseguia captar. Procurava aqueles que possuíam maior força, isso é, os sintomas raros, peculiares e característicos, que individualizava aquele paciente, e com base nisso, ministrava o medicamento que procurava cobrir a totalidade sintomática daquele indivíduo. Quanto maior a diluição e succussão do medicamento, maior era a sua potência.

Acreditava que todo organismo vivo possuía uma energia vital, um princípio unificador e organizador do organismo, uma força não material que mantinha a vida, sem a qual o organismo estaria sujeito a todas as influências do meio exterior. Para manter a vida, a energia vital precisaria ser resistente mas também flexível, vencendo ou se adaptando as condições hostis que ele chamou de *noxas*. Acreditava que o organismo existia em harmonia porque possuía um princípio vital que determinava a sua unidade. Para Claude Bernard, criador do conceito de homeostase, "os fenômenos vivos são explicáveis mecanicamente, mas não a ordem que os une". Esta ordem era um processo dinâmico, nem físico ou químico, mas anterior ao material. Para Hahnemann, o organismo atuava com uma "admirável atividade harmônica". A eficiência desta energia era sinônimo de saúde e o desequilíbrio da mesma era a causa das doenças. Hahnemann reforça então a máxima de Hipócrates: Não existem doenças, existem doentes. A doença nada mais é do que o organismo tentando encontrar um novo equilíbrio. Este desequilíbrio era então manifestado na forma de sintomas. Este princípio, conhecido como Vitalismo, é a base filosófica da Homeopatia, que busca olhar para o indivíduo como um todo, na unidade corpo-alma. O uso do medicamento homeopático, visaria então, equilibrar este princípio energético ensinando o organismo, através do seu sistema

imune, a combater a moléstia. Esta visão se opõem às práticas terapêuticas vigentes hoje, que visam utilizar o tratamento dos contrário (alopatia), ou seja, antidiarréico para diarréia, antipirético para a febre e assim por diante.

Apesar de toda a filosofia que a embasa, ainda não é possível explicar, de maneira molecular, como o remédio homeopático age, uma vez que a partir da 6^a diluição centesimal, não há mais matéria presente. Diversas teorias são utilizadas para explicar seu funcionamento, incluindo a teoria de Einstein (matéria é igual à energia), no entanto, a não comprovação deste princípio serve como justificativa para os críticos da prática, não a vendo como uma Ciência, embora tenha sido reconhecida como tal pelo Conselho Federal de Medicina, em 1980. No entanto, importante lembrarmos da Lei de Arndt-Schulz (1870) da Farmacologia Tradicional, que expõem a ação de uma droga e a divide em duas fases, onde doses muito pequenas terão efeitos opostos ao de grandes doses. Ou seja, estímulos fracos aceleram a atividade fisiológica, estímulos medianos inibem e estímulos fortes param a atividade, nos remetendo à Lei dos Semelhantes e às doses infinitesimais.

A dificuldade de comprovação no meio científico, por não se enquadrar dentro dos moldes de pesquisas atuais, dificulta este reconhecimento. Como cada paciente receberá um medicamento específico para seu caso, fica difícil eliminar os viés que isso acarreta. No entanto, apesar de todas as dificuldades, a busca por essa terapêutica cresce a cada dia.

6.1 A homeopática na prática médica e a crise da medicina hegemônica

A Homeopatia chegou oficialmente no Brasil em 1840 por meio do ex-comerciante francês e militante socialista Benoit Mure, embora relatos descrevam que uma colônia de imigrantes alemães que se estabeleceram no sul do país já a utilizava desde 1820. No início, atrelada a uma prática liberal pelas classes sociais menos favorecidas, era vista como charlatanismo pela elite. Encontrou um terreno fértil dentro das Santas Casas e mais tarde, no século XIX, aproximou-se do Espiritismo, acabando por ficar conhecida como uma medicina religiosa ou mítica. A partir da década de 70, com a crise do modelo médico hegemônico, a homeopatia passou a ser vista como uma opção terapêutica a uma medicina mercantilista e especialista, marcada por condutas iatrogênicas e invasivas, cujas motivações econômico-financeiras são alvos de críticas. Esta crise é marcada pelo grau de insatisfação de seus usuários, por sua prática mais tecnicista e menos integralista. As doenças são vistas com existência autônoma, expressas em lesões que alteram a morfologia do corpo. Os sintomas que não são constatados empiricamente são abandonados porque são da ordem do metafísico, e estes não são objetos de estudo da ciência clássica. Apesar dos avanços tecnológicos grandiosos, entrou em um ciclo interminável de desumanização. Como diz Ruy Madsen:

"A arte da medicina passou a ser a arte da guerra. A preocupação médica foi deixando de ser o restabelecimento da saúde para ser o combate à doença. O vocabulário médico foi acrescido de termos bélicos: arsenal terapêutico, drogas de primeira linha, dose de ataque, inimigos multiresistentes. A medicina convencional passou a querer controlar a morte no âmbito coletivo e, por isso, sem perceber, foi deixando o indivíduo de

lado. Atualmente percebem-se as conseqüências dessa opção: uma verdadeira crise de paradigma da medicina, deficiência na relação médico-paciente, tecnologia "fria" que separa o doente de seu médico, medicalização excessiva e grande procura por práticas ditas alternativas".

Dentro deste panorama, a cada dia, cresce no Brasil e no mundo a busca por novas terapêuticas, dado o insucesso da alopatia em muitas patologias e os efeitos colaterais advindos dos medicamentos que dispomos atualmente. A Alemanha lidera o ranking com 64% da população buscando terapias alternativas. Em grupos de pacientes dermatológicos, a prevalência varia de 35% na Suécia e 69% no Reino Unido. Podemos destacar as doenças alérgicas, não só pela sua crescente prevalência, mas pela dificuldade que a alopatia encontra neste terreno. Quando um paciente procura um tratamento homeopático, todos os aspectos da vida dele serão minuciosamente detalhados, incluindo sua personalidade. De acordo com uma pesquisa recente nos EUA, a proporção de pacientes buscando a Homeopatia como forma de tratamento quadruplicou nos últimos entre os anos 1997 a 2004. Este aumento não é visto somente entre os pacientes, mas também, cada vez mais médicos buscam esta especialidade. Na Alemanha, de 1996 até o ano de 2000, os médicos que procuraram esta especialização aumentou de 2400 para 4490.

Diversos estudos clínicos são realizados na tentativa de comparar o efeito do medicamento homeopático com placebo e/ou terapia convencional, e os resultados são controversos. Érika Rosas, na sua tese de mestrado "Avaliação dos ensaios clínicos homeopáticos na área das doenças infecciosas e parasitárias", levanta os erros cometidos nos ensaios clínicos homeopáticos, tais como a não utilização de remédio único, uso de medicamentos diluídos sem o processo de sucussão e grupos controles extremamente variados (placebo, terapia convencional, grupo não tratado). A ausência de uma metodologia de qualidade prejudica o desfecho no resultados

das meta-análises. Além dos viés apresentados quando à metodologia, encontramos a parcialidade dos seus autores, não só por emitirem uma opinião prévia nos trabalhos dizendo ser improvável a eficácia da Homeopatia, como pelo desconhecimento da terapêutica e na farmacotécnica homeopática.

6.2 A dermatite atópica e a homeopatia

A busca por tratamentos alternativos no tocante à Dermatite Atópica é crescente, não só pela impossibilidade de cura pela medicina convencional, como pela dificuldade no manejo desta doença. Diversos trabalhos são realizados a fim de refutar as evidências do sucesso desta terapêutica, e outros, com a tentativa de derrubá-las. Um dos pesquisadores da área, Sudan J L, notando que sofria de dermatite seborréica, e ele sendo alérgico a folhas de tabaco, diluiu e dinamizou esta erva e tomou suas soluções diluídas, promovendo melhora de seu caso. Relatou também o caso de um menino de 5 anos com cisto dermóide na orelha direita resistente a tratamentos com antibióticos, que só apresentou melhora sete meses após o uso de medicamentos homeopáticos. Um teste clínico controlado com placebo utilizou gel homeopático de *Ledum Palustre*, *Urtica urens* e *Equinacea*, apresentando resultados melhores do que o placebo e o tratamento convencional.

Um trabalho realizado na Universidade de Joanesburgo, em 2011, avaliou 27 crianças dos 7 aos 13 anos de idade, ao longo de quatro semanas, com uso de um complexo homeopático formado por *Psorinum 6CH*, *Histaminum 6CH*, *Graphites 6CH* e *Sulphur 6CH*. As justificativas para o uso deste complexo são a modalização da dermatite atópica e por serem os medicamentos mais utilizados para esta patologia, embora não seja essa a conduta dos homeopatas unicistas, que seguem

as orientações de Hahnemann quanto ao uso de um medicamento por vez. No caso do Histaminun, a justificativa foi que a Histamina é uma das proteínas responsáveis pelos quadros alérgicos. O uso da Graphites deve-se às características das lesões: são secas e altamente pruriginosas, atingindo áreas como região posterior de membros, orelhas e pescoço. O Psorinum foi escolhido por apresentar, dentro da matéria médica, sintomas como prurido insuportável com tendência a secreções fétidas e formação de crostas, atingindo áreas como região posterior de joelhos, couro cabeludo e atrás das orelhas. No Sulphur, as lesões são também altamente pruriginosas e atingem a linha do cabelo, os pés e as regiões flexurais; as lesões são secas e com escamas, e pioram com tempo quente e úmido, são ardentes tendendo a supuração e pioram com o banho. Após o uso de questionários pertinentes à DA, 78% dos pacientes apresentaram melhora no questionário da qualidade de vida e do prurido cutâneo, os resultados mostraram redução da porcentagem da área afetada, da intensidade dos sintomas e da perda de sono, bem como melhora das lesões. O estudo não notou alteração nos aspectos emocionais dos pacientes, sendo concluído como efetivo para esta patologia, dado seu custo e a ausência de efeitos colaterais, mas colocando como viés a pequena amostra.

Outro estudo foi realizado no Japão por Itamura e Hosoya (2003) com 17 pacientes com Dermatite Atópica intratável pelos métodos convencionais, tratados com remédios homeopáticos individualizados, demonstrando que 5 pacientes abandonaram o tratamento com corticoides e 15 pacientes tiveram mais que 50% de melhora no prurido. Em estudo prospectivo de longo prazo realizado por Keil et al com 118 pacientes com DA, avaliou e comparou o tratamento com Homeopatia e o tratamento convencional ao longo de doze meses. Os pesquisadores descobriram que ambos os grupos apresentaram melhoria na gravidade dos sintomas e na

qualidade de vida dos pacientes. No Charité University Medical Center em Berlim, Alemanha, Witt e cols realizaram um estudo observacional não randomizado simples cego (somente o avaliador, pois os pais tiveram a liberdade de escolher a terapia) com 135 crianças (48 usando homeopatia e 87 tratamento convencional), sendo avaliadas, 6, 12 e 36 meses após o início do tratamento. No final do período, não houve diferenças significativas entre os dois grupos, e o trabalho concluiu que não houve benefício do tratamento homeopático em relação ao homeopático. No entanto, com um olhar mais acurado, vemos que a gravidade da dermatite era maior no grupo tratado com homeopatia, bem como a extensão das lesões. Além disso, estes pais eram mais velhos e mais esclarecidos, e tinham maior expectativa em relação ao tratamento quanto àqueles tratados com métodos convencionais. Embora os resultados após os períodos avaliados tenham sido semelhantes, o grupo convencional fez uso de maior número de medicações após o primeiro ano (corticóides, picrolimus, tacrolimus) e o grupo homeopático teve menor uso de corticóide.

Outro estudo realizado com Homeopatia na Alemanha incluiu 3981 pacientes, onde 1130 eram crianças, onde a patologia mais frequente nas crianças era DA. Neste estudo, houve melhora significativa na severidade da doença e na qualidade de vida dos pacientes após o tratamento homeopático. Este estudo sugere que o tratamento homeopático oferece benefícios a longo prazo nos pacientes com doenças crônicas.

No entanto, alguns estudos não mostram evidência nos benefícios trazidos pelos tratamentos homeopáticos. Linde *et. al*, realizou uma ampla meta-análise com 89 ensaios comparando uso de placebo e remédios homeopáticos, refutando a

hipótese de que os benefícios da homeopatia se devem ao efeito placebo, mas concluíram que mais estudos devam ser feitos na área para comprovar esta hipótese.

Uma das críticas às práticas das terapias complementares são os escassos trabalhos científicos que poderiam corroborar a favor das mesmas, bem como a falta de qualidade e rigor dos trabalhos apresentados. Em uma busca realizada no Medline com trabalhos envolvendo a área dermatológica nos períodos de janeiro de 1996 a maio de 2002, apenas 0,14% destas publicações eram relacionadas à Homeopatia. Parece haver uma disparidade entre a prática da homeopatia no mundo inteiro e a escassez de estudos clínicos. Importante levantarmos a questão de que os desenhos dos estudos clínicos que hoje dispomos não se enquadra na Homeopatia clássica, uma vez que o medicamento é único e peculiar a cada paciente. Esta é uma das justificativas utilizadas pelos críticos da prática, pois toda medida terapêutica apresenta seu "efeito placebo", não só pela relação médico-paciente como pelo próprio curso natural da doença de cada paciente.

6.3 Relatos de casos clínicos

Neste trabalho, vamos listar alguns casos clínicos que encontraram sucesso na prática da Homeopatia. Relatos publicados pelo Dr Lawrence Nwabudike, médico romeno, com casos de DA que não melhoraram com tratamento convencional, mostraram resultados positivos nos tratamento com homeopatia. Um deles trata-se de uma jovem de 22 anos que sofria de DA desde a infância, além de crises de enxaqueca, sendo tratada com Aurum Metallicum, baseado na Lei da Semelhança. Apresentou piora inicial e logo depois melhora importante mesmo após um ano de

tratamento, com melhoras progressivas também da cefaléia, apresentando apenas uma pele seca residual em volta do pescoço.



Figura 9 - DA antes do tratamento homeopático



Figura 10 - DA flexural antes do tratamento homeopático



Figura 11 - DA antes do tratamento



Figura 12 - DA após o tratamento

Outro caso relatado é de uma menina de 10 meses com quadro clássico de DA, com prurido agravado pelo calor e distúrbios do sono, e história familiar de mãe com pele xerótica e avô com psoríase. Baseado na Lei da Semelhança, a criança recebeu Lachesis na potência CH 30, criança evoluiu com melhora importante, mesmo após seis meses de ter parado de fazer uso da medicação homeopática.



Figura 13 - Lactente com DA antes do tratamento homeopático



Figura 14 - Lactente com DA logo após o tratamento homeopático



Figura 15 - Lactente cerca de 6 meses após término do tratamento

Outro caso relatado pelo mesmo autor foi de um menino de 11 meses com quadro de erupção cutânea generalizada desde os 3 meses, sem história familiar de atopia. Baseado na Lei da Semelhança, ministrado Lachesis na CH 30, e

criança apresentou melhora após 1 mês de tratamento, e cerca de três meses após o início, permanecia livre de lesões.



Figura 16 - Lactente com DA antes do tratamento homeopático



Figura 17 - Lactente com DA após o tratamento homeopático

Robert J Signore publicou seus casos clínicos obtendo sucesso com tratamento Homeopático. Embora neste caso não haja imagens disponíveis, o relato foi de um menino de 5 anos que sofria com DA desde os 3 meses de idade, além da presença de molusco contagioso, fazendo uso de tratamentos convencionais como corticóides tópicos. Iniciou o tratamento homeopático com Carbonato de Calcio 30 CH 2 glóbulos 2 vezes ao dia, evoluindo quatro meses após com desaparecimento do molusco, com redução do prurido e parada do uso de corticóide tópico, com desaparecimento das lesões 8 semanas após o início do tratamento. Este mesmo autor obteve sucesso com diversos outros casos de dermatite, mas por não se tratar de Dermatite Atópica, estes casos não foram incluídos.

Outro autor, Gheorghe Jurj, também médico romeno, relata sucesso no tratamento em um menino de 12 anos com DA desde a primeira infância, com momentos de piora e melhora apesar do tratamento convencional. Nas imagens, é possível evidenciar liquenificação, edema e descamação furfurácea nas pálpebras. Os lábios também apresentavam rachaduras e eram extremamente secos. Na região de flexão dos braços, é possível visualizar feridas pelo ato da coçadura.



Figura 18 - Escolar antes do tratamento homeopático



Figura 19 - Escolar com DA antes do tratamento homeopático

Prescrito *Arsenicum Iodatum* na 1000 K em doses diárias, e criança evoluiu com diminuição importante do prurido noturno, diminuição do edema palpebral . No entanto, a liquenificação demorou um tempo ainda para melhorar.



Figura 20 - Escolar com DA após o tratamento



Figura 21 - Escolar com DA após o tratamento

Um homeopata japonês, Itamura, do Departamento de Dermatologia do Hospital Obitsu Sankei, relata alguns casos de DA que tiveram sucesso com Homeopatia. Um deles refere-se a uma mulher de 42 anos diagnosticada com DA grave, apresentava prurido em todo o rosto e corpo e má qualidade do sono. Antes do tratamento homeopático, ela fazia uso de corticosteroides tópicos duas a três vezes ao dia e uso de anti-histamínicos e medicamentos para dormir. Após

repertorização, iniciou tratamento com Staphisagria 30 CH. Após 1 mês, seu prurido havia reduzido 1/3 do prurido inicial, com melhora importante após seis meses. Sua medicação ainda mudou para Nux Vomica e mais tarde Sulphur, relatando melhora de 80%. Parou de utilizar medicamentos para dormir e relata uso de corticoide tópico de maneira ocasional.

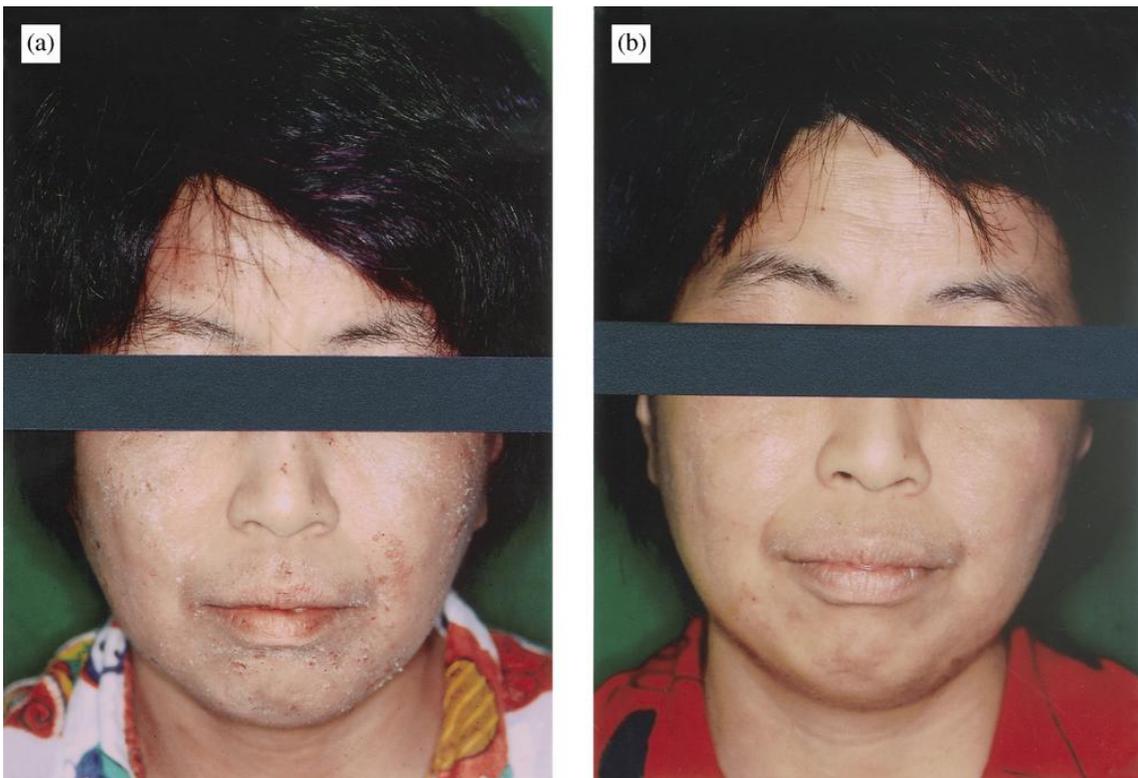


Figura 22 - Antes e cerca de 6 meses após o tratamento, respectivamente.

7. DISCUSSÃO

A Dermatite Atópica é uma doença crônica da pele que acomete, em sua maioria, crianças pequenas, trazendo grandes transtornos para os pacientes e seus familiares. Vêm apresentando um aumento crescente na sua incidência, principalmente entre a população urbana. Diversos fatores de risco são apontados como causas e/ou gatilhos da doença, mas nenhum resultado ainda foi conclusivo. Estas lesões apresentam alterações estruturais da pele, sendo controversa se esta é a causa ou a consequência da doença. Além de fatores nutricionais, como alergias desencadeadas pela proteína do leite de vaca e outros alimentos alergênicos, bem como a deficiência de vitaminas, outros fatores como problemas hereditários, mutações genéticas, uso de álcool durante a gestação, vêm sendo apontados como causas da doença. Os fatores emocionais, cada dia mais, ganham espaço dentro desta imensidão de fatores etiológicos, tanto como causa quanto como complicadores dos problemas dermatológicos. Estas pessoas passam a ser estigmatizadas pela sociedade, podendo evoluir com graves problemas de cunho emocional e agravando a qualidade de vida, pois altera a prática de atividade física, a qualidade do sono diário e os problemas de relacionamentos, principalmente amorosos, pois estas pessoas passam a se esconder da sociedade e evitam contato íntimo. Os tratamentos usuais, além de caros, não são isentos de riscos, e prometem apenas controlar a doença, pois não podem curá-la. Esta angústia leva pacientes e familiares a procurarem outras formas de tratamento. Um dos tratamentos mais conhecidos é a Homeopatia, ciência baseada da Lei dos Semelhantes e nas Diluições Infinitesimais, que busca a totalidade sintomática do paciente para se chegar a um diagnóstico medicamentoso, sendo assim, particular a cada um. A Homeopatia conta com mais de 2000 medicamentos, e por ser

individualizante, a realização de estudos clínicos multicêntricos se torna difícil e pouco realizado. Muitos estudos encontrados para este trabalho falam contra a Homeopatia, mas é necessária uma visão crítica dos mesmos. Em uma leitura mais criteriosa, é possível ver a manipulação da informação com os dados mostrados, bem como evidência dos conflitos de interesses nos idealizadores destes estudos, que já partem do pressuposto de que a Homeopatia não é eficiente. No entanto, não podemos fechar os olhos para falta de rigor dos estudos, bem como a escassez dos mesmos, sendo um alerta para os praticantes da Homeopatia quanto à necessidade de uma maior preocupação com publicações e rigor científicos. Através de relatos documentados e fotografados, fica mais evidente a eficácia desta terapêutica.

8. CONCLUSÃO

Com esta revisão, podemos concluir que mais estudos devem ser realizados nesta área para comprovar a eficácia do tratamento homeopático na Dermatite Atópica, embora algumas evidências, bem como relatos de casos, se mostram a favor desta terapêutica, não só pelo baixo custo, como pela isenção de riscos e efeitos colaterais com seu uso. Sabemos que a Indústria Farmacêutica se beneficia com bilhões de dólares movimentados todos os anos com os consumos de medicamentos alopáticos, não apresentando nenhum interesse no estudo de novas terapêuticas que venham a ameaçar a Medicina Hegemônica. Grande parte das pesquisas medicamentosas, são financiadas por estas instituições, bem como tentativas de denegrir a imagem de terapias alternativas, dentre elas a Homeopatia. É necessário que os médicos homeopatas, assistencialistas por natureza, passem a ter mais interesse em trabalhos científicos e na publicação de seus casos, para fortalecer o uso desta prática.

REFERÊNCIAS

- 1-ADOOR, Flavia Alvim Sant' Anna. **Dermatite atópica: correlação entre estado de barreira cutânea em pele não lesionada e atividade da doença.** 2008. 165f. Dissertação (Mestrado em Ciências), Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.
- 2-ALVARENGA, Tassiana M. M.; Caldeira, Antonio P. **Qualidade de vida em pacientes pediátricos com dermatite atópica.** J Pediatr (Rio J). 2009;85(5):415-420.
- 3-ARKWRIGHT, Peter D.; et al. **Management of Difficult to Treat Atopic Dermatitis.** J Allergy Clin Immunol: In Practice 2013;1:142-51.
- 4-BISGAARD, Hans.; Menné, Torkil. **Risk factors for developing atopic dermatitis.** Dan Med J 2013;60(7):B4687.
- 5-BORGES, Wellington G.; et al.; **Dermatite atópica em adolescentes do Distrito Federal.** Comparação entre as Fases I e III do ISAAC, de acordo com a situação socioeconômica. Rev. bras. alerg. imunopatol. – Vol. 31, Nº 4, 2008.
- 6-CAPITÃO, Claudio Garcia.; Carvalho, Érica Bonfa. **Psicossomática: duas abordagens de um mesmo problema.** - Revista de Psicologia da Vetor Editora, v. 7, nº 2, p. 21-29, Jul./Dez. 2006 21.
- 7-CASTRO, Ana Paula M.; et al. **Guia Prático para o Manejo da Dermatite Atópica.** Opinião conjunta de especialistas em alergologia da Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia e da Sociedade Brasileira de Pediatria. Rev. bras. alerg. imunopatol. 2006; 29(6):268-282
- 8-CORK, Michael J.; et al. **Epidermal Barrier Dysfunction in Atopic Dermatitis.** Journal of Investigative Dermatology (2009) 129, 1892–1908.
- 9-C BECKER, Witte.; et al. **Diagnoses and Treatment in Homeopathic Medical Practice.** Forsch Komplementärmed Klass Naturheilkd (2004);11: 98–103
- 10-ELIAS PM.; Wood LC.; Feingold KR. **Epidermal pathogenesis of inflammatory dermatoses.** Am J Contact Dermatol (1999) 10:119–126.
- 11-E CIVELEK.; et al. **Prevalence, Burden, and Risk Factors of Atopic Eczema in Schoolchildren Aged 10-11 Years: A National Multicenter Study.** J Investig Allergol Clin Immunol 2011; Vol. 21(4): 270-277
- 12-HERD RM.; et al. **The cost of atopic eczema.** BR J Dermatol. 1996; 135:20-23.
- 13-HEILMAN, Erica. **The Emotional Challenges of Living with the Itch of Eczema.** Daily News Health. Published november 2002.

14-ITAMURA, R.; HOSOYA R. **Homeopathic treatment of Japanese patients with intractable atopic dermatitis.** Homeopathy. 2003;92: 108-114

15-JUNIOR, Nelson dos Reis Aguiar. **Uso da Medicina Alternativa em crianças com Dermatite Atópica no ambulatório de Dermatologia Pediátrica do Hospital Universitário de Brasília.** 2009. 76f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde), da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

16-JURJ, Gheorghe. **Homeopatia em imagens: *Arsenicum iodatum*.** Revista de Homeopatia 2010;73(1/2):18-30.

17-KEIL, T.; et al. **Homoeopathic versus conventional treatment of children with eczema: A comparative cohort study.** Complementary Therapies in Medicine (2008) 16, 15—2.

18-LEITE, Rubens Marcelo Souza.; et al. **Dermatite atópica: uma doença cutânea ou uma doença sistêmica? A procura de respostas na historia da dermatologia.** An Bras Dermatol. 2007;82(1):71-8.

19-MADSEN, RUY. **Bases da Homeopatia.** Liga da Medicina da Unicamp.

20-MONTEIRO, Dalva de Andrade.; IRIART, Jorge Alberto Bernstein. **Homeopatia no Sistema Único de Saúde: representações dos usuários sobre o tratamento homeopático.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(8):1903-1912, ago, 2007.

21-PUSTIGLIONE, Marcelo. **Organon da arte de curar de Samuel hahnmann para o século XXI.** 1ª Edição. São Paulo: Editora Organon, 2010.

22-NWABUDIKI, Lawrence Chukwudi. **Atopic dermatitis and Homeopathy.** Jour Dermatol Online. 2012; 3(3): 217-220.

23-MEDANSKY, Roland S. M.D.; HANDLER, Raymond M. Psychosomatic Dermatology. International Journal of Dermatology, Volume 20, Issue 1, page 42, January 1981.

24-ODHIAMBO, Joseph A.; et al. **Global variations in prevalence of eczema symptoms in children from ISAAC Phase Three.** J Allergy Clin. Immunol 2009;124:1251-8.

25-OLIVIER, Yoland. **The effect of a homeopathic complex on Atopic Dermatitis in children.** 1993. 104f. Dissertação de mestrado em Ciências da Saúde da Universidade de Johannesburg, Johannesburg, 1993.

26-QUIRÓS AB.; Castro J.; Tellería JJ. **Fundamentos Biológicos y Genéticos de la Atopia y Asma.** Allergol et Immunopathol 1998; 26:59-73.

27-R.B VENDER, MD. **Alternative Treatments For Atopic Dermatitis:**A Selected Review. Skin Therapy Letter. Editor: Dr. Stuart Maddin, Vol. 7 No. 2, February 2002

- 28-R.M.EMERSON, H.C.WILLIAMS AND B.R.ALLEN **What is the cost of atopic dermatitis in preschool children?** British Journal of Dermatology 2001; 143: 514-522.
- 29-ROSAS, Êrika. **Avaliação dos ensaios clínicos homeopáticos na área de doenças infecciosas e parasitárias.** Dissertação de Mestrado em Medicina da Saúde da Faculdade de Medicina da Bahia, UFBA, 2006, Salvador.
- 30-ROLL, Stephanie.; et al. **Comparative Effectiveness of Homoeopathic vs. Conventional Therapy in Usual Care of Atopic Eczema in Children: Long-Term Medical and Economic Outcomes.** January 2013 | Volume 8 | Issue 1 | e54973.
- 31-SCHAFER, Torsten.; et al. **Alternative medicine in allergies – prevalence, patterns of use and costs.** Allergy 2002; 57: 694–700.
- 32-SIDBURY, R.; HANIFIN, JM. **Old, new and emerging therapies for atopic dermatitis.** Dermatol Clin 18(1):1-11 (2000 Jan).
- 33-SIGNORE, Robert J. **Case report: Classic Homeopathic Medicine and the Treatment of Eczema.** Cosmetic Dermatology. September, 2011, vol, 24, nº 9
- 34-SMOLLE, Josef. **Homeopathy in dermatology.** Dermatologic Therapy, Vol. 16, 2003, 93–97.
- 35-STIBBE, Jeniffer R, MD. **Homeopathy in Dermatology.** Clinics in Dermatology Y 1999;17:65–68.
- 36-SU, John.; et al. **Atopic eczema: its impact on the family and financial cost.** Archives of Disease in Childhood 1997;76:159–162.
- 37-TAIEB, A. **Hypothesis: from epidermal barrier dysfunction to atopic disorders.** Contact Dermatitis 41:177–180(1999).
- 38-WARRINGTON, Thomas P.; BOSTWICK, Michael MD. **Psychiatric Adverse Effects of Corticosteroids.** Mayo Clin Proc. 2006;81(10):1361-1367.
- 39-Williams HC.; et al. **The U.K Working Party’s diagnostic criteria for atopic dermatitis.III.** Br J Dermatol 1994;131:406-16.
- 40-ZOGBI, Hericka.; et al. **A integração mente e corpo em psicodermatologia.** Psicologia: Teoria e Prática – 2005, 7(1): 51-60.