



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

NELSON DOS REIS AGUIAR JÚNIOR

USO DA MEDICINA ALTERNATIVA EM CRIANÇAS COM  
DERMATITE ATÓPICA NO AMBULATÓRIO DE DERMATOLOGIA  
PEDIÁTRICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA.

Brasília-DF  
2009

NELSON DOS REIS AGUIAR JÚNIOR

USO DA MEDICINA ALTERNATIVA EM CRIANÇAS COM  
DERMATITE ATÓPICA NO AMBULATÓRIO DE DERMATOLOGIA  
PEDIÁTRICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Dermatologia  
Pediátrica.

Orientadora: Prof. Dr<sup>a</sup>. Izelda Maria Carvalho  
Costa

Brasília-DF  
2009

*Aos meus pais Nelson e Elvina, por sempre me apoiarem em novos desafios.*  
*Às minhas irmãs Cassandra e Letícia, pelo amor e pela amizade.*

## **AGRADECIMENTOS ESPECIAIS**

A Deus por sempre me dar força e determinação na longa jornada em busca do conhecimento.

À minha querida mãe, exemplo de vida, o meu amor maior, por sempre estar ao meu lado, por me amar incondicionalmente.

À minha orientadora Prof. Dra. Izelda Maria Carvalho Costa, por seu profissionalismo, por seu apoio e dedicação, por sua disponibilidade em me auxiliar sempre que necessário, por sua paciência, por seus conhecimentos e, sobretudo, por sua amizade.

## AGRADECIMENTOS

Aos pacientes portadores de Dermatite Atópica e suas famílias, pela cooperação e confiança.

À colega de curso Dra. Marly Del Nero Rocha, pelo companheirismo e parceria.

Aos residentes do Ambulatório de Serviço de Dermatologia Pediátrica, do Hospital Universitário de Brasília, pelo auxílio na avaliação dos pacientes.

Ao Departamento de Estatística Médica do Hospital Universitário de Brasília, por fazer o tratamento dos dados da pesquisa.

Aos meus primos Vilara, Tarcila e Higo por sempre estarem ao meu lado e por me apoiarem na busca desta conquista.

Aos sempre amigos, Marcílio Lopes, Fernando Collin, Rubens Chaves e Aline Santos pela amizade, pelos momentos de diversão e por me apoiarem na busca de mais esta vitória.

Ao amigo Clovis Meireles Nóbrega Júnior, por me incentivar a seguir a carreira acadêmica e por me apoiar no caminho da aprendizagem.

A Shirleide Vasconcelos e Edigrês de Souza, da Secretaria de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, pela presteza e gentileza. Sempre disponíveis para ajudar.

E a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização de mais um sonho.

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b>	8
<b>ABSTRACT</b>	9
Lista de Figuras.....	10
Lista de Tabelas.....	11
Lista de Gráficos.....	12
Lista de Abreviaturas.....	13
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	15
1.1 Dermatite Atópica.....	15
1.1.1 Definição.....	15
1.1.2 Histórico.....	16
1.1.3 Epidemiologia.....	16
1.1.4 Prognóstico.....	17
1.1.5 Quadro Clínico.....	17
1.1.6 Diagnóstico.....	18
1.1.7 Classificação da Gravidade da Dermatite Atópica.....	20
1.1.8 Genética.....	21
1.1.9 Imunopatologia.....	23
1.1.10 Dermatite Atópica Intrínseca e Extrínseca.....	24
1.1.11 Fatores Desencadeantes.....	26
1.1.11.1 Fatores Genéticos .....	26
1.1.11.2 Alérgenos Alimentares.....	26
1.1.11.3 Aeroalérgenos .....	27
1.1.11.4 Auto-antígenos .....	27
1.1.11.5 Infecção.....	28
1.1.11.6 Fatores Neuroimunológicos.....	28
1.1.12 Tratamento da Dermatite Atópica.....	29
1.2 Medicina Alternativa ou Complementar.....	32
1.2.1 Definição.....	32
1.2.2 Histórico e Indicação.....	34
1.2.3 Medicina Alternativa Complementar e Pesquisa.....	39
1.2.4 Medicina Alternativa e Dermatite Atópica.....	41
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	44
2.1 Objetivo Principal.....	44
2.2 Objetivos Secundários.....	44
<b>3 MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	45
3.1 População Estudada.....	45
3.2 Critérios de Inclusão.....	45
3.3 Critérios de Exclusão.....	45
3.4 Estratégia do Estudo.....	45
3.5 Aplicação do Questionário.....	46

3.6	Ética.....	46
3.7	Análise Estatística.....	47
<b>4</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>48</b>
4.1	Prevalência do Uso de Medicina Alternativa ou Complementar.....	48
4.2	Fatores que Influenciaram na Decisão de Uso de Medicina Alternativa ou Complementar.....	49
4.3	Natureza do Uso de Medicina Alternativa ou Complementar....	50
	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>53</b>
	<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>62</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>63</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>69</b>
	<b>ANEXO I.....</b>	<b>70</b>
	<b>ANEXO II.....</b>	<b>73</b>
	<b>ANEXO III.....</b>	<b>78</b>

## RESUMO

A Dermatite Atópica é uma doença de pele comum entre crianças, de difícil manejo e que envolve fatores genéticos e ambientais. Estudos correlacionando o uso de Medicina Alternativa ou Complementar e a Dermatite Atópica não são raros fora do Brasil, porém são inéditos em nosso país. Medicina Alternativa ou Complementar (MAC) é definida como diagnóstico, tratamento e/ou prevenção que complementa a medicina convencional por contribuir como um todo, por satisfazer as demandas não encontradas na medicina ortodoxa ou por diversificar o quadro conceitual da medicina e inclui formas de terapia que não possuem bases científicas ou eficácia comprovadas por métodos científicos.

O objetivo deste estudo foi de investigar a prevalência do uso da Medicina Alternativa ou Complementar por pacientes pediátricos com dermatite atópica, identificar os fatores que podem influenciar na decisão de usar tais terapias, identificar os fatores renda familiar, tamanho da família e escolaridade dos responsáveis/cuidadores dos pacientes, identificar a natureza dos recursos alternativos utilizados pelos pacientes participantes deste estudo, verificar se houve piora do quadro clínico após uso de MAC, verificar se o tempo de duração da doença está associado a maior probabilidade do uso de MAC e avaliar o fator custo do tratamento com recursos de MAC.

Desenvolveu-se o estudo com 85 pacientes portadores de Dermatite Atópica, atendidas no Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário de Brasília. Foi aplicado um questionário aos pais/cuidadores dos pacientes logo após a consulta médica.

Um total de 54 (63,5%) de pacientes utilizou algum tipo de recurso de Medicina Alternativa ou Complementar, indicação de parentes e amigos foi a razão pela qual a maioria utilizou MAC. Os fatores renda familiar, tamanho da família e escolaridade dos pais/cuidadores não influenciaram na decisão de uso de recursos alternativos. Remédios à base de plantas e homeopatia foram os recursos alternativos mais utilizados. A cronicidade da doença está relacionada a maior probabilidade de uso de recursos alternativos. O custo do tratamento alternativo não influenciou o uso de MAC. Muitos dos tratamentos foram referidos pelos pacientes como inúteis ou como provocadores de deterioração do quadro clínico geral.

## ABSTRACT

Atopic dermatitis is a common skin disease among children, with difficult management, that involves genetic and environmental factors. Studies correlating the use of Complementary or Alternative Medicine and atopic dermatitis are not rare out of Brazil, but are unpublished in our country. Complementary or Alternative Medicine (CAM) is defined as diagnosis, treatment and / or prevention which complements conventional medicine by contributing as a whole, by meeting the demands not found in orthodox medicine or by diversifying the conceptual framework of medicine and that includes forms of therapy that has no scientific basis or proven effectiveness by scientific methods.

The objective of this study was to investigate the prevalence of use of CAM by pediatric patients with atopic dermatitis, identify the factors that may influence the decision to use such therapies, to identify the factors family income, family size and caretakers schooling, to identify the nature of the alternative resources used by patients participating in this study, to verify if there was worsening of symptoms after the use of MAC, to verify if the disease chronicity is associated with greater likelihood of using CAM and to evaluate the factor cost of alternative treatment.

The study was developed with 85 patients with atopic dermatitis, that were seen at the Dermatology Service of the University Hospital of Brasília. We applied a questionnaire to parents / caregivers of patients after a medical consultation.

A total of 54 (63.5%) of patients used some type of action for Complementary or Alternative Medicine, word by mouth was the most cited reason for trying CAM. The factors family income, family size and caretakers schooling did not influence the decision to use CAM. Herbal medicines and homeopathy were the most used alternative resources and 18,8% of patients mentioned some sort of skin worsening after CAM use. Disease chronicity is related to greater likelihood of using alternative resources. The alternative treatment cost did not influence the use of CAM. Many of these alternative treatments were reported by patients as useless or as provocative deterioration of clinical general.

**LISTA DE FIGURAS**

<b>Figura 1</b>	Paciente com DA em face.....	21
<b>Figura 2</b>	Paciente com DA em fossa poplíteia.....	21
<b>Figura 3</b>	Paciente com DA severa.....	21
<b>Figura 4</b>	Paciente com DA em região de dobras.....	21
<b>Figura 5</b>	Paciente em surto de prurido.....	24
<b>Figura 6</b>	Barbatimão (Stryphnodendron barbatiman).....	51
<b>Figura 7</b>	Casca de Stryphnodendron barbatiman.....	51
<b>Figura 8</b>	Sabugueiro (Sambucus nigra).....	51
<b>Figura 9</b>	Flor de Sambucus nigra .....	51

**LISTA DE TABELAS**

<b>Tabela 1</b>	Critérios para diagnóstico da dermatite atópica.....	19
<b>Tabela 2</b>	Critérios de Gravidade da dermatite atópica.....	20
<b>Tabela 3</b>	Interações potenciais entre preparações com ervas e drogas convencionais no tratamento da Dermatite Atópica.....	29
<b>Tabela 4</b>	Uso de mais de um tipo de recurso de MAC no tratamento da Dermatite Atópica.....	52

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b>	Distribuição de pacientes conforme gênero.....	48
<b>Gráfico 2</b>	Distribuição de pacientes conforme o uso de MAC.....	48
<b>Gráfico 3</b>	Distribuição de pacientes em relação ao uso de mais de um tipo de recurso de MAC.....	48
<b>Gráfico 4</b>	Fatores que influenciaram na decisão de uso de MAC.....	48

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- AMPc** - Adenosina Monofosfato-cíclico
- AAEDS** – Síndrome não alérgica de Dermatite Atópica  
(*Non Allergic Atopic Eczema Dermatitis Syndrome*)
- CAA** – Células Apresentadoras de Antígenos
- CEP** – Comitê de Ética em Pesquisa
- DA** – Dermatite Atópica
- EASI** – Índice de Severidade de Área de Eczema (*Eczema Area Severity Index*)
- FDA** – Food and Drug Administration
- FS** – Faculdade de Saúde
- IgE** – Imunoglobulina da classe E
- IL-4** – Interleucina do Tipo 4
- IL-5** – Interleucina do Tipo 5
- IL-8** – Interleucina do Tipo 8
- IL-13** – Interleucina do Tipo 13
- IL-31** – Interleucina do Tipo 31
- IVC** – Insuficiência Venosa Crônica
- ISSAC** – Estudo Internacional de Asma e Alergias na Infância  
(*International Study of Asthma and Allergies in Childhood*)
- HUB** – Hospital Universitário de Brasília
- LT** – Linfócito T
- MA** – Medicina Alternativa
- MAC** – Medicina Alternativa ou Complementar
- MC** – Medicina Complementar
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- SAME** – Serviço de Arquivo Médico Estatístico
- SCORAD** – Escore de Dermatite Atópica (*Score of Severity of Atopic Dermatitis*)
- SPSS** – Pacote Estatístico para Ciências Sociais  
(*Statistical Package for the Social Sciences*)
- SUS** – Sistema Único de Saúde

**Th1** – Relativo ao Linfócito T auxiliar 1 (*T helper 1*)

**Th2** – Relativo ao Linfócito T auxiliar 2 (*T helper 2*)

**TNF-  $\alpha$**  – Fator de Necrose Tumoral Alfa

**US** – Estados Unidos (*United States*)

## **1. INTRODUÇÃO**

### **1.1 Dermatite Atópica**

#### **1.1.1 Definição**

A Dermatite Atópica (DA) é uma dermatose comum entre as crianças e é a principal manifestação cutânea da atopia (AZULAY, 2006). A DA é a doença inflamatória de pele mais comum entre as crianças, geralmente aparecendo na infância, antes da idade de 2 anos, e afeta, em algum grau, um grande número de pacientes (LEWIS *et. al.* 2006).

A DA é uma doença de pele inflamatória e crônica associada à hiperreatividade a antígenos ambientais, inócuos em indivíduos saudáveis, e é geralmente o primeiro passo da marcha rumo à atopia, resultando em asma e rinite alérgica. O fenótipo clínico que caracteriza a DA é um produto da interação entre genes susceptíveis, o ambiente, defeitos na função de barreira da pele e repostas imunológicas locais e sistêmicas (DONALD *et. al.*, 2004).

A DA apresenta diversas variáveis de nomenclatura, tais como neurodermatose, diátese pruriginosa, prurido de Besnier, eczema atópico, prurigo disseminado, prurigo diastático, neurodermite generalizada e prurido generalizado com liquenificação, (COKA e COOK, 1923; AZULAY, 2006). A DA apresenta-se em episódios recorrentes durante diversos períodos da vida. O curso crônico, a intensidade dos sintomas e o desconforto provocado pela doença ocasionam sérias implicações na vida do portador e de seus familiares.

O prurido que acomete os portadores de DA é intenso e associado a este sintoma, distúrbios do sono são muito frequentes. Independentemente da gravidade do acometimento, a DA tem forte influência na qualidade de vida dos enfermos, pois interfere em suas atividades diárias básicas, tanto de lazer, como de trabalho e estudo (TERREEHORST, 2002).

### 1.1.2 Histórico

A denominação *atopia*, palavra grega que significa “fora de lugar” (a + top(o) + ia = sem lugar), foi o termo criado por Coca e Cooke, em 1923, para agrupar os indivíduos que possuíam a capacidade peculiar de se tornar sensíveis a determinadas proteínas, às quais, frequentemente, se expunham em decorrência de seus hábitos de vida e do meio ambiente (AZULAY, 2006).

O termo **dermatite atópica** foi proposto, inicialmente, por WISE e SULZBERGER (1933), em texto que discute diversas alterações cutâneas descritas como do grupo das neurodermites. Segundo os autores, a melhor denominação destas entidades seria a de “dermatite atópica”. Outros sinônimos ainda usados são eczema constitucional e prurigo diatésico, (WÜTHRICH e SCHMID-GRENDELMEIER, 2003).

### 1.1.3 Epidemiologia

A frequência da doença atópica (rinite alérgica, asma e eczema atópico) tem aumentado de forma constante, afetando de 10% a 20% dos lactentes e de 1% a 3% dos adultos em todo o mundo, nas últimas décadas. Provavelmente, metade das crianças com dermatite atópica desenvolve alguma outra forma de doença atópica em outras fases da vida (SEHRA *et. al*, 2008). Na maioria dos indivíduos a doença se inicia e perdura na infância, sendo que alguns pacientes permanecem severamente afetados na adolescência e idade adulta, com impacto na qualidade de vida destes pacientes (COGHIL *et. al*, 2007).

A DA apresenta alta incidência no primeiro ano de vida, entretanto, seus sintomas geralmente regridem na puberdade. A DA pode estar presente na vida adulta e afeta mais de 10% da população total, com 80% a 90 % dos afetados sendo crianças abaixo de 5 anos de idade.( SEHRA *et. al*, 2008)

A prevalência da DA varia em função da localização geográfica, das condições climáticas, do nível sócio econômico e da poluição. Esta prevalência aumentou de duas a três vezes nas últimas três décadas em países

industrializados, permanecendo muito mais baixa em países de economia predominantemente agrícola ou rural (DONALD *et. al*, 2004).

Na Europa, a prevalência passou de 2% - 3%, em 1960, para 15% - 20%, em 2001. Os dados obtidos no ISAAC (*International Study of Asthma and Allergies in Childhood*) demonstram que, no Brasil, a prevalência da DA é semelhante à de outras partes do mundo, estando ao redor de 10% - 15% podendo chegar a 28,2% da população, dependendo do centro estudado. (SOARES *et. al*, 2007).

#### **1.1.4 Prognóstico**

A DA tende a ser benigna em sua evolução, e seus sintomas tendem a desaparecer ou atenuar-se no decorrer dos anos. A melhora da DA ainda depende da gravidade do quadro da doença, sendo que as formas mais graves apresentam menores chances de cura ou regressão total do quadro. Os indivíduos com tempo de duração da doença superior a seis anos são os que apresentam pior prognóstico. Outros fatores que contribuem para esse prognóstico são história familiar de atopia, doença de início precoce, doença severa no período de lactente, asma e/ou rinite alérgica concomitante e, ainda, pessoas do sexo feminino parecem ser mais afetadas por tal mal (SHAH *et. al*, 2002).

Em torno de 60% dos pacientes com DA tornam-se livres dos sintomas da doença até a adolescência. Apesar de haver uma atenuação dos sintomas com o avançar da idade, 50% a 60% dos pacientes podem, ainda, apresentar recorrências da doença na fase adulta (HALKEN, 2004).

#### **1.1.5 Quadro Clínico**

Clinicamente, a atopia caracteriza-se pela tríade dermatite, dermatite/rinite (rinoconjutivite) e asma, que podem se alternar ou coexistir por períodos variáveis ao longo da vida, sendo comum o predomínio de uma destas três manifestações. Os quadros clínicos mais graves acarretam, inclusive, dificuldade de adequação escolar, social e familiar (5,6). A pele hiper-

reativa dos pacientes acometidos é muito susceptível a infecções recorrentes (COKA e COOK, 1923).

As manifestações clínicas da doença são variadas ao longo da vida, entre as quais o eczema, e uma distribuição tópica que depende da idade do paciente. É uma doença de carácter crónico ou cronicamente recidivante, frequentemente associada a outras doenças atópicas (como rinite e asma) e à história familiar e/ou pessoal de atopia, mostrando haver forte predisposição genética, de herança poligênica, com evidentes alterações imunológicas, fortemente influenciadas por fatores ambientais e eventualmente, emocionais (AZULAY, 2006).

A fase aguda caracteriza-se por prurido intenso, pápulas eritematosas associadas à exulcerações, vesículas ou pequenas bolhas e crostas sobre um fundo eczematoso. Um exsudato seroso ou serosanguinolento costuma estar presente. As lesões subagudas apresentam-se como pápulas eritematosas e placas eczematizadas, hiperemiadas e escoriadas, mas sem exsudato (BOECHAT *et. al*, 2005).

Na fase crónica, notam-se espessamento significativo do estrato córneo, descamação e acentuação das pregas cutâneas (liquenificação), secundários ao atrito e à escarificação. Observam-se, ainda, áreas de hipo ou hiperpigmentação por causa da resolução do processo inflamatório (BOECHAT *et. al*, 2005).

### **1.1.6 Diagnóstico**

O diagnóstico da DA foi estabelecido através de critérios definidos por HANIFIN & RAJKA que, em 1979, em Oslo na Noruega, propuseram um grupo de sinais e sintomas característicos para o diagnóstico da doença (HANIFIN e RAJKA, 1980).

O diagnóstico da DA é clínico e baseado nas características e distribuições das lesões e na presença de prurido. Os critérios são hierarquizados em duas categorias: critérios maiores e menores. Para estabelecer o diagnóstico da DA é necessária a presença de três critérios de cada uma das categorias (HANIFIN & RAJKA, 1980).

**Tabela 1. Critérios para diagnóstico da dermatite atópica segundo HANIFIN & RAJKA, 1980**

---

**Critérios Maiores**

---

Prurido

Morfologia e distribuição típica: adultos: lesões flexurais. Crianças e lactentes: Face e superfícies extensoras

Dermatite crônica ou recidivante

História familiar ou pessoal de atopia

---

**Critérios Menores**

---

Xerose

Ictiose/queratose pilar/ hiperlinearidade palmar

Reatividade cutânea positiva

IgE sérica elevada

Surgimento em idade precoce

Tendência a infecções de pele

Dermatite de mãos e pés

Eczema de mamilos

Queilite

Conjuntivite

Prega ocular de Dennie-Morgan

Ceratocôneo

Catarata subcapsular anterior

Escurecimento orbital

Eritema e palidez facial

Pitíriase Alba

Dobras no pescoço anterior

Prurido ao suor

Intolerância a lã e solventes lipídicos

Acentuação perifolicular

Intolerância alimentar

Fatores ambientais/emocionais alterando curso da doença

Dermografismo branco

---

**Fonte:** HANIFIN & RAJKA, 1980

### 1.1.7 Classificação da Gravidade da Dermatite Atópica

A DA pode ser classificada, quanto à gravidade, em leve, moderada e grave. Existem diferentes maneiras de medir a gravidade da DA sendo os critérios de escore estabelecidos por RAJKA e LANGELAND (1989) os de mais fácil aplicação na prática clínica e mais utilizados em estudos epidemiológicos gerais (RAJKA, 1989).

Existem, entretanto, outros sistemas de medição da gravidade da DA como EASI e SCORAD, de aplicação prática mais complexa e mais utilizada para avaliar pequenas variações na gravidade, como em estudos terapêuticos (EUROPEAN TASK FORCE OF ATOPIC DERMATITIS, 1993; RAJKA & LANGELAND, 1989).

**Tabela 2 – Critérios de Gravidade da dermatite atópica segundo RAJKA e LANGELAND**

<b>Extensão (pontos)</b>
<b>Fase Adulta e Infantil</b>
Menos que aproximadamente 9% da área corporal (1)
Entre 9% e 36 % da área corporal (2)
Mais que 36% da área corporal (3)
<b>Lactentes (pontos)</b>
Menos que 18% da área corporal (1)
Mais que 18% e menos que 54% da área corporal (2)
Mais que 54% da área corporal (3)
<b>Curso (pontos)</b>
Mais que 3 meses de remissão durante 1 ano (1)
Menos que 3 meses de remissão durante 1 ano (2)
Curso contínuo (3)
<b>Intensidade (pontos)</b>
Prurido discreto, ocasionalmente atrapalhando o sono noturno (1)
Prurido moderado, perturbando o sono com mais frequência (2)
Prurido intenso, usualmente atrapalhando o sono noturno (3)
<b>Fonte:</b> RAJKA e LANGELAND (1989)

Soma dos escores:

3-4: Dermatite leve

5-7: Dermatite moderada

8-10: Dermatite grave

Nas figuras de 01 a 04 encontram-se exemplos desta classificação da DA.



**Figura 1** - Paciente com DA grave em face



**Figura 2** - Paciente com DA moderada em fossa poplíteica



**Figura 3** – Paciente com DA severa



**Figura 4** – Paciente com DA grave em região de dobras

### 1.1.8 Genética

A DA é resultado da combinação de fatores genéticos e ambientais. A importância de fatores ambientais em determinar a expressão da doença é enfatizada por estudos que mostram que a prevalência de sintomas atópicos varia não somente entre países com grupos étnicos semelhantes, mas também

dentro do próprio país. A evidência para o envolvimento genético na patogênese da DA vem inicialmente de estudos com gêmeos e de análises de famílias com a doença (CHAMPION *et. al*, 1994).

O componente familiar é um fator importante na DA, com risco duas vezes maior de ocorrência em crianças quando um dos pais é afetado. Nos casos de acometimento de ambos os pais, o risco aumenta para três vezes. Além disto, o início em idade precoce e os altos níveis de concordância em gêmeos monozigóticos (77%) e dizigóticos (15%) sugerem um forte componente genético (BOECHAT, 2005).

DOLD *et. al*. (1992) demonstraram a ocorrência de maior número de pacientes com DA entre filhos de pais atópicos, principalmente quando os pais eram portadores de DA. Esses achados servem para caracterizar tais pacientes como uma “população de risco” para o desenvolvimento da doença (DOLD *et. al*, 1992).

COOKSON e MOFFATT (2002) citam que há três regiões cromossômicas relacionadas à DA nos cromossomos 1q21, 3q21, 3p22-24, 17q25 e 20p. A IgE sérica está relacionada ao locus do cromossomo 3q21, 5q31 e 16q23.

A predisposição genética determina a produção de imunoglobulina E (IgE) para alérgenos ambientais comuns. Os níveis de AMP-cíclico (AMPc) intracelulares encontram-se diminuídos nos macrófagos, basófilos e linfócitos. Os baixos níveis de AMPc seriam responsáveis, entre outras consequências, pelo aumento da liberação de histamina, diminuição de linfócitos T supressores e aumento da produção de IgE (AZULAY, 2006).

A antiga hipótese do bloqueio dos receptores beta adrenérgicos para justificar a diminuição dos níveis intracelulares de AMPc na DA, evoluiu para a constatação de um defeito associado ao aumento da atividade da enzima fosfodiesterase, degradadora de AMPc. Têm sido observadas anormalidades no metabolismo do ácido araquidônico com aumento nos metabólitos tanto da via lipoxigenase quanto da cicloxigenase, provavelmente contribuindo para a resistência da inflamação (AZULAY, 2006).

### 1.1.9 Imunopatologia

As evidências atuais sugerem que a DA é uma doença alérgica mediada por linfócitos T (LT), tanto do tipo Th2 como Th1. Entretanto, diferentes células têm participação fundamental na gênese e na manutenção do processo inflamatório, tais como células apresentadoras de antígenos (CAA), queratinócitos, mastócitos e eosinófilos (BOECHAT *et. al*, 2005) .

As alterações imunológicas na DA incluem um predomínio de linfócitos Th2 sobre linfócitos Th1. As células mononucleares dos pacientes com DA têm menor capacidade de produzir interferon gama (INF-Gama), que tem relação inversa com níveis séricos de IgE. Isso pode se dar por deficiência de interleucina 18 (IL-18), uma indutora de produção de INF-Gama. Um número maior de células Th2 produzindo IL-4, IL-5 e IL-13 é observado no sangue periférico de pacientes com DA, gerando maior produção de IgE. Essas citocinas também levam a uma maior expressão de moléculas de adesão, envolvidas no estímulo da migração e da infiltração de eosinófilos que são encontrados na pele dos pacientes com DA (LEUNG e BIEBER, 2003).

Uma mudança na barreira epidérmica pode estar envolvida no aumento da sensibilidade a irritantes, que pode resultar na produção aumentada de citocinas pelos queratinócitos. Como consequência, as células endoteliais podem desregular a adesão de moléculas, com subsequente influxo de células imunocomponentes. De acordo com esta hipótese, a epiderme é um órgão pró-inflamatório. Estímulos inespecíficos, incluindo exposição a irritantes, levam a indução da síntese e a produção de uma série de citocinas pró-inflamatórias, tais como IL-1, IL-6, fator de necrose tumoral alfa (TNF  $\alpha$ ) e IL-8 (CHAMPION e *et. al*,1994).

As citocinas liberadas pela resposta Th2 também estimulam os receptores de IgE das células apresentadoras de antígenos (células de Langerhans). Atualmente, acredita-se que as lesões cutâneas agudas da DA são dominadas por células Th2 e as lesões crônicas por células Th1. (KANG e STEVENS, 2003). As citocinas Th2, principalmente IL-4, IL-5 e IL-13, seriam responsáveis pela eosinofilia e pela produção de IgE. (GREWE e *et. al.*, 1998).

Sonkoly *et. al.*(2006) demonstraram que os níveis de IL-31 são significativamente mais elevados na pele dos pacientes com prurido atópico do

que em pacientes com inflamação de pele por psoríase. Níveis elevados de IL-31 também foram observados em pacientes com prurigo nodular, uma das doenças inflamatórias de pele mais pruriginosas. In vivo os super antígenos estafilocócicos rapidamente induziram a expressão de IL – 31 em indivíduos atópicos. In vitro a enterotoxina estafilocócica B induziu a expressão de IL – 31 nos leucócitos. Estes achados mostram uma nova ligação entre a colonização da pele por estafilococos, a expressão de IL - 31 e a subsequente ativação de células T, resultando em indução de prurido em pacientes atópicos.

Apresentamos na figura 5 exemplo de prurido exacerbado em paciente pediátrico.



Figura 5 – Paciente com DA grave e em surto de prurido

#### **1.1.10 Dermatite Atópica Extrínseca e Intrínseca**

As descobertas e observações de diversos pensadores, em um momento passado, dividiram o conhecimento da dermatite atópica em duas linhas de pensamento: uma primeira consubstanciada na reação do indivíduo a um ambiente hostil, repleto de agentes externos e com foco nas diferentes formas de o corpo humano interagir com esse ambiente, em conjunto com a asma e a rinite alérgica; e uma segunda linha de pensamento na qual os fenômenos macro e microscópicos da estrutura cutânea são a base para a doença, com menor importância para fatores externos, da mesma forma que os outros tipos de eczema (LEITE *et. al*, 2007).

No início do século XXI, todas essas discussões alimentadas por tantos estudiosos ainda persistem, notadamente porque a dermatite atópica é doença complexa e multifatorial. Descrições recentes questionam a existência de duas formas de dermatite atópica: uma extrínseca ou alérgica, associada a doenças respiratórias e susceptíveis a fatores ambientais, como a dieta; e outra denominada intrínseca (ou não alérgica), sem associação com as doenças atópicas respiratórias e não relacionada a fatores ambientais, como a alimentação (LEITE *et. al*, 2007).

Pelo menos duas formas de DA têm sido descritas na literatura: uma intrínseca e outra extrínseca (BOGUNIEWICZ e LEUNG, 2006). A forma intrínseca também é denominada “Síndrome Dermatite Atópica/Eczema Atópico Não-Alérgico” (*Non-Allergic Atopic Eczema/Dermatitis Syndrome* ou NAADES) e que acomete cerca de 20 a 30% dos pacientes (DONALD *et. al*, 2004). Estes pacientes com DA intrínseca expressam níveis de IL-4 significativamente mais baixos quando comparados com os portadores de DA extrínseca, além de estes pacientes apresentarem uma capacidade diminuída de produzir IL-5 e IL-13. Os pacientes portadores da forma intrínseca da DA raramente desenvolvem asma ou rinite alérgica (WÜTHRICH, SCHMID-GRENDELMEIER, 2003).

A forma extrínseca de DA, ou “Síndrome Dermatite Atópica/Eczema Atópico Alérgico” (*Allergic Atopic Eczema/Dermatitis Syndrome* ou AAEDS) é caracterizada por uma resposta fenotípica com produção de IL-4, IL-5 e IL-13, levando a produção de IgE pelos linfócitos B. Esta forma de DA acomete de 70 a 80% dos pacientes (DONALD *et. al*, 2004). Ocorre também uma menor produção de INF Gama, uma citocina Th1, com uma inibição adicional da resposta Th2. A forma extrínseca da DA está associada a um contexto de sensibilização a alimentos e aeroalérgenos, além de níveis elevados de IgE (BIEBER e NOVAK, 2005).

### **1.1.11 Fatores Desencadeantes**

Estudos mostram que diversos são os fatores específicos de risco que podem desencadear a DA. O eczema é desencadeado pela interação genética e fatores ambientais. Estes alérgenos incluem (ácaros de poeira domiciliar, epitélio animal e pólen), microorganismos (como os estafilococos), poluentes ambientais e fatores climáticos e emocionais. (BOECHAT e et. al, 2006).

#### **1.1.11.1 Fatores Genéticos**

Há fortes evidências sugerindo que fatores genéticos influenciam a predisposição da DA. Em adição aos estudos de famílias, estudos com gêmeos mostram uma concordância muito maior entre gêmeos monozigóticos do que em gêmeos dizigóticos. Foi sugerido que um marcador para hiper-responsividade para IgE está localizado no cromossomo 11q; entretanto nenhum gene foi apontado como sendo o único responsável pela DA. Assim, várias indicações, tais como aumento rápido na prevalência da doença, gradiente de classe social e variações geográficas, apontam para um forte envolvimento de fatores ambientais na expressão fenotípica da DA (CHAMPION *et. al*, 1994).

#### **1.1.11.2 Alérgenos Alimentares**

Os principais Alérgenos alimentares envolvidos são os derivados de ovo, trigo, leite, soja e amendoim. No Brasil, este último alimento não parece ser um antígeno relevante, diferentemente do que ocorre na América do Norte. É importante destacar que, em pacientes com DA, tem sido possível isolar LT específicos para antígenos alimentares, tanto a partir da pele sã quanto da pele com lesão, gerando evidência direta de que os alimentos podem contribuir para o processo inflamatório na DA em crianças com pouca idade (CHAMPION *et. al*, 1994).

Muitos estudos sugerem um risco aumentado para a DA em crianças expostas a alimentação sólida durante os 4 primeiros meses de vida (CHAMPION *et. al*, 1994). A conexão entre aleitamento materno e DA tem sido controversa, apesar de a maioria dos estudos demonstrarem efeito protetor do leite materno sobre o desenvolvimento de doenças atópicas em crianças com risco. De um modo geral, recomenda-se a exposição tardia a alimentos sólidos em associação ao aleitamento materno prolongado (BOECHAT *et. al*, 2005; LEITE *et. al*, 2007).

### **1.1.11.3 Aeroalérgenos**

Diversos estudos têm demonstrado a importância dos aeroalérgenos no desenvolvimento ou agravamento das lesões eczematosas, assim como nos surtos agudos de DA em certos pacientes. Ácaro da poeira domiciliar, pêlos e epitélios de gatos e cães, alérgenos presentes na grama, grãos de pólen são provavelmente os principais aeroalérgenos ligados ao aparecimento de prurido e lesões cutâneas (CHAMPION *et. al*, 1994; BOECHAT *et. al*, 2005).

Em geral, à medida que as crianças atópicas crescem, os alérgenos inaláveis passam a desempenhar um papel mais importante na patogenia da DA. O nível de sensibilização aos aeroalérgenos (IgE específica) está diretamente associado com a gravidade da doença. Tem sido demonstrado que a redução da exposição a alérgenos ambientais comuns, como os ácaros, está associada à importante melhora do quadro alérgico da DA em um subgrupo de pacientes (BOECHAT *et. al*, 2005).

### **1.1.11.4 Auto-antígenos**

O epitélio humano pode desencadear reações cutâneas de hipersensibilidade imediata em pacientes com DA grave, sugerindo a produção de IgE específica contra auto-antígenos cutâneos (BOECHAT *et. al*, 2005).

Embora as respostas imunes mediadas por IgE sejam iniciadas por alérgenos ambientais, a inflamação alérgica pode ser mantida pela liberação de proteínas humanas endógenas a partir da pele lesada pela coçadura,

particularmente nos pacientes portadores da DA grave (BOECHAT *et. al*, 2005).

#### 1.1.11.5 Infecção

Os indivíduos com DA têm maior suscetibilidade à infecção ou à colonização da pele por microorganismos. Sua pele é deficiente em peptídeos antimicrobianos, necessários para a defesa do hospedeiro contra bactérias, fungos e vírus. Essas alterações na resposta imune inata da pele predis põem os pacientes a infecções cutâneas (BOECHAT *et. al*, 2005).

Crianças com DA correm maior risco de desenvolver infecções cutâneas por *Staphylococcus aureus*, infecção viral por verrugas vulgares, por molusco contagioso e por herpes simples, além de infecções fúngicas por fungos dermatófitos e por *Pytirosporium ovale* (LEUNG e BIEBER, 2003).

A pele seca característica dos pacientes com DA favorece a colonização por *Staphylococcus aureus*, microorganismo que é capaz de manter a inflamação cutânea, assim como é capaz de incitar respostas alérgicas em tais indivíduos. Alguns estudos sugerem um papel importante para leveduras de *Pityrosporium* na indução da exarcebação da DA (CHAMPION *et. al*, 1994).

#### 1.1.11.6 Fatores Neuroimunológicos

O estresse pode induzir alterações imunológicas que, combinadas como o prurido cutâneo, podem desencadear exacerbações da DA. Já está bem documentado o aumento de células *natural killers* e eosinófilos na DA secundária ao estresse, o mesmo não acontecendo com pacientes com psoríase e em controles saudáveis. Acredita-se que este fenômeno seja mediado por fatores neuroimunológicos, tais como neuropeptídeos. Na DA a substância P, o fator de crescimento de nervos e a proteína relacionada ao gene da calcitonina podem desregular a produção de citocinas, resultando tanto na redução da defesa do hospedeiro quanto na piora do prurido cutâneo.(BOECHAT *et. al*, 2005).

### 1.1.12 Tratamento da Dermatite Atópica

A DA é geralmente uma doença crônica e seu tratamento demanda um alto nível de comprometimento dos pacientes e dos seus pais, responsáveis ou cuidadores. Muitos dos tratamentos alternativos podem não ser inócuos aos pacientes, significando que uma atenção especial deve ser dada ao fator risco-benefício na decisão de qual tratamento seguir, às possíveis interações medicamentosas entre a terapia convencional e a alternativa e antes de se introduzir fármacos potencialmente danosos, tais como as ciclosporinas e os corticosteróides (COGHIL *et. al*, 2007).

**Tabela 3 - Interações potenciais entre preparações com ervas e drogas convencionais no tratamento da Dermatite Atópica**

Erva	Drogas Convencionais	Problema potencial
Echinacea utilizada por mais de 8 semanas	Esteróides anabolizantes, metotrexato, amiodarona e cetoconazol	hepatotoxicidade
Matricária	Drogas antiinflamatórias não esteroidais	Inibição do efeito da erva
Matricária, alho, ginseng, ginkgo biloba, gengibre	Varfarina	Alteração do tempo de sangramento
Ginseng	Sulfato de fenelzina	Dor de cabeça, tremor, episódios maníacos
Ginseng	Estrogênios e corticosteróides	Efeitos aditivos
Erva de São João	Inibidor de monoamino oxidase, inibidor da recaptção de serotonina	Incerteza sobre o mecanismo de ação da erva. Evidências de segurança insuficientes com uso concomitante

Valeriana	barbitúricos	Efeitos adicionais e sedação excessiva
Alcaçuz, banana, crataego, ginseng	digoxina	Interferência com farmacodinâmica e monitoramento do nível da droga
Óleo de prímula, borragem	anticonvulsivantes	Redução do limiar de convulsão
Shankapulshpi (preparação ayurvédica)	Fenitoína	Níveis reduzidos da droga, inibição do efeito da droga
Kava	Benzodiazepínicos	Efeitos sedativos adicionais, coma
Equinácea, zinco	Imunossupressores	Efeitos antagonista
Erva de São João, Saw Palmeto, kelp	Ferro, tiroxina	Ácido tânico presente nas ervas podem limitar a absorção do ferro; o iodine presente na erva pode interferir na reposição tiroideana
Alcaçuz, ginseng	Espironolactona, insulina, sulfoniluréias, biguanidas	Antagonismo do efeito diurético, alterações nas concentrações de glicose (contra indicação para pacientes diabéticos)

Fonte: Miller L.G. Herbal medicinals: selected clinical considerations focusing on known or potential drug-herb interactions. Arch Intern Med 1998; 158:2200-11

O tratamento convencional tem sido baseado no uso tópico de esteróides para reduzir a inflamação sintomática da pele. Nos casos mais severos, esteróides sistêmicos, ciclofosfamida, azatioprina e fototerapia têm sido utilizadas. Muitos pacientes, entretanto, não respondem adequadamente a tais terapias. O uso de esteróides tópicos em crianças com DA severa está

associada com efeitos colaterais causados pela absorção sistêmica, incluindo interferência com o crescimento (BIELORY e KANUGA, 2002).

Nos casos anteriores, são indicados inibidores de calcineurina no manejo da doença, sendo o tacrolimo um dos principais adjuvantes ao tratamento sistêmico (corticoterapia, anti-histamínicos e imunossupressores) da doença. O tacrolimo é um agente inibidor de calcineurina produzido pelo fungo *Streptomyces tsukubaensis* que atua inibindo a ativação de linfócitos T e a transcrição de IL-2 e de outras citocinas e constitui um tratamento adjuvante promissor em doenças auto-imunes. Em 2000, este medicamento foi aprovado pela US Food and Drugs Administration (FDA) com segurança e eficácia comprovada para dermatite atópica (RABELO JR *et. al*, 2007).

Além disso, seu uso tem sido descrito em outras afecções auto-imunes, onde existe a ativação dos linfócitos T e comprometimento dermatológico refratário às terapias habituais ou que apresentaram eventos adversos aos corticosteróides e imunossupressores (osteoporose, catarata, hipertensão arterial, infecções, toxicidade renal e hepática, dentre outros) (RABELO JR *et. al*, 2007).

Outro medicamento inibidor de calcineurina, utilizado no tratamento da DA, é o pimecrolimo. Esta medicação inibe a produção de citocinas inflamatórias na pele e foi especificamente desenvolvido para o tratamento de doenças inflamatórias cutâneas. O pimecrolimo tem demonstrado ser seguro e eficaz em pacientes com DA. O FDA aprovou o uso deste medicamento em pacientes com idade superior a 2 anos e com DA leve a moderada (BERNARD *et. al*, 2002).

Estudos recentes ainda mostram outras formas possíveis de tratamento as quais incluem terapia anti IgE, imunoterapia específica e agentes antimicrobianos na redução de antígenos infecciosos (SEHRA *et. al*, 2008).

## 1.2 Medicina Alternativa ou Complementar

### 1.2.1 Definição

Práticas ditas alternativas podem ser utilizadas das mais diversas formas, levando a uma difícil conceituação exata do que seria “medicina ou terapia alternativa e/ou complementar” (MAC). O termo “medicina alternativa” é aceito como o termo institucional que, efetivamente é, pois foi originalmente enunciado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1962, definindo, *nosingular* (medicina alternativa), uma prática tecnologicamente despojada de medicina, aliada a um conjunto de saberes médicos tradicionais. Foi proposta como “alternativa” à medicina contemporânea especializada e tecnocientífica, no intuito de resolver os problemas de adoecimento de grandes grupos populacionais desprovidos de atenção médica no mundo. Posteriormente, passou a designar práticas terapêuticas diversas da medicina científica, geralmente adversas a essa medicina (MADEL, 2005).

Há autores que definem a medicina alternativa ou complementar (MAC) como “diagnóstico, tratamento e/ou prevenção que complementa a medicina convencional por contribuir como um todo, por atender uma demanda não encontrada na medicina ortodoxa ou por diversificar as possibilidades de tratamento da medicina conceitual” (ERNST, 1999). Outros autores, entretanto, definem MAC como “meio de terapia ou exame que não possui base científica, eficácia e validação de diagnóstico confiável” (HUGHES *et. al*, 2007).

Certos autores, entretanto, afirmam que não existe uma definição exata da MAC por si só, mas uma significação determinada por posições ideológicas e pelo processo histórico na qual as palavras foram produzidas. O significado das palavras muda de acordo com a posição com as quais são utilizadas (BARROS e NEVES, 2006).

Algumas tendências apontam para uma gama de possíveis significações para o termo Medicina Alternativa (MA), que em sua essência difere da significação ou conceituação de Medicina Complementar. O significado de MA, como usado no tipo “oficial”, pode ser compreendido como a fundação do primeiro significado de MA. Isto inclui uma longa lista de citações em MA em relação à construção do diagnóstico, intervenções cirúrgicas

alternativas e até mesmo tratamentos clínicos alternativos (BARROS e NEVES, 2006).

Um segundo significado para MA é expresso no tipo “antitético”, que funciona como um espaço para reformulação/substituição do modelo oficial que pode assim operar reformas no modelo de administração ou no modelo de assistência técnica. O grande mentor desta significância para MA foi Ivan Illich em seu livro *“Limits to Medicine: Medical Nemesis, The Exportation of Health”*, apresentando forte criticismo do processo iatrogênico promovido pelo modelo oficial ou biomédico (BARROS e NEVES, 2006).

Um terceiro significado para MA se baseia na tipologia dos novos sistemas terapêuticos. Se o modelo biomédico gozou de uma capacidade maior no passado, este modelo poderia nunca ter existido. O modelo oficial operou de acordo com a lógica baseada na exclusão, que não reconheceu nenhuma perspectiva alternativa que diferia daquelas que permitiam sua reformação interna. Isto aumentou a confusão conceitual em relação ao uso da definição de MA, até que se tornou possível diferenciar a racionalidade médica de uma terapia alternativa não biomédica. (BARROS e NEVES, 2006).

Medicina Complementar (MC), por sua vez, em uma dimensão epistemológica, algumas vezes forma um grupo de categorias e conceitos, outras vezes teve a dimensão de um conceito referindo-se a um grupo de práticas. Quando esta imprecisão conceitual foi transposta para uma observação sociológica, foi possível perceber duas perspectivas: (1) a MC vista como sinônimo de MA e (2) a manutenção do significado original da lógica complementar que está sendo substituída pelo termo Medicina Integrativa (BARROS e NEVES, 2006).

No Brasil o conceito de MAC conta com outros fatores confundidores. Em português, na prática médica, solicitar um exame auxiliar para o diagnóstico significa solicitar um “teste/exame complementar”. Então ao se falar de MC, muitos profissionais de saúde interpretam o termo como parte do modelo biomédico. Isto pode explicar o porquê de muitos praticantes de MAC referirem-se agora como praticantes de medicina integrativa (BARROS e NEVES, 2006).

Neste estudo foi considerado como definição de MAC o “diagnóstico, tratamento e/ou prevenção que complementa a medicina convencional por

contribuir como um todo, por atender uma demanda não encontrada na medicina ortodoxa ou por diversificar as possibilidades de tratamento da medicina conceitual” (ERNST, 1999).

### 1.2.2 Histórico e Indicação

A MAC identifica um modelo de prática médica influenciada pelo contexto social, político, urbano e econômico e pela lógica da produção científica baseada em pares opostos (SOUSA e VIEIRA, 2005). O tipo "antitético" foi identificado na área da saúde como alternativa porque sua prática manteve uma dimensão menos formalizada e foi mais centrado no universo simbólico do processo saúde-doença. Há muitas imprecisões conceituais, desde que o conhecimento alternativo remonta à produção racional, o que nos remete à ideia de que sempre houve a possibilidade de práticas alternativas.

Os movimentos denominados “*contracultura*” dos anos 60 produziram o modelo específico de MAC, com práticas alternativas opostas entre as oficiais e as hegemônicas. Este processo teve início em determinado momento da década de 60 e prolongado durante os anos 70 nos EUA e na Europa. Houve uma crescente conscientização da falácia dos conceitos de desenvolvimento e de progresso com importação de modelos e sistemas terapêuticos distintos daqueles da nossa racionalidade médica e, algumas vezes, opostos a ela, numa atitude de rejeição cultural ao modelo estabelecido (SOUSA e VIEIRA, 2005; MADEL, 2005).

Historicamente, a medicina alopática foi considerada a forma alternativa de tratamento visto que os profissionais da saúde inicialmente lidaram com tratamentos fitoterápicos alternativos para prover a maioria dos cuidados com os pacientes. A troca ou substituição da MAC, baseada em plantas e recursos naturais pelos regimes alopáticos atuais, só ocorreu no século passado. Atualmente, de acordo com Organização Mundial de Saúde (OMS), somente 10% a 30% dos cuidados com saúde ao redor do mundo é de fato realizado por médicos que seguem idéias de medicina convencional, enquanto que os 70% a 90% restantes são providenciados por profissionais adeptos à prática de MAC. Estas modalidades alternativas podem variar de

auto cuidado baseado em princípios populares a cuidados administrados por um sistema organizado de saúde, baseado na prática comum ou convencional (BIELORY e KANUGA, 2002).

Nos Estados Unidos, a transição das intervenções médicas alternativas para os tratamentos alopáticos atuais ocorreu durante o século passado com a descoberta dos antibióticos e o avanço da tecnologia médica. Com o advento do surgimento da prática médica assistida e o aumento da interface com várias culturas, os americanos estão cada vez mais procurando programas de auto-encorajamento para administrar seus próprios tratamentos de saúde. Este campo de tratamento deveria ser considerado complementar ao invés de alternativo porque é raro que um paciente permaneça nestas modalidades como única forma de tratamento (BIELORY e KANUGA, 2002).

A importação de antigos sistemas médicos, como a medicina tradicional chinesa e a ayurvédica, a reabilitação das medicinas populares do país (como as xamânicas ou as ligadas às religiões afro-indígenas) foi um evento histórico que atingiu não apenas o Brasil, mas o conjunto dos países latino-americanos, principalmente durante a década de 80, basicamente nos grandes centros urbanos. Esse evento assinala também o *boom* das medicinas tradicionais complexas na sociedade ocidental, que passaram a ser denominadas de terapias, ou medicinas “alternativas” (MAC), e começaram a disputar espaços não apenas junto à clientela liberal ou privada, mas também nos serviços de saúde, demandando uma legitimação institucional até então não reconhecida ou concebida, e obtendo paulatinamente espaços de inserção na rede pública. É necessário, entretanto, que se olhem agora um pouco mais de perto essa MAC, dada sua grande diversidade interna, bem como sua forma diferenciada de inserção e enraizamento na cultura dos países latino-americanos (MADEL, 2005).

As práticas da MAC, que em sua grande maioria provêm das culturas orientais, têm um caráter menos intervencionista quando comparadas à medicina alopática convencional. Em vez de se opor à doença, de impedir certas manifestações sintomáticas, tenta-se compreender suas causas buscando envolver o indivíduo e o seu modo de vida. A ênfase é dada ao doente e não à doença. Passar por fases temporárias de doença nas quais se pode aprender e crescer é estar em equilíbrio dinâmico. Nesse caso, os

períodos de saúde precária são estágios naturais de interação contínua entre o indivíduo e o ambiente (QUEIROZ, 2000).

Neste sentido, a MAC parece estar ocupando o lugar deixado vago pela medicina convencional. Entretanto, muitas famílias parecem escolher a terapia alternativa ou complementar por que isto não requer uma visita a um médico ou a um clínico e também porque estas famílias podem classificar a prática como sendo mais natural (MATTHEW, 2003).

A prevalência do uso de MAC continua a aumentar apesar de aumentar a disponibilidade de tratamentos médicos efetivos propostos por dermatologistas. A cura clínica completa, entretanto, permanece inatingível, e pacientes com doenças de pele, mais especificamente os pais de crianças com DA, parecem estar buscando a MAC para gerenciar a condição de saúde da pele de seus filhos (JOHNSTON *et. al*, 2003).

A longa duração da dor e o aumento das debilidades de funções, particularmente em atividades familiares, aumentam a probabilidade de pacientes com dor crônica concordarem em engajar um tratamento alternativo. Vários textos indicam aumento da prevalência do uso de medicina alternativa por pacientes pediátricos com câncer (31% -73%), artrite reumatóide juvenil (70%) e fibrose cística (66%) (JENNIE *et. al*, 2007).

O aumento do uso de recursos alternativos é considerando um fenômeno relativamente novo. Entretanto, um estudo realizado no Reino Unido, datado de 1980, mostra que já havia 12 profissionais praticantes de medicina alternativa para cada 100 mil habitantes. No ano de 2000 o Centro de Estudos de Saúde Complementar, no Reino Unido, demonstrou a existência de 49 mil destes profissionais (JOHNSTON *et. al*, 2003).

É sabido que adultos com doenças de pele comumente utilizam MAC. Em uma população de estudantes americanos com psoríase, 51% utilizaram alguma forma de MAC. Estudos noruegueses demonstraram que 51% dos pacientes com DA e 43% de pacientes com psoríase utilizaram recursos alternativos (JENSEN, 1990).

Nos Estados Unidos, estimativas recentes apontam que o uso de MAC por crianças com doenças de crônicas tais como câncer, DA e psoríase varia de 8% a 15%. Estas estimativas infelizmente contemplam apenas crianças que frequentam algum centro de saúde (MATTHEW, 2003).

Johnston *et. al* (2003) demonstraram em seus estudos alta prevalência do uso de MAC por crianças. 63% dos pacientes participantes do estudo usaram ou pretendem usar MAC no futuro. Outro estudo desenvolvido na Escandinávia, 227 dos 444 pacientes com DA (51.1%) relataram uso prévio ou corrente de uma ou mais formas de intervenções complementares ou alternativas (BIELORY e KANUGA, 2002).

McAleer e Powell (2008) apontam que o uso de MAC por pacientes portadores de rosácea e psoríase tem aumentado nos últimos anos. Neste estudo comparou-se o uso de MAC em pacientes portadores de psoríase no Reino Unido com outros pacientes portadores da mesma doença de outros países. Os pacientes portadores de rosácea apresentaram menores probabilidades de usar MAC do que aqueles portadores de outras condições gerais de pele tais como psoríase e DA (McALEER e POWELL, 2008).

Itamura (2007), em um dos seus estudos, cita que muitos pacientes que sofrem de doenças de pele crônicas intratáveis ou de difícil tratamento buscam o uso de MAC. De acordo com o autor o uso da homeopatia tem aumentado entre pacientes portadores de doenças de pele. Seu estudo incluiu 60 japoneses portadores de doenças crônicas de pele, sendo 25 com DA, 20 com outras formas de eczema, 6 com acne severa, 6 com urticária crônica, 2 com psoríase vulgar e 1 com alopecia universal. Uma média de 88.3% de todos os pacientes relatou ao menos 50% de melhora o que levou o autor a concluir que os tratamentos homeopáticos podem provocar boa resposta em pacientes com doenças crônicas de pele e que isto pode se tornar uma boa estratégia de tratamento juntamente ao tratamento convencional (ITAMURA, 2007).

Outro estudo em homeopatia, realizado na Alemanha, incluiu 3.981 pacientes, destes 2.851 eram adultos e 1.130 eram crianças. Witt *et. al* (2008) analisaram os resultados em longo prazo da prática médica homeopática. As principais doenças observadas no estudo foram rinite alérgica em homens, dor de cabeça em mulheres e DA em crianças. Neste estudo houve melhora significativa na severidade das doenças e na qualidade de vida dos pacientes no período após o tratamento homeopático. De acordo com o autor estes achados indicam que o tratamento médico homeopático pode desempenhar um papel benéfico no tratamento em longo prazo de pacientes com doenças crônicas.

Hay *et. al* (1998) investigaram a eficácia da aromaterapia no tratamento de pacientes com alopecia areata. O estudo envolveu 86 pacientes que foram divididos em 2 grupos, um que recebeu óleo essencial de algumas plantas e outro que recebeu apenas o veículo. Os resultados mostram que a aromaterapia é um método de tratamento seguro e eficaz para casos de alopecia areata. O tratamento com os óleos essenciais foi significativamente mais eficaz que o tratamento com o veículo. (HAY *et. al*, 1998).

A urticária crônica é um desafio para a terapia médica. A acupuntura tem sido utilizada há muito na Ásia para o tratamento desta desordem e existem pelo menos seis tipos diferentes de métodos de acupuntura para o tratamento da doença. Chen (1998) considera em seu texto que a combinação da acupuntura comum e a auricular demonstra mais eficácia no tratamento da urticária que apenas uma das formas. Entretanto, os resultados destas observações clínicas não foram sistematicamente confirmados por falta de um grupo controle e pela necessidade de classificação padrão para a urticária (CHEN e YU, 1998).

Max *et. al* (1998), em seus estudos, demonstram que MAC também pode ser de grande valia no tratamento da insuficiência venosa crônica (IVC). A equipe avaliou a evidência de eficácia da castanha da Índia no tratamento da IVC. Superioridade de eficácia da castanha da Índia é sugerida quando comparada com o placebo. No grupo controle foi observada redução nas dores das pernas, prurido, fadiga e tensão. Em ambos os grupos efeitos adversos são geralmente leves e pouco frequentes.

Atualmente o termo MAC se reveste de grande polissemia, designando qualquer forma de cura que não seja propriamente biomédica. Por este motivo, não se considera aqui o termo “medicina alternativa” um conceito, mas uma etiqueta institucional (MADEL, 2005).

### 1.2.3 Medicina Alternativa Complementar e Pesquisa

As pesquisas na área da MAC vêm realizando firmes progressos nos últimos anos ao redor de todo o mundo e é relativamente novo o uso de métodos rigorosos para estudar essas práticas de saúde. Khalsa, um estudioso das práticas de MAC afirma que muitos dos estudos são considerados de “baixo nível”, em termos de quantidade e que os mesmos, de nada mudarão os paradigmas existentes. Ele ressalta que é preciso muita pesquisa para fazer a diferença: O conceito é "massa crítica". Precisa-se de replicação – muitos estudos bem conduzidos feitos por vários pesquisadores em diferentes populações. Isso proporcionaria maior confiança nos resultados. “Mais artigos e revisão de meta-análise também são úteis”, completa o estudioso (KALSHA, 2006).

A necessidade de rigor pode causar choque. Por exemplo, um estudo da Universidade Harvard, em 2004, identificava 181 trabalhos de pesquisa acadêmica sobre a ioga como terapia, e eles reportavam que a prática podia ser usada no tratamento de uma gama impressionante de problemas - entre os quais asma, doenças cardíacas, doenças pulmonares, hipertensão, depressão, dor nas costas, bronquite, diabetes, câncer, artrite, insônia e pressão alta (KALSHA, 2006).

Mas, na verdade, apenas 40% dos estudos utilizavam testes controlados aleatórios, que são o método usual de estabelecer conhecimento confiável quanto à segurança e efetividade de um remédio, doença ou outra forma de intervenção. Em testes como esses, os cientistas designam pacientes aleatoriamente para o grupo de tratamento e o grupo de controle, de maneira a eliminar distorções relacionadas ao comportamento dos profissionais médicos e dos pacientes (KALSHA, 2006).

Uma questão em aberto é determinar se uma nova tendência de pesquisa clínica se sustentará. O alto custo de um bom teste clínico, que pode chegar aos milhões de dólares, significa que relativamente poucos são realizados no campo das terapias alternativas, e relativamente poucas das alegações extravagantes sobre elas são avaliadas com atenção (KALSHA, 2006).

Um estudo realizado no Reino Unido abordou o tratamento alternativo da asma com métodos de MAC que variaram de “técnicas de respiração” a “medicamentos à base de ervas”. Embora estudos clínicos sejam limitados em provar a eficácia de MAC isoladamente no tratamento de asma, existem diversos estudos destes recursos alternativos que levaram à descoberta de novos agentes farmacológicos no tratamento de desordens atópicas. Um exemplo disto foi a descoberta do cromolin, um princípio derivado da *Ammi visnaga*, um membro da família de leguminosas como a cenoura. Inicialmente, em 1951, foi descrito pelo “New England Journal of Medicine” que este ativo era utilizado para o tratamento de angina do peito, mas na atualidade esta erva é utilizada para o tratamento de alergias (KALSHA, 2006).

No Brasil, a pesquisa da MAC tem uma tradição limitada e ela tem tomado quatro direções distintas. A primeira é influenciada pela antropologia e é a mais extensiva e é estudada desde a década de 40. A segunda é um pouco mais recente, mas abrange mais de uma década e é mais influenciada pela sociologia do conhecimento e filosofia da ciência, discutindo a racionalidade médica-científica e a racionalidade médica-alternativa. A terceira direção é ainda mais recente e influenciada pela sociologia. Busca desenvolver a sociologia do uso da MAC tanto na pesquisa quantitativa quanto qualitativa, com usuários de serviços de saúde, diferentes profissionais, administradores públicos e privados e administradores das políticas de saúde. A quarta direção é a mais atual e é fortemente influenciada pela medicina clínica na busca por evidências do uso potencial da MAC em tratamentos específicos (BARROS e NEVES, 2006).

A pesquisa da MAC, no Brasil, é guiada pela crença que uma forma de medicina não é oposta a outra. Portanto, em princípio, a questão não é dada a denunciar as práticas da MAC ou a nutrir sentimentos de amor-ódio profundamente enraizados, também não é sobre autopromoção. Também não se trata de apenas apontar o potencial terapêutico das práticas médicas oficiais e não oficiais, mas sim de socialmente juntar práticas alternativas e complementares em diferentes contextos, tomando a literatura como sua base de investigação e incluindo na pesquisa os praticantes da MAC (BARROS e NEVES, 2006).

### 1.2.4 Medicina Alternativa e Dermatite Atópica

Substâncias obtidas através de plantas têm sido utilizadas como medicamentos por longos anos. Pesquisas recentes indicam que algumas ervas oferecem benefícios médicos consideráveis. Atualmente, o nível de interesse por tratamentos alternativos pela população em geral continua a aumentar. Alguns pacientes portadores de DA que obtêm cuidados de dermatologistas utilizam também medicamentos à base de ervas (NORMAN e NELSON, 2000).

As ervas tradicionais chinesas têm sido largamente utilizadas para o tratamento e manejo de eczemas, como a DA. A eficácia destas ervas tem atraído a atenção da comunidade científica e alguns estudos sobre este assunto têm sido desenvolvidos. Zhang *et. al* (2005) desenvolveram uma ampla revisão bibliográfica sobre misturas de ervas chinesas utilizadas no tratamento de eczemas. Os pesquisadores aplicaram critérios de elegibilidade par avaliar a qualidade dos ensaios clínicos e os dados destes extraídos. Os estudiosos concluíram que misturas compostas por ervas tradicionais chinesas podem ser eficazes no tratamento da DA, porém poucos são os estudos que desenvolvem ensaios clínicos na área. Particularmente, na referida revisão, apenas quatro estudos que envolvem ensaios clínicos foram encontrados e os resultados entre os mesmos se mostraram heterogêneos.

O tratamento da DA com ervas tradicionais chinesas tem demonstrado potencial interesse. Kon e *et. al.* (2005) utilizaram em seu estudo uma formulação ancestral obtida por decocção composta de cinco ervas, que foi administrada em duas doses diárias. Com objetivo de analisar a eficácia e tolerabilidade da referida decocção no tratamento de crianças com DA, 85 pacientes foram selecionadas para receber um tratamento de 12 semanas de duração. Os participantes do estudo foram randomizados em dois grupos, um que recebeu a medicação baseada em ervas chinesas e outro que recebeu placebo. Após 12 semanas de uso do medicamento alternativo, os autores do estudo observaram melhora significativa na qualidade de vida dos participantes da pesquisa, bem como redução da necessidade do uso de corticosteróides tópicos.

Brinkhaus *et. al.* (2004) avaliaram que a terapia tradicional chinesa era eficaz em pacientes portadores de rinite alérgica, uma das manifestações da atopia. Um total de 52 pacientes, com idade entre 20 e 58 anos, que apresentavam os sintomas típicos de rinite alérgica, foram distribuídos ao acaso em dois grupos. Um dos grupos recebeu tratamento ativo com acupuntura e medicamento composto por ervas tradicionais chinesas. O segundo grupo, o grupo controle, recebeu tratamento com acupuntura em pontos não usuais de acupuntura e, ainda, um medicamento não específico, composto por ervas tradicionais chinesas. Durante o estudo, todos os participantes receberam tratamento com acupuntura uma vez por semana e a respectiva fórmula tradicional chinesa, como decocção, três vezes ao dia, por um período de seis semanas. Como resultado principal, os autores do estudo apontam melhora pós-tratamento em 85% dos pacientes participantes do grupo controle, versus 40% no grupo placebo.

Keil *et. al* (2008), em estudo sobre homeopatia e DA, avaliaram por um período de 12 meses, se o tratamento homeopático poderia influenciar nos sinais/sintomas do eczema atópico e ainda a qualidade de vida dos pacientes, comparados com tratamento convencional. No referido estudo foram incluídas 118 crianças, com idade de 0 a 16 anos, sendo 54 destas praticantes de tratamento homeopático e 64 praticantes de tratamento convencional. Os sintomas do eczema, sob a óptica dos pacientes e/ou seus pais/cuidadores, melhoraram em ambos os grupos, porém, não se diferenciaram nos mesmos. A qualidade de vida relacionada à doença melhorou em ambos os grupos, mas no subgrupo de crianças com idade de 8 a 16 anos, a qualidade de vida em geral, se mostrou melhor com o tratamento convencional quando comparado com o homeopático.

Linde *et. al* (1997) realizaram uma ampla meta-análise de 89 ensaios, com uso de placebo, a respeito de tratamentos com medicamentos homeopáticos. Os estudiosos refutaram a hipótese de que os efeitos clínicos da homeopatia, em uma variedade de condições médicas, são causados por efeito placebo. Apesar disto, eles concluíram que existiram evidências insuficientes para mostrar que qualquer tipo de medicamento homeopático era especificamente efetivo em qualquer condição clínica.

Outras modalidades de MAC foram observadas em estudos sobre o uso de MAC por crianças com DA. As terapias mais comumente utilizadas em estudo desenvolvido na Coreia, por Chang EY *et. al* (2005) foram remédios à base de ervas, comida orgânica dietética e banhos com água medicinal. Os autores lembram que estudos adicionais que avaliem os riscos e benefícios da MAC são indispensáveis para melhor tratamento e educação dos cuidadores de crianças portadoras de DA.

Schachner (1998) afirma que é possível que a terapia com massagem seja benéfica em eczema atópico, como prática capaz de reduzir o estresse e proporcionar um contato prazeroso entre os pais e as crianças, por aumentar a circulação periférica (que pode estar deficiente no indivíduo atópico) ou por contribuir com o tratamento tópico. Práticas como hipnoterapia utilizam técnicas de relaxamento que podem ser de utilidade no manejo da DA por distrair os pacientes dos sintomas associados com a coceira e irritação (SOKEL *et. al*, 1993); a aromaterapia com óleos essenciais mais o aconselhamento dos pacientes e/ou seus pais/cuidadores mostrou benefícios no tocante ao contato tátil, mas nenhuma melhora devido ao acréscimo de óleo essencial (ANDERSON e BALCHIN, 1998).

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Principal**

O objetivo principal deste estudo foi de investigar a prevalência do uso da MAC por pacientes pediátricos com dermatite atópica, do ambulatório de dermatologia infantil do Hospital Universitário (HUB) da Universidade de Brasília (UnB).

### **2.2 Objetivos Secundários**

- Identificar os fatores que podem influenciar na decisão de usar terapias não convencionais na prática clínica;
- Identificar se os fatores renda familiar, tamanho da família e escolaridade dos responsáveis/cuidadores dos pacientes estão associados ao uso de MAC;
- Identificar a natureza dos recursos alternativos utilizados pelos pacientes participantes deste estudo;
- Verificar se houve piora do quadro clínico após uso de MAC;
- Verificar se o tempo de duração da doença está associado a maior probabilidade do uso de MAC e
- Avaliar o fator custo do tratamento com recursos de MAC.

### **3. Materiais e Métodos**

#### **3.1 População Estudada**

A população estudada foi constituída por um total de 85 crianças portadoras de dermatite atópica, na faixa etária de 1 a 15 anos. Todas elas eram atendidas no setor de dermatologia pediátrica do Hospital Universitário de Brasília (HUB) da Universidade de Brasília (UnB), no período de março de 2007 a dezembro de 2008.

#### **3.2 Critérios de Inclusão**

Para serem inclusos no estudo os pacientes deveriam ter a dermatite atópica como diagnóstico principal (confirmado por especialistas), ser criança ou adolescente de 0 a 18 anos, ser paciente do ambulatório de dermatologia infantil do HUB e, quando menores, ter consentimento livre e esclarecido assinado previamente por seus pais/responsáveis.

#### **3.3 Critérios de Exclusão**

Como critérios de exclusão foram observados a não-concordância em participar do estudo por livre e espontânea vontade do possível candidato; o fato de não estar acompanhado dos pais ou responsável; a negação em assinar o termo de consentimento livre e esclarecido; não ter o diagnóstico de DA confirmado por especialistas e ter outras dermatoses não características de atopia.

#### **3.4 Estratégia do Estudo**

A estratégia utilizada para cumprir os objetivos da presente pesquisa foi a confluência de dados durante o atendimento no ambulatório de dermatologia infantil no HUB.

O instrumento utilizado foi a coleta de dados a partir dos prontuários de pacientes cadastrados pelo SAME (Serviço de Arquivo Médico Estatístico) e atendidos no ambulatório de dermatologia infantil do HUB no período de março de 2007 a dezembro de 2008. Utilizou-se também um questionário, o qual foi aplicado aos pais dos pacientes ou responsáveis após a autorização do termo de consentimento (Anexo I). O questionário aplicado no ato da consulta contém dados gerais e específicos à patologia, avaliação clínica, assim como dados relacionados a hábitos de vida e perfil socioeconômico das famílias dos pacientes.

Este estudo descritivo foi desenvolvido utilizando-se uma amostragem conveniente de 85 pacientes que frequentam o ambulatório de dermatologia pediátrica do HUB por livre demanda. A população alvo deste estudo foi representada por crianças na faixa etária de 0 a 18 anos, presentes à consulta médica naquele ambulatório.

Foi considerado como recursos de MAC a homeopatia, a fitoterapia (chás, infusões, encapsulados, banhos com ervas), acupuntura, aromaterapia, cromoterapia, aplicação tópica de produtos de origem animal (banha de carneiro, entre outros), treinamento ou prática de meditação, imaginação ou técnicas de relaxamento, massagem como terapia, dietas nutricionais, medicina tradicional, como chinesa, ayurvédica e indiana.

### **3.5 Aplicação do questionário**

A avaliação da incidência do uso de MAC foi realizada por meio de revisão dos prontuários dos pacientes selecionados para o estudo e por meio da aplicação de um questionário, pelo autor do trabalho, quando se obteve forma espontânea e subjetiva as informações dos pais dos pacientes ou de seus responsáveis e, em alguns casos, dos próprios pacientes.

O questionário foi estruturado com perguntas do tipo fechada, com uma linguagem simplificada e acessível. Este questionário foi aplicado oralmente pelo próprio autor do estudo e está demonstrado no anexo II.

### **3.6 Ética**

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (CEP/FS), tendo sido aprovado sob o registro de projeto nº 105/2008.

### **3.7 Análise Estatística**

A análise estatística dos dados obtidos foi feita através do sistema SPSS, *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 15.0. Para testar a associação entre as variáveis utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman e o teste  $\chi^2$  (qui-quadrado). Foi considerado significante uma relação de  $p < 0,05$ .

## 4. Resultados

Todas as famílias dos pacientes e/ou seus cuidadores solicitados aceitaram livremente participar do estudo. Neste trabalho foram avaliados 85 pacientes com idade entre 1 e 15 anos, com média e mediana de 8 anos sendo que destes 34 (40%) eram do sexo masculino e 51 (60%) eram do sexo feminino.

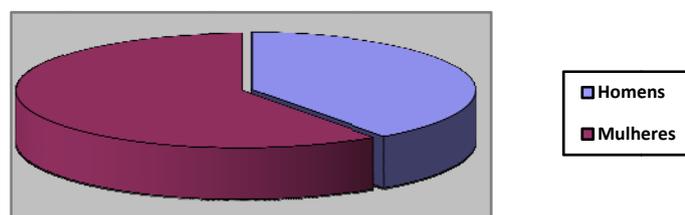


Gráfico 1- Distribuição de pacientes conforme gênero

### 4.1 Prevalência do Uso de Medicina Alternativa ou Complementar

Durante o período de acompanhamento, **54 pacientes (63,5%) admitiram utilizar ou já ter utilizado algum tipo de recurso alternativo no tratamento dos sintomas da dermatite atópica e 31 (36,5%) negaram o uso.**

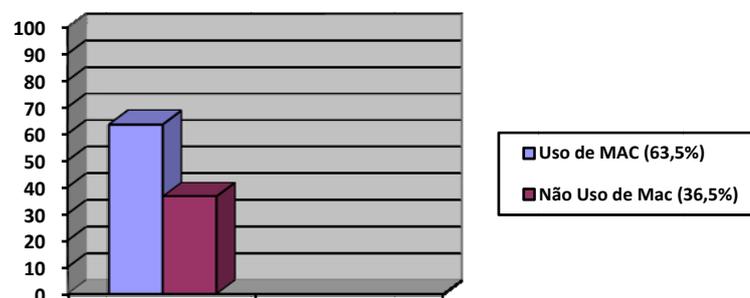
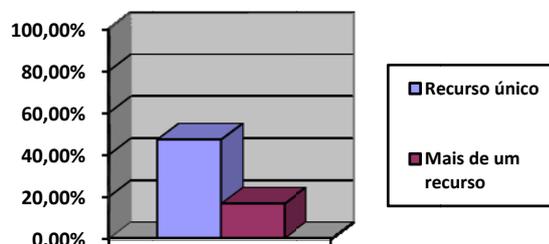


Gráfico 2 - Distribuição de pacientes conforme o uso de MAC

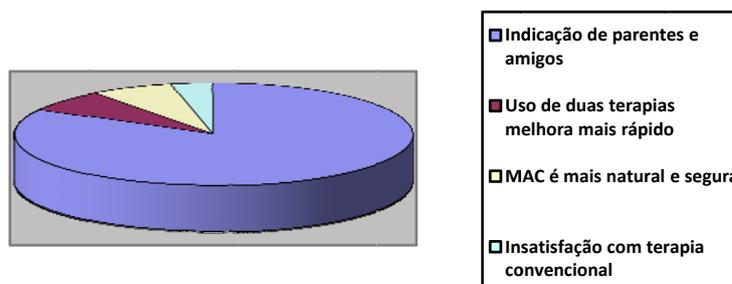
Um total de 40/85 pacientes (47,%) utilizou um único recurso de MAC como tratamento alternativo da DA, enquanto que 14/85 pacientes (16,4%) estudados utilizaram a combinação de mais de um recurso alternativo.



**Gráfico 3** - Distribuição de pacientes em relação ao uso de mais de um tipo de recurso de MAC

#### 4.2 Fatores que influenciaram na decisão de uso de MAC

Diversos foram os fatores que levaram os pacientes a buscarem tratamentos alternativos. **25/85 (29,4%)** pacientes afirmaram utilizar MAC por indicação de parentes e amigos; **2/85 (2,4%)** por acreditar que o uso concomitante de duas terapias pudesse melhorar o quadro mais rapidamente; **2/85 (2,4%)** por acreditar que a medicina alternativa é mais natural e segura e um **(1,2%)** paciente por se declarar insatisfeito com a terapia convencional.



**Gráfico 4** – Fatores que influenciaram na decisão de uso de MAC

Um total de 14/85 (16,4%) dos pacientes que utilizaram MAC, durante a entrevista, afirmaram ter decidido usar MAC por diversos fatores combinados, que variaram desde indicação de parentes e amigos a obtenção de informações sobre MAC em livros, revistas, televisão e internet.

**Em relação aos pacientes que utilizaram recursos de MAC no tratamento da DA, 25/54 (46,2%) afirmaram ter suspenso a medicação prescrita por profissional médico e 29/54 (53,7%) afirmaram ter usado as terapias convencionais e alternativas concomitantemente.**

Neste estudo, 20/85 (23,5%) pacientes indicariam o uso de MAC a outros pacientes sem consultar um profissional médico e 45/85 (52,9%) não fariam tal indicação. 20/85 (23,5%) dos pacientes não souberam responder ou não opinaram sobre referida indagação. Um total de 19/85 (22,4%) pacientes afirmou frequentar ou ter frequentado algum tipo de profissional praticante de MAC, 62/85 (72,9%) negaram tal prática.

**Em relação à renda familiar, 31/85 (36,5%) afirmam receber até um salário mínimo, 40/85 (47,1%) recebem de 2 a 4 salários mínimos e 14/85 (16,5%) recebem mais que 4 salários mínimos. Quanto à escolaridade dos pais dos pacientes, 7/85 (8,2%) são analfabetos, 35/85 (41,1%) possuem ensino fundamental, 34/85 (40%) possuem ensino médio e 9/85 (10,5%) possuem ensino superior. 4/85 (4,7%) pacientes têm famílias com mais de 6 membros, 41/85 (48,2%) pacientes fazem parte de famílias com 4 a 6 membros, 38/85 (44,7%) pacientes fazem parte de famílias com 2 a 4 membros e 2/85 (2,4%) pacientes têm família com 1 a 2 membros.**

Considerando o fator custo do tratamento, 27/85 (31,8%) relataram ter obtido os recursos de MAC gratuitamente, extraindo-os livremente da natureza. Um total de 18/85 (21,2%) relatou ter gasto até R\$100,00 por mês, entretanto 10/85 (11,8%) admitiram ter gastos superiores a R\$100,00 por mês com o tratamento alternativo.

### 4.3 Natureza do Uso de Medicina Alternativa ou Complementar

De todos os pacientes que utilizaram apenas um tipo de recurso de MAC (40/85), **26 pacientes (30,6%) utilizaram a fitoterapia como tratamento alternativo da DA e 10 pacientes (11,8%) utilizaram a homeopatia. Três pacientes (3,5%) utilizaram dietas nutricionais como forma de tratamento e um (1,2%) utilizou a aplicação tópica de produtos de origem animal.**

Os dois fitoterápicos mais utilizados foram o barbatimão (*Stryphnodendron barbatiman*) e o sabugueiro (*Sambucus nigra*), na forma de banhos e chás para uso interno (figuras 06 a 08).



**Figura 6** - Barbatimão (*Stryphnodendron barbatiman*)



**Figura 7** - Casca de *Stryphnodendron barbatiman*



**Figura 8** – Sabugueiro (*Sambucus nigra*)



**Figura 9** – Flor de *Sambucus nigra*

A quantidade de 14/85 (16,4%) pacientes lançou mão do uso de mais de um recurso alternativo, fazendo terapias alternativas combinadas ou intercaladas e a tabela a seguir descreve o fato.

**Tabela 4 - Uso de mais de um tipo de recurso de MAC no tratamento da Dermatite Atópica**

<b>Recursos Utilizados</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Fitoterapia e a aplicação tópica de produtos de origem animal	3	3,5
Homeopatia, fitoterapia e dietas nutricionais	2	2,4
Fitoterapia e dietas nutricionais	2	2,4
Fitoterapia, a aplicação tópica de produtos de origem animal e dietas nutricionais	1	1,2
Homeopatia e fitoterapia	1	1,2
Homeopatia, fitoterapia, aplicação tópica de produtos de origem animal, massagem terapêutica e dietas nutricionais	1	1,2
Homeopatia, a fitoterapia e a aplicação tópica de produtos de origem animal	1	1,2
Homeopatia, a fitoterapia, a aplicação tópica de produtos de origem animal e dietas nutricionais	1	1,2
Homeopatia, a fitoterapia e acupuntura	1	1,2
Homeopatia, aplicação tópica de produtos de origem animal	1	1,2
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>16,4</b>

Quando questionados sobre a presença de piora do quadro clínico (prurido), 16/85 pacientes (18,8%) apontaram efeitos danosos à saúde da pele, enquanto que 39/85 (45,9%) não observaram tal fato, os demais participantes da pesquisa não souberam opinar.

## 5 – DISCUSSÃO

Observa-se, atualmente, o crescimento do uso de MAC nos serviços de saúde no setor econômico e na mídia. Elas vêm ocupando espaço tanto nas classes sociais mais favorecidas quanto nas menos favorecidas, sejam como material de especulação, opção terapêutica ou objeto de estudo no meio científico (SOUSA e VIEIRA, 2005).

Muitas das práticas de MAC para a conservação, manutenção ou restabelecimento da saúde, no Brasil, foram legados pelos indígenas que antecederam os civilizados na posse da terra (MEZONO, 2001). Recorrer a estas terapias não convencionais, sem orientação profissional adequada, **não é um costume inócuo** sendo que se associa a riscos de mascarar enfermidades e de interferir em outros tratamentos, anulando ou reduzindo a sua eficácia (SPIGELBLATT, 1994). Vickers *et. al* (1999), em uma revisão clínica, abordam a importância de se fazer o uso de MAC sob orientação de profissional competente, considerando as diversas interações entre medicamentos ditos alternativos e as drogas convencionais. A tabela 3 exemplifica algumas interações potenciais entre preparações com ervas e drogas convencionais no tratamento da DA.

O aperfeiçoamento das práticas de MAC ao longo dos anos de sua existência tem possibilitado uma maior segurança aos seus usuários, entretanto ainda existe muita mistificação das práticas, procedimentos inadequados e que muito certamente interferem negativamente na saúde dos pacientes, haja visto que muitos dos medicamentos e/ou procedimentos utilizados na MAC não são devidamente testados e validados.

A prevalência da dermatite atópica tem aumentado em todo o mundo e como em muitas doenças dermatológicas, um tratamento curativo definitivo ainda não está disponível. Como resultado disto tem-se observado um curso da doença que é cronicamente recidivante (GRANLUND, 2002). O aumento da incidência do uso de terapias alternativas para o tratamento da DA é atualmente amplamente conhecido. (HUGHES *et. al*, 2007). Juntamente a isto é sabido que a procura por tratamentos alternativos reflete o desejo dos pacientes em atingir a cura total ou definitiva para o problema.

Estudo desenvolvido por Shintaro *et. al* (2004) mostra que a prevalência da DA é elevada e a evolução para o quadro de DA intratável tem se tornado um problema social sério nos últimos anos no Japão. Em tal estudo os autores concluíram que ervas japonesas tradicionais têm sido utilizadas concomitantemente com a medicina convencional em todos os campos da saúde, inclusive na dermatologia.

Ao se investigar a prevalência do uso de MAC em crianças, reservas devem ser consideradas. Cada pesquisa de observação aborda um estreito leque de terapias alternativas e as amostras variam de pequenas amostragens em um hospital (SPIGELBLATT, 1994), por exemplo, a populações grandes com problemas de saúde específicos, como câncer (FAW, 1977) ou artrite juvenil (SOUTHWOOD *et. al*, 1990). A amostragem e as metodologias utilizadas diferem entre estudos e a interpretação dos resultados deve considerar tais questões.

O diagnóstico clínico da dermatite atópica, nos 85 pacientes estudados, foi realizado utilizando-se os critérios de HANIFIN e RAJKA (1980) por estes serem de simples aplicação e fácil interpretação. Todos os 85 pacientes preencheram três critérios maiores e três critérios menores para participarem da pesquisa

Estudos que correlacionam o uso de MAC por pacientes portadores de doenças de pele, como a DA, não são raros fora do Brasil, porém **são inéditos em âmbito nacional**. Pesquisas sobre a relação entre o uso de MAC e DA não foram feitas em nosso país, devendo ser mais bem estudadas e compreendidas, e isto foi o que nos motivou a realizar este trabalho.

Assim, realizou-se uma pesquisa com 85 pacientes pediátricos atendidos no ambulatório de dermatologia pediátrica do HUB, com a finalidade de avaliar a prevalência do uso de Medicina Alternativa ou Complementar (MAC), identificar os fatores que podem influenciar na decisão de usar terapias não convencionais na prática clínica, identificar se fatores como renda familiar, tamanho da família e escolaridade dos responsáveis/cuidadores dos pacientes estão associados ao uso da MAC, identificar a natureza dos recursos alternativos utilizados pelos pacientes participantes deste estudo, verificar se houve de piora do quadro clínico após o uso de MAC e ainda verificar se o

tempo de duração da doença está associado com maior probabilidade do uso de MAC.

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um questionário aplicado a todas as famílias de pacientes participantes deste estudo. Após a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido e a consulta com profissional dermatologista, foi feita a entrevista e coleta de dados, por meio da aplicação do questionário. Foi esclarecido aos pais dos pacientes participantes do estudo que as informações obtidas são sigilosas e o pesquisador tem o compromisso de preservar a privacidade do paciente e manter todo o material utilizado em arquivo confidencial. Nenhum dos pacientes e/ou seus pais/responsável negaram a participação no estudo.

Intencionando-se aprimorar o instrumento de coleta de dados, inicialmente aplicou-se o questionário a um grupo piloto, composto por 10 pacientes. Entretanto, foi necessário realizar algumas alterações no questionário para os demais pacientes, sendo retiradas as questões do tipo abertas.

O questionário utilizado para se obter os dados da pesquisa foi estruturado com perguntas objetivas e diretas, as quais foram feitas pessoalmente aos pais/pacientes. Tomamos todos os cuidados para minimizar vieses, inclusive vieses de comunicação, especialmente nas questões em que era visada a opinião do participante.

O método de pesquisa do uso de MAC, através da aplicação de questionários, apresenta alguns fatores limitantes, sendo o principal o fato de os entrevistados terem que se lembrar se praticaram ou não o uso de MAC, podendo ser fornecidas respostas não muito fidedignas. Outra limitação do questionário é o fato de que o uso de MAC e questões a respeito de razões e motivações que levaram ao uso de recursos alternativos são subjetivos e podem inspirar a presença de vieses.

**A prevalência do uso de MAC neste estudo foi de 63,5%**, valor mais elevado que o observado em estudos semelhantes desenvolvidos em outros países (ERNST, 1999). Nesta pesquisa foi utilizada uma definição mais ampla de MAC e esta incluiu práticas como o uso de plantas de ocorrência espontânea na flora regional (sem necessidade de gastos) como forma de tratamento alternativo. Estes remédios são de mais fácil acesso do que ervas

tradicionais chinesas e homeopatia, identificados no estudo de Hughes *et. al* (2007) e isto pode auxiliar na compreensão da elevada taxa de uso MAC em nossa pesquisa. **Estes resultados confirmam o elevado uso de MAC por pacientes portadores da DA, já observados por outros autores como Jean *et. al.* (2007), Johnston *et. al.* (2003) e Ernst (1999).**

A alta prevalência do uso de plantas como recurso de MAC levantou questionamentos sobre a segurança de tal prática, haja visto que podem existir riscos adicionais no tocante às diferentes formas de preparo de remédios à base de plantas. A fervura de plantas pode levar à desnaturação do possível princípio ativo fitoterápico, dar origem a produtos secundários potencialmente danosos ou ainda mais irritantes da pele. A obtenção dos princípios ativos com substâncias extratoras, como o álcool etílico, também constitui um fator irritante da pele adicional. Além disto, tem-se que considerar que muitas das plantas utilizadas podem ser fotossensibilizantes e ainda podem, entre outros efeitos adversos, causar dermatite de contato ou ainda apresentarem apenas ação do tipo placebo.

Os pacientes com DA, além de terem que administrar uma doença crônica, apresentam alterações da função de barreira da pele, levando a possibilidade de ocorrer absorção sistêmica de substâncias presentes em plantas aplicadas topicamente, além de provocar irritações cutâneas.

LEUNG e BIEBER (2003) ressaltam que a maioria dos pacientes manifesta os sintomas da doença no seu primeiro ano de vida e que as lesões aparecem em aproximadamente 85% a 90% dos pacientes com até cinco anos de idade. **Estes dados estão em concordância com os dados obtidos em nossa pesquisa**, na qual um total de 42/85 (49,4%) pacientes apresentou os sinais clínicos da DA até um ano de vida e 43/85 (50,58%) após um ano de idade. 95% dos participantes apresentaram os sintomas da doença até cinco anos de vida. De acordo com LEVY *et. al* (2003), a maioria dos pacientes portadores de DA mostra melhora até o início da adolescência.

Nossos resultados podem não ser representativos da real prevalência do uso de MAC por crianças com DA, pois nós utilizamos como fonte de observação apenas uma instituição. Isto nos permitiu obter validade interna dos resultados, entretanto impossibilita a análise de resultados em caráter generalizante, pois temos que considerar diferenças regionais e

geográficas. Além disto, muitas perguntas abordaram questões subjetivas, normalmente não discutidas pelos pacientes com os médicos ortodoxos e seria difícil de ser confirmada a validade das respostas para esta parte do questionário.

Johnston *et. al* (2003) lembram que a prevalência da DA continua a aumentar embora o número de tratamentos convencionais propostos por dermatologistas também tenha aumentado. A cura clínica completa e definitiva, entretanto, permanece inatingível e, pacientes com doenças de pele, mais especificamente os pais/cuidadores de crianças portadoras da DA, uma doença crônica e essencialmente de difícil manejo, parecem estar crescentemente buscando MAC para administrar a doença.

Em nosso estudo, diversos foram os motivos que levaram ao uso de MAC. A indicação da prática de MAC por parentes e amigos foi a razão pela qual 25/85 (29,4%) pacientes buscaram tratamento alternativo. Muitos pacientes participantes desta pesquisa apontaram mais de um fator que influenciou na decisão de uso de MAC. Famílias de pacientes dizem ter escolhido utilizar MAC por não estarem satisfeitas com a terapia convencional, por acreditar que o uso concomitante das duas terapias pudesse melhorar o quadro clínico mais rapidamente e por considerar a MAC mais natural e mais segura. **Estes achados encontram eco em publicações científicas, como a de Jean *et. al.* (2007), que também encontraram como principal fator a indicação do uso de MAC por parentes e amigos.**

O nível escolar dos pais dos pacientes participantes deste estudo, em média, não ultrapassou oito anos de escolaridade, o que compreende pais analfabetos, pais com formação de ensino básico e médio. Uma pequena porção dos pais de pacientes (9/85) apresentou nível escolar superior. Boa parte dos pacientes participantes deste estudo (41/85) possui famílias com quatro a seis integrantes e com renda familiar limitada.

**Os fatores renda, escolaridade e tamanho da família, em nosso estudo, entretanto, não demonstraram correlação significativa ( $p > 0,05$ ) e não constituem fatores importantes na decisão de recorrer ou não ao uso de recursos alternativos no manejo da DA.** Este fato nos surpreendeu, pois a baixa renda dos familiares combinada com a baixa escolaridade dos pais dos pacientes e o tamanho grande das famílias poderiam constituir fatores

determinantes no uso medicinal de plantas que estão disponíveis gratuitamente no cerrado. Madsen *et. al* (2003), em contrapartida, apontam evidências que correlacionam o nível de escolaridade dos pais/cuidadores com o uso de MAC, sendo demonstrada naquele estudo maior probabilidade do uso de MAC por pacientes com pais/cuidadores que possuem escolaridade mais elevada.

A comparação entre os pacientes que utilizaram pelo menos um tipo de recurso de MAC e os que não o fizeram revela que aqueles que utilizaram ao menos um recurso de MAC relataram longa duração dos sintomas ( $p < 0,05$ ) e piora das lesões dermatológicas ( $p < 0,05$ ), sendo estes fatores significantes na decisão de utilizar recursos de MAC. **Estes resultados estão de acordo com os achados de Jennie *et. al* (2006), que também encontraram associação entre a cronicidade da doença e a decisão do uso de MAC.**

Em nossa pesquisa, o uso de recursos de MAC se correlaciona, positivamente, com a duração doença ( $p < 0,05$ ). Deste modo, **a longa duração da doença** foi associada a uma **probabilidade aumentada** de se utilizar pelo menos um tipo de recurso de MAC.

**É interessante observar que, geralmente, a automedicação com recursos de MAC é percebida pela população como inócua, segura e natural.** Provavelmente, por este motivo 62/85 (72,9%) dos pacientes deste estudo **não buscaram nenhuma orientação profissional quanto à segurança e real indicação do uso de MAC.** Quando as famílias o fizeram, buscaram predominantemente auxílio de profissionais práticos, tais como padres, benzedores e raizeiros. Apenas uma pequena porção, 9/85 (10,6%) de famílias, buscou orientação com médicos, que na sua maioria eram homeopatas.

**Estes achados não são novos e nem isolados em nossa pesquisa, tendo sido observados por Jean *et. al.*(2007) e também por Franco *et. al.* (2002).** Estes achados ainda dão suporte a estudos realizados anteriormente enfocando a pouca importância dada pelas famílias quando o assunto é a comunicação entre os pais de pacientes pediátricos e os médicos convencionais. (CRAWFORD *et. al*, 2006; PRUSSING *et. al*, 2004).

Franco *et. al.* (2002) sustentam como hipótese geral que a medicina científica tem desenvolvido o conhecimento da enfermidade, mas tem se

descuidado de uma relação médico-paciente que valorize e compreenda o enfermo como pessoa em sua singularidade. Os autores acreditam que sobre esta deficiência se desenvolvem e mantêm as práticas de MAC.

Ainda considerando o estudo desenvolvido por Franco *et. al* (2002), ao se analisar a assiduidade com que os participantes daquele estudo se consultaram com um profissional médico, no ano precedente ao estudo, foi observado que os pacientes que fizeram mais de 6 consultas ou visitas a médicos, no referido ano, diminuíram significativamente o uso de MAC. Este dado poderia apoiar a ideia que sustenta que a maior aderência e satisfação com a relação médico-paciente reduz a prática de MAC. Assim, Franco *et. al* (2002) fazem destaque para a importância da educação médica na valorização da relação médico-paciente em transmitir confiança em procedimentos e tratamentos médicos e ainda no assessoramento científico por profissional sobre práticas alternativas.

Embora tenhamos encontrado alta prevalência do uso de MAC em nossa população estudo, 35/85 (41,2%) dos pacientes não informaram aos médicos convencionais sobre tal prática, fato este também observado por Spigelblatt *et. al* (1994). Em outro estudo similar, Johnston *et. al* (2003), no Reino Unido, encontraram resultados semelhantes aos nossos. **Um achado interessante observado em nosso estudo é o fato de os pacientes que utilizaram MAC e que, de um modo geral, obtiveram resultados positivos, não comunicaram aos médicos convencionais sobre tal prática (p<0,05).**

Outro fator preocupante é a grande quantidade de pacientes que, ao utilizar recursos de MAC, não interrompeu o uso da medicação prescrita por profissionais dermatologistas convencionais. **Um total de 29/85 (34,1%) pacientes utilizou ambas as terapias concomitantemente, aumentando o fator risco de interações medicamentosas e efeitos adversos indesejáveis, como exemplificados na tabela 3.**

Quando indagados sobre a indicação do uso de recursos alternativos a outros pacientes com quadro clínico de DA, a quantidade de 20/85 (23,5%) dos pais dos pacientes disse que o fariam. Esta quantidade de pais de pacientes que fariam a indicação de recursos de MAC a outros pacientes com DA demonstra que preocupações adicionais devem ser tomadas, no sentido de orientar estes indivíduos sobre os riscos da

automedicação com plantas. **É necessário deixar claro para os usuários de MAC que plantas e ervas não são mais seguras por serem “naturais” e que elas podem ser tóxicas e lesivas ao organismo especialmente em doenças dermatológicas como a DA, na qual a pele já está bastante danificada e há alterações importantes da barreira epidérmica.**

Um total de 83/85 (97,6%) dos participantes demonstrou interesse em utilizar corretamente os diversos recursos disponibilizados pela MAC. Estes mesmos participantes mostraram o desejo de que a MAC seja disponibilizada na rede do Sistema Único de Saúde – SUS, assim estes pacientes poderiam se sentir mais seguros com a prática e ainda contar com auxílio de profissionais.

Nesta pesquisa consideraram-se como recursos de MAC a homeopatia, fitoterapia (chás, infusões, encapsulados, banhos com ervas), acupuntura, aromaterapia, cromoterapia, aplicação tópica de produtos de origem animal (banha de carneiro, entre outros), treinamento ou prática de meditação, imaginação ou técnicas de relaxamento, massagens como terapia, dietas nutricionais, prática de medicina tradicional, como chinesa, ayurvédica e indiana.

**Com relação à natureza dos recursos de MAC utilizados em nossa pesquisa, 26/85 (30,6%) pacientes utilizaram a fitoterapia, sobretudo na forma de banhos (uso tópico) e chás (uso interno), seguidos da homeopatia 10/85 (11,8%) e de dietas nutricionais 3/85 (3,5%). Uma porção significativa de 14/85 (16,4%) pacientes, entretanto, lançou mão da combinação de mais de um recurso de MAC, evidenciando que preocupações adicionais devem ser consideradas no sentido de prevenir interações medicamentosas indesejáveis. Johnston *et. al* (2003), em estudo desenvolvido no Reino Unido, e Jean *et. al*, (2007) em estudo desenvolvido nos Estados Unidos, encontraram preferências por recursos de MAC semelhantes aos nossos. Nossos resultados são ainda muito próximos dos achados por Franco *et. al*.(2002) em relação à natureza dos recursos de MAC utilizados.**

O uso de medicamentos, à base de ervas tradicionais chinesas, é bastante citado na literatura científica mundial, entretanto, **em nosso estudo não foi observado o uso de tal recurso.** Certamente, as ervas tradicionais

chinesas não foram utilizadas pelos participantes deste estudo devido ao fato de não ser comum, no Brasil, encontrar disponibilidade gratuita deste recurso.

O fator custo do tratamento com recursos de MAC também foi considerado neste estudo. Parte dos usuários 27/85 (31,8%) de MAC não teve custos com os recursos, sendo que os mesmos foram obtidos gratuitamente. **Entretanto, a maioria dos usuários de MAC 28/85 (32,9%) teve gastos que superaram a quantia de R\$100,00 por mês. Este valor, que para muitos pode ser simbólico, representa uma quantia significativa no orçamento familiar da maioria dos participantes deste estudo. Este fato não é isolado em nossa pesquisa sendo também discutido em diversos outros estudos, como no de Ernst *et. al.* (1999), Franco *et. al.* (2002) e Hughes *et. al.* (2007). O fator custo do tratamento, em nossa pesquisa, entretanto, não interferiu na decisão de uso de MAC, pois estas variáveis não se correlacionaram significativamente ( $p>0,05$ ).**

A prevalência do uso de MAC por crianças em nosso estudo foi elevada e as terapias alternativas por elas utilizadas geralmente não são sujeitas à regulação mínima dos órgãos competentes. A sua eficácia é interrogada, pois existem poucos estudos com metodologia adequada na área e o seu uso pode ser oneroso e deletério. Existem riscos de efeitos colaterais indesejáveis e muitos dos medicamentos ditos alternativos podem conter substâncias tóxicas não bem conhecidas ou potencialmente danosas como os corticóides e ainda podem ter custo elevado (HUGHES *et. al.*, 2007).

Finalmente, não menos importante, ressalta-se que pesquisas rigorosas, com ensaios clínicos randomizados, devam ser realizadas na área de Medicina Alternativa ou Complementar, considerando-se que diversas questões sobre segurança e eficácia de tais procedimentos ainda não foram respondidas.

## 6. Conclusões

1. A prevalência do uso da Medicina Alternativa ou Complementar é elevada nos pacientes frequentadores do ambulatório de dermatologia infantil do HUB;
2. A recomendação do uso da Medicina Alternativa ou Complementar por parentes e amigos é frequente;
3. Os fatores renda familiar, tamanho da família, e escolaridade dos pais dos pacientes não se correlacionam com o uso da MAC;
4. As modalidades terapêuticas da Medicina Alternativa ou Complementar mais utilizadas pelos pacientes, neste estudo, encontraram concordância com os trabalhos já publicados nesta área, sendo elas a fitoterapia e a homeopatia em sua maioria;
5. Muitas destas práticas da MAC pioram o quadro clínico da DA, inclusive com aumento do prurido, que já é intenso na doença;
6. Em nosso estudo houve associação entre o tempo de duração da doença e o uso da MAC. A longa duração da doença foi associada a uma probabilidade aumentada de se utilizar pelo menos um tipo de recurso da MAC;
7. Muitas famílias tem custo elevado com a aquisição de recursos da MAC;
8. É importante que os médicos saibam do uso concomitante da Medicina Alternativa ou Complementar e da Medicina Ortodoxa, no sentido de diagnosticar possíveis interações medicamentosas;
9. Os resultados desta pesquisa tem implicações importantes para futuras pesquisas, **já que este é um estudo inédito no Brasil**. Os dados obtidos permitiram conhecer a realidade dos pacientes pediátricos frequentadores do ambulatório de dermatologia infantil do HUB, no tocante ao uso de práticas alternativas no manejo da dermatite atópica.

## REFERÊNCIAS

ANDERSON C, LIS BALCHIN M. The effect of aromatherapy on childhood atopic eczema (presented at the 5th Annual Symposium on Complementary Healthcare, 10–12 December 1998, Exeter). *FACT: Focus on Alternative & Complementary Therapies* 1998;**3**:189.

ARAÚJO, I. A Medicina Popular. 3ª edição, 1999.

AZULAY e AZULAY. *Dermatologia*. 4ª edição, 2006;158.

BARROS, NF, NEVES ED. Complementary and Alternative Medicine in Brazil: one concept, different meanings. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2006; 22(10):2023-2039.

BERNARD LA, BERGMAN JN, EICHENFIELD LF. Pimecrolimus 1% cream (Elidel) for atopic dermatitis. *Skin Therapy Letter*. 2002 Apr;**7**(4):1-3

BIEBER T.;NOVAK N. New concepts of atopic dermatitis. *Allergy Clinical Immunology International* 2005; 17(1):26-29.

BIELORY L. and Kanuga M. Complementary and alternative interventions in atopic dermatitis. *Immunology and Allergy Clinics of North America*. 2002; vol. 22, 153-173.

BOECHAT, J. L., Rios J. L. M. *Dermatite Atópica: aspectos clínicos e imunológicos*. Segmento Farma, 2005.

BOGUNIEWICZ, M.; Leung, D. Y. M. Atopic Dermatitis. *Journal Allergy Clinical Immunology* 2006; 117(2): s475-480.

CHAMPION RH, PARISH WE. Atopic dermatitis. In: Champion RH, Burton JL, Ebling FJG, eds. *Textbook of Dermatology*. Oxford: Blackwell Scientific Publications;1994 p. 589-610.

CHANG EY, CHUNG SW, AHN KM, LEE SI. A Study on the Use of Complementary Alternative Medicine in Children with Atopic Dermatitis. *Journal of Asthma Allergy Clinical Immunology*. 2005; 25(2):110-116.

CHEN C. J. e YU H.S. Acupuncture Treatment for Urticaria. *Archives of Dermatology*. 1998; 134: 1397-1399

COCA A.F., COOKE R.A. On the classification of the phenomena of hypersensitiveness. *Journal of Immunology* 1923; 8:163.

COLGHI, S. L. Avaliação da qualidade de vida em pacientes adultos com DA. 2005. 126p. Dissertação (mestrado). Universidade de São Paulo.

COOKSON , W.O.; MOFFATT, M.F. The genetics of atopic dermatitis. *Current Opinion in Allergy and Clinical Immunology* 2002; 2:383.

CRAWFORD N.W. CINCOTTA D.R. LIM A. POWELL C.V. A cross-sectional survey of complementary and alternative medicine use by children and adolescents attending the University Hospital of Wales. *BMC Complementary or Alternative Medicine*. 2006;6:16

DOLD, S.; VON MUTIUS, E.; RETMER, P. e col. Genetic risk for asthma, allergic rhinitis and atopic dermatitis. *Arch Dis Child* 1992; 67(8):1018-22

DONALD Y.M. et al. New insights into atopic dermatitis. *The Journal of Clinical Investigation*. 2004, Vol 113, 651-657.

DRAKE L, PRENDERGAST M, MAHER R, BRENNEMAN D, KORMAN N, SATOI Y, et al. The impact of tacrolimus ointment on health-related quality of life of adult and pediatric patients with atopic dermatitis. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2001; 44(1):65-72

ERNST E. Prevalence of complementary/alternative medicine for children: a systematic review. *European Journal of Pediatrics*. 1999, 158:7-11.

European Task Force of Atopic Dermatitis. Severity Scores of Atopic Dermatitis: The SCORAD index consensus report of the European Task Force of Atopic Dermatitis. *Dermatology* 1993; 186:23-21.

FAW C. Unproved cancer remedies. A survey of use in pediatric outpatients. *JAMMA*. 1977; 238: 1536-1538

FRANCO J.A, PECCI C. La Relación Medico-Paciente, La Medicina Científica Y Las Terapias Alternativas. *Medicina*. 2002; 62: 111-118.

GRANLUND H. Treatment of childhood eczema. *Pediatric Drugs* 2002; 4:464-470

GREWE, M.; BRUYNZEEL-KOOMEN, C.; SCHOPF, E. e col. A role for Th1 and Th2 cells in the immunopathogenesis of atopic dermatitis. *Immunology Today* 1998; 19:359-61

HALKEN, S.; Prevention of Allergic disease in childhood: clinical and epidemiological aspects of primary and secondary allergy prevention. *Pediatric Allergy Immunology* 2004: 15(16)

HANIFIN J.M.; RAJKA G. Diagnostic features of atopic dermatitis. *Acta Dermatology Venerology*. 1980; 92:92 (Suppl):44-7

HAY I.C. JAMIESON M. e ORMEROD A.D. Randomized Trial of Aromatherapy – Successful Treatment for Alopecia Areata. *Archives of Dermatology*. 1998; 134:1349-1352

HON KL *et. al.* Efficacy and tolerability of a Chinese herbal medicine concoction for treatment of atopic dermatitis: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *British Journal of Dermatology*. 2007; 157:357-63.

HUGHES R., WARD D., TOBIN A.M., KEEGAN K. e KIRBY B. The use of alternative medicine in pediatric patients with atopic dermatitis. Blackwell Publishing, Inc. *Pediatric Dermatology*. 2007; Vol. 24 N° 2 118-120.

ITAMURA R. Effect of homeopathic treatment of 60 Japanese patients with chronic skin disease. *Complementary Therapies in Medicine*. 2007. Jun; 15 (2):115-20

JEAN D. e Cyr C. Use of complementary and Alternative Medicine in a General Pediatric Clinic. *Pediatrics* 2007; 120: 138-141

JENNIE C.I. Tsao, MARCIA MELDRUM, Su C. Him, MARGARET C. JACOB AND LONNIE K. Zelter. Treatment preferences for CAM in children with chronic pain. *eCAM* 2007; 4(3) 367-374.

JENSEN P. Complementary therapy for atopic dermatitis and psoriasis: patient-reported motivation, information source and effect. *Acta Dermatology Venerology* 1990; 70: 425-8.

JENSEN P. Use of alternative medicine by patients with atopic dermatitis and psoriasis. *Acta Dermatology Venerology* 1990; 70:421-4

JOHNSTON G.A. BILBAO R.M. e GRAHAM-BROWN R.A.C. The use of complementary medicine in children with atopic dermatitis in a secondary care in Leicester. *British Journal of Dermatology* 2003; 149:566-571.

KANG, K.; STEVENS, S. R. Pathophysiology of atopic dermatitis. *Clinics in Dermatology* 2003; 21(2): 116-21

KHALSA S.B. North American Research Conference on Complementary and Integrative Medicine. *Hygiene for the Body-Mind and Yoga's Emergence*. 2006. Disponível em:  
[http://theintegratorblog.com/site/index.php?option=com\\_content&task=view&id=118&Itemid=9](http://theintegratorblog.com/site/index.php?option=com_content&task=view&id=118&Itemid=9). Acesso em: 08 dez 2008.

KIEBERT G, SORENSEN SJ, REVICKI D, FAGAN SC, DOYLE JJ, COHEN J, et al. Atopic dermatitis is associated with a decrementing health-related quality of life. *International Journal of Dermatology*. 2002;41:151-8.

Leite RMS, Leite AAC, Costa IMC. Dermatite atópica: uma doença cutânea ou uma doença sistêmica? A procura de respostas na história da dermatologia. *Anais Brasileiros Dermatologia*. 2007;82(1):71-8.

LEUNG, L.Y.; BIEBER, T. Atopic Dermatitis. *Lancet* 2003; 361:151-60

LEVY, R. M; GELFAND J. M.; Yan, A. C. The epidemiology of atopic dermatitis. *Clinics in Dermatology* 2003; 29:101-15.

LEWIS-JONES S. Quality of life and childhood atopic dermatitis: the misery of living with childhood eczema. *International Journal of Clinical Practice*. 2006; 60 (8), 984-992.

LINDe K, CLAUSIUS N, Ramirez G e et. al. Are the clinical effects of homeopathy placebo effects? A met-analysis of placebo-controlled trials. *Lancet*. 1997; 350:834-843.

MCALEER M. A, POWELL F.C. Complementary and alternative medicine usage in rosacea. *British Journal of Dermatology*. 2008; 158:1134-1173.

MADEL T.L. *Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX*. 2005; *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):145- 176.

MADSEN H, ANDERSEN S, GAARDSKAER N. R. e et. al. Use of complementary/alternative medicine among paediatric patients. *European Journal of Pediatrics*. 2003; 162:334-341

MATTHEW P. DAVIS, MD; PAUL M. DAREN, MD. Use of Complementary and Alternative Medicine by Children in the United States. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*. 2003; 157: 393-396

MAX H.P. e EDZARD Ernst. Horse Chestnut Seed Extract for Chronic Venous Insufficient. *Archives of Dermatology*. 1998; 134:1356-1360.

MEZONO, João CATARIM. *Gestão na Qualidade da Saúde – Princípios Básicos*. Editora Manole, 2001

MILLER L.G. Herbal medicinal: selected clinical considerations focusing on known or potenciales drug-herb interactions. *Archives of Internal Medicine*. 1998; 158:2200-11

NORMAN R, NELSON D. Alternative and Complementary Therapies work for common Dermatologic conditions? *Skin and aging*. 2000; 8(2) 28-33.

PRUSSING E. SOBO E.J. WALKER E, DENNIS K, KURTIN P.S. Communicating with pediatricians about complementary/alternative medicine: perspectives from parents of children with down syndrome. *Ambulatorial Pediatric*. 2004; 4:488-494.

RABELO J. *et. al.* Tacrolimo Tópico nas Lesões Cutâneas Refratárias da Dermatômiosite Juvenil. *Revista Brasileira de Reumatologia*. 2007; v. 47, n.6, p. 463-468.

RAJKA G, LANGELAND, T. GRANDING of the severity of atopic dermatitis. *Acta Dermatology Venerology (Stockholm)* 1989; 144(suppl):13-14.

PITTLER M.H. ERNST E. Horse Chestnut Seed Extract for Chronic Venous Insufficiency. *Archives of Dermatology*. 1998; 134:1356-1360.

SHAH, D.; HALES J.; COOPER D. e col. Recognition of pathogenically relevant house dust mite hypersensitivity in adults with atopic dermatitis: a new approach? *Journal of Allergy Clinical Immunology* 2002; 109:1012-18.

SEHRA S, BARBÉ-TUANA FM, HOLBREICH M, MOUSDICAS N, KAPLAN MH, TRAVERS JB. Clinical correlations of recent developments in the pathogenesis of atopic dermatitis *Anais Brasileiros de Dermatologia*. 2008;83(1):57-73.

SILVANA COGHI *et al.* Quality of Life is Severely Compromised in Adult Patients with Atopic Dermatitis in Brazil, Specially Due to Mental Components. *Clinical Sciences*. 2007, 62 (3):235-42.

SCHACHNER L, FIELD T, HERNANDEZ-REIF M, Duarte AM, Krasnegor J. Atopic dermatitis symptoms decreased in children following massage therapy. *Pediatric Dermatology* 1998; 15 (5):390–5.

SHINTARO M. Complementary and Alternative Approaches to Biomedicine. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*. 2004; 1(3) 345-348

SOARES FAA *et al.* Perfil de Sensibilização a Alérgenos Domiciliares em Pacientes Ambulatoriais. *Revista da Associação Médica Brasileira* 2007; 53(1): 25-8

SOKEL B, KENT CA, LANSDOWN R, ATHERTON D, GLOVER M, KNIBBS J. A comparison of hypnotherapy and biofeedback in the treatment of childhood atopic eczema. *Contemporary Hypnosis* 1993;10(3).

SONKOLY E, MULLER A, LAUERMA AI *e et. al.* IL-31: a new link between T cells and pruritus in atopic skin inflammation. *Journal of Allergy Clinical Immunology*. 2006 Feb;117(2):411-7.

SOUSA L.M.C., VIEIRA A. L. S. – Serviços Públicos de Saúde e Medicina Alternativa. *Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz*. 2005; 255-266.

SOUTHWOOD T.R. MALLESON P.N. ROBERTS-THOMPSON PJ, MAHY M. Unconventional remedies used for patients with juvenile arthritis. *Pediatrics*. 1990; 85: 150-154.

SPIGELBLATT L. LAINE-AMMARA G, PLESS IB, GUYER A. The use of alternative medicine by children. *Pediatrics*. 1994; 94:811-814.

TERREEHORST I, DUIVENVOORDEN HJ, TEMPELS-PAVLICA Z, OOSTING AJ, MONCHY GR, BRUIJNZEEL-KOOMEN CAFM, *et al.* The unfavorable effect of concomitant asthma and sleeplessness due to the atopic eczema/dermatitis syndrome (AEDS) on quality of life in subjects allergic to house-dust mites. *Allergy*. 2002; 57:919-25.

VICKERS A, ZOLLMAN C. *British Medicine Journal*. ABC of complementary medicine. 1999; 319: 1050-1053.

WITT C.M., Lüdtke R, BAUR R e WILLICH S.N. Homeopathic medical practice: long term results of a cohort study with 3981 patients. *BMC Public Health*. 2008; 8:413.

WÜTHRICH, B.; SCHIMID-GRENDELMEIER, P. Definition and Diagnosis of intrinsic versus extrinsic atopic dermatitis. In: Leung; Bieber. *Atopic Dermatitis*. 1 ed. New York, Basel: Marcel Dekker, 2002).

ZHANG W. *et. al.* Chinese herbal medicine for atopic eczema. *Cochrane Database Systematic Review*. 2004; (4):CD002291.

**ANEXOS**

## ANEXO I

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TÍTULO: Uso da Medicina Alternativa em Crianças com Dermatite Atópica no Ambulatório de Dermatologia Pediátrica do Hospital Universitário de Brasília.

O(a) senhor(a) está sendo convidado a contribuir espontaneamente para a pesquisa sobre o uso de Medicina Alternativa/Complementar (MAC) em crianças com Dermatite Atópica (DA), que é uma doença inflamatória da pele e que acomete, entre outros, um grande número de crianças.

Medicina Alternativa/Complementar (MAC) é toda e qualquer prática de cuidado com a saúde que geralmente não é indicado por profissional médico. Em outras palavras, trata-se da utilização de produtos e recursos que geralmente são indicados por parentes e amigos, tais como plantas (na forma de chás, banhos e cápsulas), produtos de origem animal, como banha de animais entre outros.

Pelo presente termo os participantes concordam que o pesquisador tenha acesso às informações contidas nos prontuários do paciente e que seja respondido um questionário a respeito da prática de utilização de MAC. A entrevista deverá durar cerca de 15 minutos e será realizada no mesmo dia em que o paciente for consultado pela equipe médica. Fica reservado ao participante o direito de desistir da entrevista/participação a qualquer instante que se julgar necessário, não implicando em prejuízos em seu atendimento.

Esta pesquisa visa obter informações sobre hábitos de vida dos pacientes, prática de recursos alternativos no tratamento da DA assim como informações sobre a situação sócio econômica de suas famílias. O objetivo deste estudo é de melhorar a assistência médica e tratamento para os pacientes portadores da DA, no ambulatório de Dermatologia Pediátrica do Hospital Universitário de Brasília.

Este projeto não implica em divulgação ou aproveitamento em outro projeto, sendo seus dados utilizados apenas para este estudo. As informações obtidas são sigilosas e o pesquisador tem o compromisso de preservar a privacidade do paciente e manter todo o material utilizado em arquivo confidencial.

O paciente não terá prejuízo no atendimento e na assistência profissional no seu local de atendimento, pois o mesmo tem o direito de participar ou não deste projeto, não interferindo no seu acompanhamento, se o mesmo, ou sua família, não concordar com este termo.

Os pacientes e/ou seus responsáveis terão acesso aos resultados da pesquisa no final da mesma, quando será redigido um resumo com os principais resultados. Este resumo será entregue aos pacientes ou seus familiares no ato da consulta médica, tão logo se tenha finalizado por completo a pesquisa. Vale lembrar que este termo é redigido em duas vias, uma para o pesquisador e outra para o paciente

O pesquisador estará disponível aos pacientes e seus familiares para eventuais esclarecimentos a respeito da pesquisa, podendo ser contatado através dos telefones 8114-1380, 3222-0243 ou ainda através do e-mail [naguiarjr@hotmail.com](mailto:naguiarjr@hotmail.com). O Comitê de Ética em Pesquisa ao qual este projeto foi submetido pode ser contatado através do telefone 3307-3799 ou ainda através dos contatos eletrônicos: [cepfs@unb.br](mailto:cepfs@unb.br) ou [www.unb.br/fs/cep](http://www.unb.br/fs/cep).

Brasília-DF, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_.

Assinatura do Pai ou Responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador: \_\_\_\_\_

Assentimento do Paciente: \_\_\_\_\_

## ANEXO II Questionário

Universidade de Brasília  
 Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde  
 Questionário Base para Avaliação da Incidência do Uso de Medicina Alternativa ou  
 Complementar por Pacientes Pediátricos com Dermatite Atópica  
 Data Corrente: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Registro: \_\_\_\_\_  
 Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Telefone: \_\_\_\_\_  
 Pai: \_\_\_\_\_  
 Mãe: \_\_\_\_\_

### CARACTERIZAÇÃO DOS PAIS/RESPONSÁVEIS/CUIDADORES

A criança vive com:  
 Pais  Pai  Mãe  Parentes  Outros \_\_\_\_\_

Qual a escolaridade dos responsáveis pela criança?

Pai:  Analfabeto  
 Ensino Fundamental  
 Ensino Médio  
 Superior

Mãe:  Analfabeto  
 Ensino Fundamental  
 Ensino Médio  
 Superior

Outros:  Analfabeto  
 Ensino Fundamental  
 Ensino Médio  
 Superior

Qual a renda dos responsáveis pela criança?

Menor ou igual a 1 salário mínimo  De 2 a 4 salários Mínimos  Maior que 4  
 salários mínimos

Qual o tamanho da família?

1 a 2 pessoas  2 a 4 pessoas  4 a 6 pessoas  mais que 6 pessoas

### CARACTERIZAÇÃO DO PROCESSO MÓRBIDO

A criança apresenta os sinais de Dermatite Atópica desde:

- Nascimento  após 1 mês de nascido  entre 1 e 6 meses de nascido  
 entre 6 meses e 1 ano de nascido  após 1 ano de nascido  
 outros \_\_\_\_\_

Qual a extensão do acometimento das lesões: (avaliação a ser feita pelo corpo médico)

- pequeno  médio  grande

Qual a intensidade do prurido:

- pequena  média  grande

A criança já foi internada em decorrência da Dermatite Atópica?

- sim, uma única vez  sim, mais de uma vez Quantas? \_\_\_\_  não, nenhuma vez

### CARACTERIZAÇÃO DO USO DE MEDICINA ALTERNATIVA

Em decorrência da Dermatite Atópica a criança:

- deixou de ir à escola  
 deixou de se relacionar com os amigos  
 ficou irritada, nervosa e ansiosa  
 ficou sem dormir  
 deixou de realizar atividades de lazer  
 alterou a rotina dos demais membros da família

Você já usou algum tipo de recurso da medicina alternativa?

- sim  não

Em caso afirmativo, qual (is) recurso(s) você já utilizou? (Marcar todas as opções aplicáveis)

- homeopatia  
 fitoterapia (chás, infusões, encapsulados, banhos com ervas)  
 acupuntura  
 aromaterapia  
 cromoterapia  
 aplicação tópica de produtos de origem animal (banha de carneiro, entre outros)

- Treinamento ou prática de meditação, imaginação ou técnicas de relaxamento
- Massagem como terapia
- Dietas nutricionais
- Medicina tradicional, como chinesa, ayurvédica e indiana

Em caso negativo, pretende usar no futuro?

- sim  não

Você interrompeu o uso da medicação prescrita ao usar MAC?

- sim  não, usei ambas concomitantemente  Não usou MAC.

O que levou você a utilizar a Medicina Alternativa?

- indicação de parentes e amigos
- insatisfação com a terapia convencional
- por acreditar que o uso concomitante de duas terapias pudessem melhorar o quadro mais rapidamente
- por acreditar que a medicina alternativa é mais natural e segura
- por desacreditar na terapia convencional
- por considerar a MAC melhor que a terapia convencional
- por ter medo dos efeitos colaterais da medicina convencional
- por ter obtido informações positivas em livros, revistas, na televisão ou internet.

Você indicaria a MAC para outros pacientes portadores de DA?

- Sim  não

Você frequenta ou frequentou algum tipo de profissional que utiliza a Medicina Alternativa?

- sim  não

Em caso afirmativo, que tipo de profissional?

- homeopata  naturopata  iridologista  raizeiro  padres, benzedores
- outros

Por quanto tempo você já tem utilizado a medicina alternativa?

um mês  entre dois e quatro meses  mais que quatro meses

Você observou alguma melhora (prurido, sono) após o uso de medicina alternativa?

sim  não, nenhum

Quais? \_\_\_\_\_

Após o uso de recursos de medicina alternativa, você observou alguma reação maléfica ou prejudicial à saúde do paciente?

sim  não, nenhuma

Quais? \_\_\_\_\_

Você sabe dizer o custo aproximado do tratamento?

nenhum, obtive os recursos gratuitamente

gastei até R\$100,00 por mês

gastei mais que R\$100.00 por mês

Você informou ao médico sobre o uso de medicina alternativa?

sim  não

Em caso de negativa, por quê?

não lembrei de falar

não senti segurança em falar

fiquei com receio de prejudicar o tratamento da criança, caso falasse

preferi manter a privacidade sobre o uso de medicina alternativa

Você gostaria que a Medicina Alternativa ou Complementar estivesse disponível no Sistema Único de Saúde –SUS?

Sim  Não

## ANEXO III Termo de Aprovação



Universidade de Brasília  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

### PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto: 105/2008

Título do Projeto: “USO DA MEDICINA ALTERNATIVA EM CRIANÇAS COM DERMATITE ATÓPICA NO AMBULATÓRIO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA”.

CAAE: 2357.0.000.012-08

Pesquisador Responsável: Nelson dos Reis Aguiar Júnior

Data de Entrada: 22/07/2008.

Com base nas Resoluções 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto 105/2008 com o título: “Uso da Medicina Alternativa em Crianças com Dermatite Atópica no Ambulatório de Dermatologia Pediátrica do Hospital Universitário de Brasília”, analisado na 7ª Reunião Ordinária, realizada no dia 12 de Agosto de 2008.

O pesquisador responsável fica, desde já, notificada da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 08 de Setembro de 2008.

Prof. Volnei Garrafa  
Coordenador do CEP-FS/UnB