

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS DERMATOSSES EM LACTENTES NO MUNICÍPIO DE GUARAPUAVA-PARANÁ, BRASIL**

**EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF SKIN DISEASES IN INFANTS IN THE CITY OF GUARAPUAVA-PARANÁ, BRAZIL**

Basílio Techy, Médico Especialista em Medicina de Família e Comunidade

Larissa Caldas Gnoato Teixeira, Médica Pediatra Especialista em Dermatopediatria

Julia Hasegawa, Estudante de Graduação em Medicina

Instituição vinculada: Centro Universitário Campo Real

Basílio Techy ORCID 0000-0003-1723-4332

Larissa Caldas Gnoato Teixeira ORCID 000-0002-5442-7988

Julia Hasegawa ORCID 0000-0001-6458-0882

Não teve fontes de financiamento

Nada a declarar em relação a conflito de interesses

**Parecer de Comitê de ética reconhecido pelo Conselho Nacional de Saúde:**

**Número do Parecer:** 4650464

**CAAE** 42906720.7.0000.8947

## Resumo

**Objetivo:** Traçar o perfil epidemiológico das dermatoses entre lactentes atendidos pelos serviços de saúde do município de Guarapuava-PR integrantes do Sistema Único de Saúde.

**Métodos:** Estudo observacional, transversal que incluiu pacientes de 0 a 2 anos atendidos no período de janeiro de 2018 até janeiro de 2020, diagnosticados com CID-10 L00 a L99 em prontuários eletrônicos na cidade de Guarapuava-PR. As variáveis estudadas foram: idade, sexo, fototipo, etnia, comorbidades, estações do ano, procedência, nível socioeconômico, tempo de evolução, tratamentos prévios, automedicação, escolaridade, região em que reside, encaminhamento secundário e resolução em atendimento primário. Foi empregado o Teste do Qui-Quadrado ( $\chi^2$ ) e o Teste Exato de Fisher na comparação das variáveis qualitativas e o Teste ANOVA e pós-teste de Tukey para as variáveis quantitativas.

**Resultados:** Foram analisados 457 diagnósticos de 375 pacientes sendo 51,7% do sexo masculino, 84,5% diagnosticados com apenas uma doença através do CID10, enquanto 15,5% pacientes obtiveram mais de um diagnóstico. As doenças eczematosas corresponderam a 41,8% de todos os diagnósticos analisados, dos quais 13,3% foram Dermatites das Fraldas. A relação entre a procedência e o grupo de dermatoses demonstrou significância estatística ( $p < 0,0001$ ).

**Conclusões:** O grupo das doenças eczematosas representou a maior causa das dermatoses. As doenças infecciosas apresentaram relação direta com a procedência rural entre os lactentes.

**Palavras-chave:** Pediatria; Dermatologia; Dermatopatias.

## Abstract

**Objective:** This study aims to trace the epidemiological profile of skin diseases among infants treated by the health services of the municipality of Guarapuava-PR, members of the Unified Health System.

**Methods:** Observational, cross-sectional study that included patients aged 0 to 2 years treated from January 2018 to January 2020, diagnosed with ICD-10 L00 to L99 in electronic medical records in the city of Guarapuava-PR. The variables studied were: age, sex, phototype, ethnicity, comorbidities, seasons, origin, socioeconomic level, evolution time, previous treatments, self-medication, education, region of residence, secondary referral and resolution in primary care. The Chi-Square Test ( $\chi^2$ ) and Fisher's Exact Test were used to compare qualitative variables and the ANOVA test and Tukey's post-test were used for quantitative variables.

**Results:** A total of 457 diagnoses from 375 patients were analyzed, 51.7% male, 84.5% diagnosed with only one disease through the ICD-10, while 15.5% patients had more than one diagnosis. Eczema diseases accounted for 41.8% of all diagnoses analyzed, of which 13.3% were Diaper Dermatitis. The relationship between the origin and the group of dermatoses showed statistical significance ( $p < 0.0001$ ).

**Conclusions:** The group of eczematous diseases represented the main cause of dermatoses. Infectious diseases were directly related to rural origin among infants.

**Palavras-chave:** Pediatrics; Dermatology; Skin Diseases.

As dermatoses compõem um grupo diversificado de doenças da pele que acometem principalmente a população pediátrica. Essas doenças representam cerca de 1/3 das queixas em consultas pediátricas assim como 30% das consultas em Dermatologia correspondem a população infantil <sup>1,2</sup>. A prevalência das dermatoses difere entre os países desenvolvidos e países em desenvolvimento. Diversos estudos apontam que elas se diferenciam de acordo com vários fatores como idade, sexo, região, condições climáticas, aspectos nutricionais, higiene, hereditariedade e classe socioeconômica <sup>1,3-5</sup>.

No que diz respeito às dermatoses, algumas dessas doenças são transitórias como a varicela, gengivostomatites e impetigo bolhoso e requerem apenas uma ou poucas visitas ao médico. Outras apresentam quadros crônicos, recorrentes e necessitam de um acompanhamento mais frequente, como por exemplo a dermatite atópica e psoríase. As dermatoses podem ter impacto psicológico negativo nas crianças devido fatores inerentes da doença ou ao comprometimento na qualidade de vida a curto, médio e longo prazo conforme a doença. Segundo estudo publicado pela Associação Brasileira de Alergia e Imunologia, a qualidade de vida de famílias de pacientes com dermatite atópica pioram de acordo com a gravidade da doença devido gastos com tratamento, exaustão e baixa qualidade do sono <sup>6</sup>. Isso demonstra a necessidade dos setores de planejamento em saúde conhecerem, identificarem e determinarem a prevalência e incidência das doenças cutâneas nesta parcela da população <sup>5,7</sup>.

Além disso, nesta revisão bibliográfica, notou-se certa escassez de produções epidemiológicas brasileiras frente às necessidades dermatopediátricas. Em um estudo brasileiro de 2014, foi observado que de 399 linhas de pesquisas das especialidades pediátricas, apenas 13 correspondiam à área da dermatologia <sup>8</sup>.

Desse modo, o presente estudo tem como objetivo traçar o perfil epidemiológico das dermatoses entre lactentes atendidos pelos serviços de saúde do município de Guarapuava-PR integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim como identificar se as dermatoses encontradas tem correlação com fatores como sexo, idade, fototipo, raça, comorbidades pré-existentes, tempo de evolução da doença, tratamentos prévios, automedicação, estação do ano da queixa, região na qual a criança vive e condições socioeconômicas; Subsequentemente, buscou-se de identificar casos que obtiveram condutas resolutivas e quais casos necessitaram encaminhamento ao atendimento secundário, de modo que contribua para o planejamento em saúde dos órgãos competentes no município de Guarapuava-PR.

## **Métodos**

Trata-se de um estudo observacional, transversal, o qual incluiu pacientes de 0 a 2 anos atendidos pelo SUS no período de janeiro de 2018 até janeiro de 2020, cadastrados com CID-10 L00 a L99 em prontuários eletrônicos na cidade de Guarapuava-PR. Os critérios de exclusão foram os dados não correspondentes a data, CID-10 e idade selecionados.

A partir de um levantamento da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), existiam cerca de 4672 fichas de diagnósticos, destes, 2933 foram excluídos por não corresponder a faixa etária durante o período selecionado, restando 1739 diagnósticos. De acordo com o cálculo no n amostral, foi obtido um n de 375 pacientes escolhidos aleatoriamente. Os 375 pacientes incluíam 457 diagnósticos (Figura 1) para contabilizar a frequência das dermatoses, uma vez que um paciente pode ter mais de um diagnóstico associado. Os diagnósticos selecionados através do CID-10 foram classificados em: erupções eczematosas; síndromes de hipersensibilidade, doenças infecciosas, afecções dos anexos da pele, erupções bolhosas, transtornos da pele e do tecido cutâneo relacionado com a radiação e outras afecções de pele e tecido subcutâneo.

As variáveis estudadas foram: idade, sexo, fototipo, etnia, comorbidades, estações do ano, procedência, nível socioeconômico, tempo de evolução, tratamentos prévios, automedicação, escolaridade, região em que reside, encaminhamento secundário e resolução em atendimento primário. A variável estações do ano foi definida pelo dia do diagnóstico, classificada em Primavera, Verão, Outono e Inverno segundo os dados definidos pelo Instituto de Astronomia, Geofísica e Ciências Atmosféricas da Universidade de São Paulo.

A análise foi realizada através de dados tabulados no *Microsoft Excel*® e as relações entre idade, sexo, procedência e estações do ano com o grupo de diagnóstico foram analisadas pelo programa *SPSS 25*® com um nível de significância estatística de  $p \leq 0,05$ . As variáveis fototipo, etnia, comorbidades, nível socioeconômico, tempo de evolução, tratamentos prévios, automedicação, encaminhamento secundário, resolução em atendimento primário, foram analisadas de forma descritiva. Com intuito de comparar as frequências de acordo com o número de diagnóstico foi empregado o Teste do Qui-Quadrado ( $\chi^2$ ) e o Teste Exato de Fisher. Enquanto o Teste ANOVA e pós-teste de Tukey foram utilizados para as variáveis quantitativas

O Projeto de Pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Campo Real respeitando as questões éticas envolvidas e descritas na Resolução CNS 196/96, atualizada pela

466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, sob o certificado de apresentação para apreciação ética (CAAE) 42906720.7.0000.8947.

## **Resultados**

A Tabela 1 descreve o perfil clínico-epidemiológico das dermatoses encontradas. Um total de 457 diagnósticos foram analisados a partir dos 375 pacientes, dos quais obteve-se maior prevalência pacientes com 1 ano de idade (40,3%). Dentre todos os pacientes, houve uma discreta prevalência do sexo masculino com 194 (51,7%) pacientes. Além disso, 317 (84,5%) pacientes, foram diagnosticados com apenas uma doença através do CID10, enquanto 58 (15,5%) pacientes obtiveram mais de um diagnóstico.

Em relação às estações do ano de diagnóstico, 122 (26,7%) foram durante a primavera, 93 (20,3%) no outono, 154 (33,7%) no verão e 88 (19,3%) diagnosticados no inverno. A procedência, classificada em rural e urbana, foi obtida de acordo com a UBS em que o paciente estava cadastrado diante de dados disponibilizados pela SMS, dos quais apenas 42 (11,2%) pacientes eram da área rural.

O encaminhamento secundário foi definido para pacientes encaminhados ou atendidos fora da Unidade Básica de Saúde (UBS) pela Dermatologia, Pediatria ou pela Clínica Médica em Unidades de Pronto Atendimento (UPA), dos quais 254 (55,6%) diagnósticos não necessitaram de encaminhamento ou atendimento secundário. Dos 203 diagnósticos que precisaram de encaminhamento, 171 (37,4%) corresponderam aos diagnósticos atendidos ou encaminhados à UPA, enquanto apenas 30 (7%) necessitaram de encaminhamento à especialidade de Dermatologia e Pediatria. Dentre esses 30 casos, a dermatite atópica revelou-se como a mais frequentemente encaminhada ao serviço de especialidade (Tabela 2).

Os grupos foram classificados de acordo com o CID-10 em: Erupções Eczematosas (L20-L30), Síndromes de Hipersensibilidade (L50-54), Doenças Infecciosas (L00-L08), Afecções dos anexos da pele (L60-L75), Erupções Bolhosas (L10-L14), Transtornos da Pele e do Tecido Subcutâneo relacionados com a Radiação (L55-L59) e Outras Afecções de pele e tecido subcutâneo (L80-L99) como demonstrado na Tabela 3. Dentre os grupos, as Erupções Eczematosas corresponderam a 191 (41,8%) diagnósticos, dos quais 61 (13,3%) foram Dermatite das Fraldas (Tabela 4).

Quando realizada a avaliação das variáveis: Tratamentos Prévios, Comorbidades, Fototipo, Escolaridade, Nível Socioeconômico, Tempo de Evolução, Etnia e Automedicação, a taxa de resposta obtida

foi inferior a 10% do n amostral (457), devido a isso, não foi possível descrever os aspectos socioeconômicos, clínicos e as características dermatológicas de cada paciente.

A relação entre a procedência e o grupo de dermatoses demonstrou significância estatística ( $p < 0,0001$ ), ao contrário das outras variáveis em que não houve diferença entre os grupos analisados (Tabela 5).

## **Discussão**

Apesar das doenças dermatológicas serem prevalentes na população infantil, há uma escassa quantidade de produções científicas sobre esse tema. As pesquisas encontradas durante a revisão bibliográfica apresentaram que as lesões eczematosas são as mais frequentes nas crianças brasileiras <sup>9</sup>.

Diante do presente estudo, as erupções eczematosas também demonstraram como o grupo de dermatoses mais prevalente, sendo que nos lactentes apresentou maior frequência para dermatite das fraldas. Em 2016, um estudo realizado através do mutirão de Dermatologia Pediátrica da cidade de Curitiba-PR <sup>2</sup>, identificou as doenças eczematosas (37,2%) como as mais prevalentes dentre os pacientes atendidos que corrobora com os achados da atual pesquisa. Além disso, Silva <sup>2</sup> informou a importância de se conhecer os motivos do encaminhamento à especialidade, uma vez que pesquisas revelaram a falha de resposta a tratamento e acompanhamento devido a doença crônica assim como a necessidade de biópsia principalmente, são as razões por não serem resolutivas em atendimento primário. Apesar da principal dermatose encontrada no presente estudo ser a dermatite de fraldas, a dermatite atópica, uma doença de caráter crônico, foi a principal causa de encaminhamento à dermatologia assim como no estudo por Silva <sup>2</sup>.

De acordo com um estudo realizado entre os anos de 1995 a 1997, que determinou o perfil das dermatoses em uma clínica de especialidades pediátricas no sul do Brasil, também revelou o grupo das dermatites como a mais prevalente, com a dermatite atópica com um valor de 19,7% das dermatoses <sup>10</sup>. As dermatites também foram observadas em um estudo realizado na região Amazônica, Norte do Brasil entre os anos de 2014 a 2019 <sup>9</sup>, em que as doenças mais comuns foram os eczemas (29,72%), tumores (9,51%), desordens pigmentares (8,90%) e urticárias (6,26%).

Diante das análises estatísticas, as doenças infecciosas apresentaram relação direta com a procedência rural, enquanto os outros grupos das demais dermatoses tiveram maior prevalência em pacientes

da área urbana. Ao comparar os resultados, observou-se em um estudo entre os anos de 1993 a 1999, sobre as dermatoses em crianças da região rural do Quênia após a sistema de projeto para saúde primária <sup>11</sup>, que as afecções mais encontradas foram as infecções bacterianas, infecções fúngicas, infecções por artrópodes, seguidas das dermatites, fato que permite relacionar a procedência com os tipos de dermatopatias.

O atual estudo apresentou como principal limitação a grande quantidade de dados não informados, não sendo possível realizar a análise de 8 variáveis propostas, uma vez que as variáveis etnia e fototipo obtiveram 100% dos dados não informados em áreas específicas do prontuário eletrônico. Devido ao período da análise avaliado no estudo ter abrangido maior tempo para a estação Verão, a pesquisa apresentou um viés de seleção para essa variável, sendo considerada como uma segunda limitação. Além disso como terceira limitação, a pesquisa revelou que por se tratar de estudo realizado em diversas UBSs, há diferença entre cada examinador no que se refere ao diagnóstico estabelecido, por esse motivo, faz-se necessário que futuros estudos estabeleçam padrões diagnósticos para pesquisa a partir de especialistas da área ou realizar a coleta de dados em centros de especialidade. Como quarta limitação do estudo foi a faixa etária estreita da seleção dos dados, sendo necessário a pesquisa das dermatoses em outras faixas etárias para confirmar os dados de prevalência encontrados.

Nas dermatoses incluídas nos grupos de erupções eczematosas, as síndromes de hipersensibilidade e doenças infecciosas foram os grupos mais comuns dentro da população lactente de acordo com a pesquisa. Entretanto, ainda há necessidade de maiores pesquisas dentro da Dermatopediatria brasileira. Diante disso, o atual estudo pode auxiliar em medidas e elaboração de políticas públicas para melhoria das condições socioeconômicas que implicam dentro de doenças tão prevalentes na infância como as dermatopatias.

## Referências bibliográficas

1. Ferreira, FR; Nascimento, LFC; Cirvidiu, DC. Prevalência de dermatoses pediátricas em um hospital universitário na região sudeste do Brasil. *An. Bras. Dermatol.* 2011;86(3):477-482. <https://doi.org/10.1590/S0365-05962011000300009>. Acesso em 19 Set. 2020.
2. Thappa DM. Common skin problems. *Indian J Pediatr.* 2002 Aug;69(8):701-6. doi: 10.1007/BF02722708. PMID: 12356223.
3. Silva, RRS; Abagge, KT. Dermatoses na infância: perfil dos pacientes atendidos no mutirão de Dermatologia Pediátrica 2016. *Resid Pediatr.* 2019;9(3):234-239 doi: 10.25060/residpediatr-2019.v9n3-07
4. Casanova, J. M, Sanmartín, V, Soria, X, Baradad, M., Martí, R. M, & Font, A. *Childhood Dermatitis in a Dermatology Clinic of a General University Hospital in Spain. Actas Dermo-Sifiliográficas (English Edition)*, 2008;99(2):111–118. doi:10.1016/s1578-2190(08)70210-5
5. Dei-Cas I, Carrizo D, Giri M, Boyne G, Domínguez N, Novello V, Acuña K, Dei-Cas P. Infectious skin disorders encountered in a pediatric emergency department of a tertiary care hospital in Argentina: a descriptive study. *Int J Dermatol.* 2019 Mar;58(3):288-295. doi: 10.1111/ijd.14234. Epub 2018 Sep 24. PMID: 30246865.
6. Carvalho SLC, Boguchewski, AP, Nascimento FLS, Dalmas LM, Carvaljo VO. Impacto da dermatite atópica na qualidade ed vida da família. *Arq Asma Alerg Imunol.* 2017;1(3):305-310
7. Nanda A, Al-Hasawi F, Alsaleh QA. A prospective survey of pediatric dermatology clinic patients in Kuwait: an analysis of 10,000 cases. *Pediatr Dermatol.* 1999 Jan-Feb;16(1):6-11. doi: 10.1046/j.1525-1470.1999.99002.x. PMID: 10027990.
8. Oliveira PH, Pinheiro MG, Isquierdo LA, Sukiennik R, Pellanda LC. Brazilian pediatric research groups, lines of research, and main areas of activity. *J Pediatr (Rio J).* 2015;91:299-305.
9. Pereira NG, Costa CCC, Teruel MC, Santos MAL, Franco MCA. Doenças dermatológicas e fatores de risco associados em crianças do Norte do Brasil: uma atualização entre 2014-2019.. *Resid Pediatr.* 2021;11(1):1-6 doi: 10.25060/residpediatr-2021.v11n1-528
10. Andreola, GM, Giraldi, S, Carvalho, VO, Schmitt, MC. PERFIL DAS DERMATOSSES EM UMA CLÍNICA DE ESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS NO SUL DO BRASIL: profile of skin diseases in a specialties pediatric clinical in southern brazil. *Jornal Paranaense de Pediatria.* 2016;17(1);4-8. [http://www.spp.org.br/wp-content/uploads/2016/09/JPP\\_MAR%C3%87O\\_2016\\_site.pdf](http://www.spp.org.br/wp-content/uploads/2016/09/JPP_MAR%C3%87O_2016_site.pdf). Acesso em: 22 out. 2021.
11. Schmeller, W., & Dzikus, A. Skin diseases in children in rural Kenya: long-term results of a dermatology project within the primary health care system. *British Journal of Dermatology.* 2001;144(1), 118–124. doi:10.1111/j.1365-2133.2001.03962.x

**Tabela 1.** Perfil Clínico-Epidemiológico das dermatoses infantis em Guarapuava

| <b>Variável</b>                           | <b>N</b> | <b>(%)</b> |
|---|----------|------------|
| <b>Idade</b>                              |          |            |
| 0   | 166      | 36,3       |
| 1   | 184      | 40,3       |
| 2   | 107      | 23,4       |
| <b>Sexo</b>                               |          |            |
| Feminino                                  | 181      | 48,3       |
| Masculino                                 | 194      | 51,7       |
| <b>Procedência</b>                        |          |            |
| Rural                                     | 42       | 11,2       |
| Urbano                                    | 333      | 88,8       |
| <b>Estação do Ano do Diagnóstico</b>      |          |            |
| Primavera                                 | 122      | 26,7       |
| Outono                                    | 93       | 20,4       |
| Verão                                     | 154      | 33,7       |
| Inverno                                   | 88       | 19,3       |
| <b>Encaminhamentos para Especialidade</b> |          |            |
| Sim                                       | 203      | 44,4       |
| Não                                       | 254      | 55,6       |

**Tabela 2.** Resolução dos atendimentos

|  | <b>N</b> | <b>(%)</b> |
|--|----------|------------|
| <b>Resolução em Atendimento Primário</b>                   |          |            |
| Sim  | 254      | 55,6       |
| Não  | 203      | 44,4       |
| <b>Atendimentos não resolutivos</b>                        |          |            |
| Clínica Médica (UPA)                                       | 173      | 37,4       |
| Dermatologia/Pediatria                                     | 30       | 7          |
| <b>Dermatoses encaminhadas a Dermatologia/Pediatria</b>    |          |            |
| Dermatite Atópica  | 11       | 2,4        |
| Dermatite das fraldas                                      | 3        | 0,6        |
| Outras dermatites  | 3        | 0,6        |
| Eritema polimorfo  | 2        | 0,4        |
| Líquen simples crônico                                     | 2        | 0,4        |
| Urticária  | 2        | 0,4        |
| Outras afecções de pele e tecido subcutâneo                | 2        | 0,4        |
| Impetigo   | 1        | 0,2        |
| Transtorno da pigmentação                                  | 1        | 0,2        |
| Síndrome da pele escaldada                                 | 1        | 0,2        |
| Linfadenite  | 1        | 0,2        |
| Outras formas não cicatriciais da perda de cabelo ou pelos | 1        | 0,2        |

**Tabela 3.** Prevalência dos grupos de dermatoses em Guarapuava

|  | <b>N</b> | <b>(%)</b> |
|--|----------|------------|
| Erupções Eczematosas   | 191      | 41,8       |
| Síndromes de Hipersensibilidade  | 125      | 27,3       |
| Doenças Infecciosas  | 106      | 23,2       |
| Outras Afecções de pele e tecido subcutâneo                            | 13       | 2,9        |
| Afecções dos Anexos da pele  | 10       | 2,2        |
| Erupções Bolhosas  | 9        | 2,0        |
| Transtornos da Pele e do Tecido Subcutâneo relacionados com a Radiação | 3        | 0,6        |

**Tabela 4.** Dermatoses mais frequentes de acordo com os grupos nosológicos

| <b>Grupo</b>  | <b>Dermatoses mais frequentes (CID10)</b>  | <b>N (%)</b>       |
|---|--|--------------------|
| <b>Erupções Eczematosas</b>   | Dermatite das Fraldas (L22)  | 61 (13,3)          |
| <b>Síndromes de Hipersensibilidade</b>  | Urticária/Urticária Alérgica (L50.0)   | 56 (12,2)          |
| <b>Doenças Infecciosas</b>  | Outras infecções localizadas da pele e do tecido cutâneo/Piodermite (L08.0)  | 30 (6,5)           |
| <b>Outras Afecções de pele e tecido subcutâneo</b>                            | Outras afecções da pele e do tecido subcutâneo não classificadas em outra parte/Afecções da pele e do tecido subcutâneo, não especificados (L98.9)                         | 7 (1,5)            |
| <b>Afecções dos Anexos da pele</b>  | Afecções das unhas/Unha encrava (L60.0)  | 2 (0,4)<br>2 (0,4) |
|   | Afecções das Glândulas Sudoríparas Écrinas/Miliária, não especificada (L74.3)  |                    |
| <b>Erupções Bolhosas</b>  | Afecções bolhosas em doenças classificadas em outra parte (L14)  | 5 (1,1)            |
| <b>Transtornos da Pele e do Tecido Subcutâneo relacionados com a Radiação</b> | Queimadura solar/Queimadura solar de primeiro grau (L55.0)   | 1 (0,2)<br>1 (0,2) |
|   | Queimadura solar/Queimadura solar não especificada (L55.9) Outra afecção de pele e tecido subcutâneo relacionado com a radiação/Eritema devido ao calor ou ao fogo (L59.0) | 1 (0,2)            |

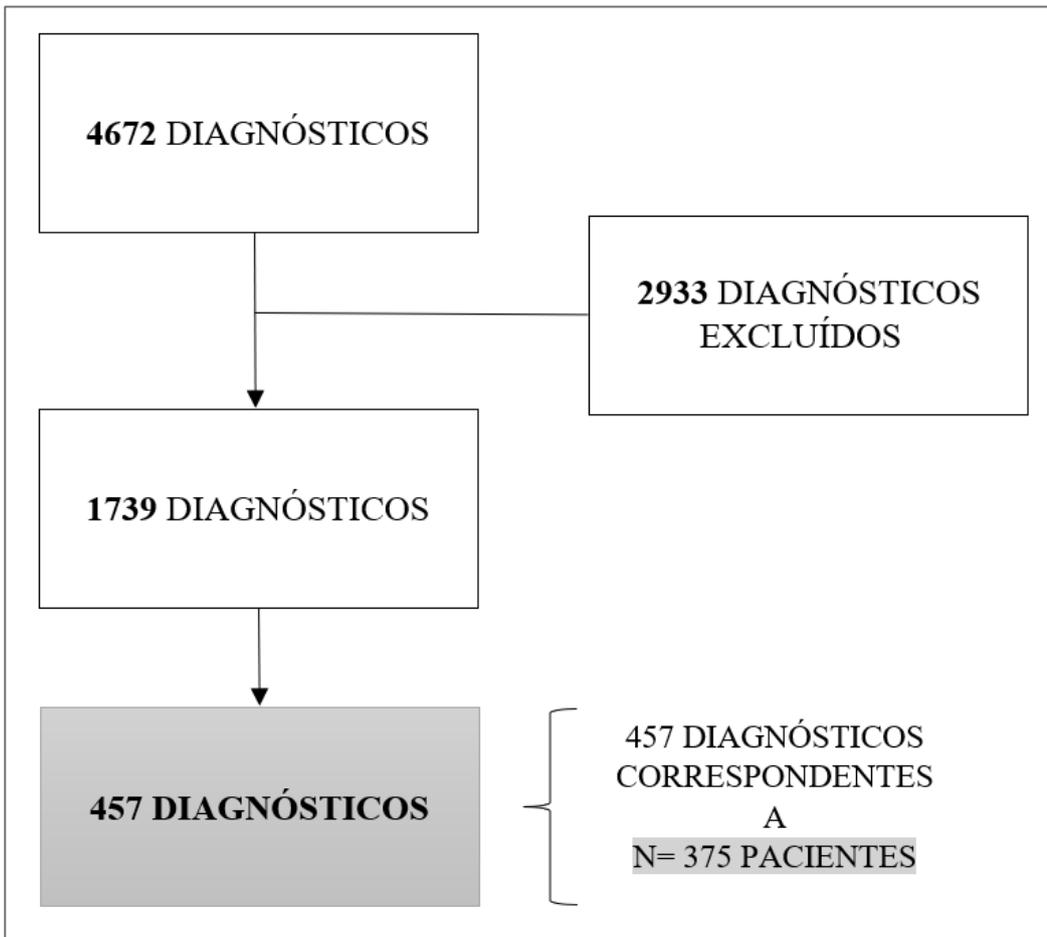
**Tabela 5.** Características demográficas de acordo com grupo das dermatoses

|  | Erupções<br>Eczematosas | Síndromes<br>de<br>Hipersensibilidade | Doenças<br>de<br>Infecciosas | Afecções<br>dos<br>Anexos<br>da pele | Erupções<br>Bolhosas | Transtornos<br>da pele e<br>Tecido<br>Subcutâneo<br>relacionados<br>com a<br>radiação | Outras<br>Afecções<br>dos<br>Anexos<br>da pele | p-valor   |
|--|-------------------------|---------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|----------------------|---|--|-----------|
|  | N (%)                   | N (%)                                 | N (%)                        | N (%)                                | N (%)                | N (%)   | N (%)  |           |
| <b>Idade</b>                                 |                         |                                       |                              |                                      |                      |   |  |           |
| 0  | 87 (19)                 | 43 (9,4)                              | 21 (4,6)                     | 4 (0,9)                              | 4 (0,9)              | 2 (0,4)   | 5 (1,1)  |           |
| 1  | 68 (14,9)               | 51 (11,2)                             | 52 (11,4)                    | 6 (1,3)                              | 3 (0,6)              | 0 (0)   | 4 (0,9)  | 0,289*    |
| 2  | 36 (7,9)                | 31 (6,8)                              | 33 (7,2)                     | 0 (0)                                | 2 (0,4)              | 1 (0,2)   | 4 (0,9)  |           |
| <b>Sexo</b>                                  |                         |                                       |                              |                                      |                      |   |  |           |
| Feminino                                     | 102 (22,3)              | 52 (11,4)                             | 45 (9,9)                     | 6 (1,3)                              | 4 (0,9)              | 2 (0,4)   | 4 (0,9)  |           |
| Masculino                                    | 89 (19,5)               | 73 (16)                               | 61 (13,3)                    | 4 (0,9)                              | 5 (1,1)              | 1 (0,2)   | 9 (1,9)  | 0,219**   |
| <b>Procedência</b>                           |                         |                                       |                              |                                      |                      |   |  |           |
| Rural  | 24 (5,3)                | 14 (3)                                | 93 (20,3)                    | 2 (0,4)                              | 1 (0,2)              | 0 (0)   | 2 (0,2)  |           |
| Urbana                                       | 167 (36,6)              | 111 (24,3)                            | 13 (2,9)                     | 8 (1,8)                              | 8 (1,8)              | 3 (0,6)   | 11 (2,4)                                       | <0,0001** |
| <b>Estação do<br/>Ano do<br/>Diagnóstico</b> |                         |                                       |                              |                                      |                      |   |  |           |
| Primavera                                    | 51 (11,2)               | 34 (7,4)                              | 23 (5)                       | 6 (1,3)                              | 4 (0,9)              | 2 (0,4)   | 2 (0,4)  |           |
| Outono                                       | 45 (9,9)                | 19 (4,2)                              | 25 (5,4)                     | 0 (0)                                | 0 (0)                | 0 (0)   | 4 (0,9)  | 0,165**   |
| Verão  | 60 (13,2)               | 44 (9,6)                              | 40 (8,8)                     | 3 (0,6)                              | 4 (0,9)              | 1 (0,2)   | 2 (0,4)  |           |
| Inverno                                      | 35 (7,7)                | 28 (6,2)                              | 18 (3,9)                     | 1 (0,2)                              | 1 (0,9)              | 0 (0)   | 5 (1,1)  |           |

\*

\*ANOVA e pós-teste de Tukey; \*\* Teste de Qui-Quadrado e Teste Exato de Fisher.

**Figura 1-** Fluxograma de seleção dos prontuários



## **Instruções aos autores**

### **Informações sobre o Jornal Paranaense de Pediatria**

#### **Periódico da Sociedade Paranaense de Pediatria**

versão impressa ISSN 1676-0166

O Jornal Paranaense de Pediatria é uma revista eletrônica quadrimestral de fluxo contínuo da Sociedade Paranaense de Pediatria, publicada em português e destinada a publicar artigos sobre temas relacionados a Saúde da Criança e do Adolescente.

Serão aceitos artigos originais, artigos de revisão e relatos de casos enviados espontaneamente pela comunidade científica ou por solicitação dos editores, contendo temas relacionados à saúde da criança e do adolescente, previamente aprovados por Comitê de Ética. Todos os artigos aceitos, serão publicados em português, em HTML e em PDF. Os artigos terão acesso aberto no endereço eletrônico [www.jornaldepediatria.org.br](http://www.jornaldepediatria.org.br)

Todas as submissões serão revisadas pelo corpo editorial de forma cega. O corpo editorial será renovado a cada 2 anos em reuniões do comitê de política editorial por meio de votação.

#### **Processo de revisão (Peer review)**

Os artigos publicados pelo Jornal Paranaense de Pediatria são submetidos a uma revisão por especialistas (peer review). Os artigos submetidos para publicação são encaminhados aos editores, responsáveis pela revisão inicial dos padrões mínimos e atendimento das normas de exigência do Jornal Paranaense de Pediatria. Posteriormente, os artigos são revisados por especialistas na área específica do tema do manuscrito. Os revisores são selecionados do cadastro de revisores do Jornal Paranaense de Pediatria. As revisões serão realizadas de forma cega e por revisores de instituições diferentes daquela de origem do manuscrito submetido. Com base no parecer dos revisores o Conselho Editorial pode decidir por aceitar o artigo sem modificações, recusá-lo ou devolver aos autores para modificações sugeridas. Poderão ser necessárias várias revisões até que um artigo seja aceito ou recusado e o Conselho Editorial detém o poder da decisão final.

#### **O JPP classifica os artigos nas seguintes categorias:**

**Artigos Originais:** artigos resultantes de pesquisa experimental ou clínica, estudos controlados e randomizados, estudos de testes diagnósticos e de triagem e outros estudos descritivos e de intervenção. O texto deve ter no máximo 3.000 palavras, excluindo tabelas e referências; as referências bibliográficas devem ser atuais e o número de referências não deve exceder 30.

#### **Diretrizes para a Preparação do Original - Jornal Paranaense de Pediatria**

O Jornal Paranaense de Pediatria apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde - OMS (<http://www.who.int/ictrp/en/>) e do *International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE* (<http://www.wame.org/wamestmt.htm#trialreg> e [http://www.icmje.org/clin\\_trialup.htm](http://www.icmje.org/clin_trialup.htm)), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, seguindo as orientações da BIREME/OPAS/OMS para a indexação de periódicos na LILACS e SciELO, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos, validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE: <http://www.icmje.org/about-icmje/faqs/clinical-trials-registration/>. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

Artigos submetidos ao Jornal Paranaense de Pediatria devem adotar diretrizes e guias internacionais para apresentação de resultados de pesquisa clínica para cada tipo de estudo, conforme recomendação da rede EQUATOR (*Enhancing the QUALity and Transparency Of health Research*) e pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS).

· **Estudos observacionais em epidemiologia - STROBE** - <https://strobe-statement.org/index.php?id=strobe-home>

STROBE Statement—checklist of items that should be included in reports of observational studies

|                              | Item No | Recommendation   |
|------------------------------|---------|--|
| <b>Title and abstract</b>    | 1       | (a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract<br><br>(b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found  |
| <b>Introduction</b>          |         |  |
| Background/rationale         | 2       | Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported   |
| Objectives                   | 3       | State specific objectives, including any prespecified hypotheses   |
| <b>Methods</b>               |         |  |
| Study design                 | 4       | Present key elements of study design early in the paper  |
| Setting                      | 5       | Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection  |
| Participants                 | 6       | (a) <i>Cohort study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants. Describe methods of follow-up<br><br><i>Case-control study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of case ascertainment and control selection. Give the rationale for the choice of cases and controls<br><br><i>Cross-sectional study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants<br><br>(b) <i>Cohort study</i> —For matched studies, give matching criteria and number of exposed and unexposed<br><br><i>Case-control study</i> —For matched studies, give matching criteria and the number of controls per case |
| Variables                    | 7       | Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable   |
| Data sources/<br>measurement | 8*      | For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group   |
| Bias                         | 9       | Describe any efforts to address potential sources of bias  |
| Study size                   | 10      | Explain how the study size was arrived at  |

|                        |     |   |
|------------------------|-----|---|
| Quantitative variables | 11  | Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why  |
| Statistical methods    | 12  | (a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding   |
|                        |     | (b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions   |
|                        |     | (c) Explain how missing data were addressed   |
|                        |     | (d) <i>Cohort study</i> —If applicable, explain how loss to follow-up was addressed<br><i>Case-control study</i> —If applicable, explain how matching of cases and controls was addressed<br><i>Cross-sectional study</i> —If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy |
|                        |     | (e) Describe any sensitivity analyses   |
| Participants           | 13* | (a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed   |
|                        |     | (b) Give reasons for non-participation at each stage  |
|                        |     | (c) Consider use of a flow diagram  |
| Descriptive data       | 14* | (a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders  |
|                        |     | (b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest   |
|                        |     | (c) <i>Cohort study</i> —Summarise follow-up time (eg, average and total amount)  |
| Outcome data           | 15* | <i>Cohort study</i> —Report numbers of outcome events or summary measures over time   |
|                        |     | <i>Case-control study</i> —Report numbers in each exposure category, or summary measures of exposure  |
|                        |     | <i>Cross-sectional study</i> —Report numbers of outcome events or summary measures  |
| Main results           | 16  | (a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included  |
|                        |     | (b) Report category boundaries when continuous variables were categorized   |
|                        |     | (c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period  |
| Other analyses         | 17  | Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses  |
| <b>Discussion</b>      |     |   |
| Key results            | 18  | Summarise key results with reference to study objectives  |
| Limitations            | 19  | Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias  |
| Interpretation         | 20  | Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence  |

Generalisability 21 Discuss the generalisability (external validity) of the study results

---

### Other information

---

Funding 22 Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based

\*Give information separately for cases and controls in case-control studies and, if applicable, for exposed and unexposed groups in cohort and cross-sectional studies.

**Note:** An Explanation and Elaboration article discusses each checklist item and gives methodological background and published examples of transparent reporting. The STROBE checklist is best used in conjunction with this article (freely available on the Web sites of PLoS Medicine at <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine at <http://www.annals.org/>, and Epidemiology at <http://www.epidem.com/>). Information on the STROBE Initiative is available at [www.strobe-statement.org](http://www.strobe-statement.org).

### Orientações gerais

O manuscrito original – incluindo tabelas, ilustrações e referências bibliográficas – deve estar em conformidade com os “Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas”, publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas.

Cada seção deve ser iniciada em nova página, na seguinte ordem: página de rosto, resumo em português, abstract, texto, agradecimentos, referências bibliográficas, tabelas (cada tabela completa, com título e notas de rodapé, em página separada), figuras (cada figura completa, com título e notas de rodapé em página separada) e legendas das figuras.

O texto deve ser digitado no processador de texto Microsoft Word® em letra Times New Roman tamanho 11, margens de 20 mm em cada borda e espaço duplo em todas as sessões. A seguir, as principais orientações sobre cada seção:

#### Página de rosto

Título em português

Título em inglês

Autores e suas afiliações institucionais

Registro dos autores em bases de identificadores digitais (ORCID, ResearcherID).

Identificação de fontes de financiamento

Declaração de conflitos de interesse para todos os autores

Parecer de Comitê de Ética reconhecido pelo Conselho Nacional de Saúde (exigido para todos os Artigos Originais e Relatos de Casos).

#### Instruções para o Resumo

**Artigos Originais:** resumo de no máximo 250 palavras ou 1.400 caracteres.

O resumo deve ter no máximo 250 palavras ou 1.400 caracteres, evitar o uso de abreviaturas. Todas as informações que aparecem no resumo devem aparecer também no artigo. Abreviaturas devem ser evitadas, pois prejudicam a leitura confortável do texto. Quando usadas, devem ser definidas ao serem mencionadas pela primeira vez. Jamais devem aparecer no título e nos resumos

Após o resumo e após o abstract, devem constar 3 a 6 descritores respectivamente em português e em inglês, conforme os DeCS - Descritores em Ciências da Saúde (<http://decs.bvs.br>).

O resumo deve ser estruturado conforme descrito a seguir:

- **Resumo de artigo original**

- **Objetivos:** informar por que o estudo foi iniciado e quais foram as hipóteses iniciais, se houve alguma. Definir precisamente qual foi o objetivo principal e informar somente os objetivos secundários mais relevantes.
- **Métodos:** informar sobre o delineamento do estudo (definir, se pertinente, se o estudo é randomizado, cego, prospectivo, etc.), o contexto ou local (definir, se pertinente, o nível de atendimento, se primário, secundário ou terciário, clínica privada, institucional, etc.), os pacientes ou participantes (definir critérios de seleção, número de casos no início e fim do estudo, etc.), as intervenções (descrever as características essenciais, incluindo métodos e duração) e os critérios de mensuração do desfecho.
- **Resultados:** informar os principais dados, intervalos de confiança e significância estatística.
- **Conclusões:** apresentar apenas aquelas apoiadas pelos dados do estudo e que contemplem os objetivos, bem como sua aplicação prática, dando ênfase igual a achados positivos e negativos que tenham méritos científicos similares.

### Instruções para o Texto Principal

**Texto de artigos originais** deve conter as seguintes seções, cada uma com seu respectivo subtítulo:

1. **Introdução:** sucinta, citando apenas referências estritamente pertinentes para mostrar a importância do tema e justificar o trabalho. Ao final da introdução, os objetivos do estudo devem ser claramente descritos.
2. **Métodos:** descrever a população estudada, a amostra e os critérios de seleção; definir claramente as variáveis e detalhar a análise estatística; incluir referências padronizadas sobre os métodos estatísticos e informação de eventuais programas de computação. Procedimentos, produtos e equipamentos utilizados devem ser descritos com detalhes suficientes para permitir a reprodução do estudo. É obrigatória a inclusão de declaração de que todos os procedimentos tenham sido aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição a que se vinculam os autores ou, na falta deste, por um outro comitê de ética em pesquisa indicado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde.
3. **Resultados:** devem ser apresentados de maneira clara, objetiva e em sequência lógica. As informações contidas em tabelas ou figuras não devem ser repetidas no texto. Usar gráficos em vez de tabelas com um número muito grande de dados.
4. **Discussão:** deve interpretar os resultados e compará-los com os dados já descritos na literatura, enfatizando os aspectos novos e importantes do estudo. Discutir as implicações dos achados e suas limitações, bem como a necessidade de pesquisas adicionais. As conclusões devem ser apresentadas no final da discussão, levando em consideração os objetivos do trabalho. Relacionar as conclusões aos objetivos iniciais do estudo, evitando assertivas não apoiadas pelos achados e dando ênfase igual a achados positivos e negativos que tenham méritos científicos similares. Incluir recomendações, quando pertinentes.

### Agradecimentos

Devem ser breves e objetivos, somente a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria. Integrantes da lista de agradecimento devem dar sua autorização por escrito para a divulgação de seus nomes, uma vez que os leitores podem supor seu endosso às conclusões do estudo.

### Referências bibliográficas

As referências bibliográficas devem ser atualizadas no tema em estudo, numeradas e ordenadas segundo a ordem de aparecimento no texto, **no qual devem ser identificadas pelos algarismos arábicos respectivos sobrescritos**. Para listar as referências, não utilize o recurso de notas de fim ou notas de rodapé do Word. As referências devem ser formatadas no estilo Vancouver, de acordo com os exemplos listados a seguir:

1. **Artigo** **padrão**  
Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med.* 2002;347:284-7. **Se houver mais de 6 autores**, cite os seis primeiros nomes seguidos de “et al”.
2. **Livro**  
Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. *Medical microbiology.* 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.
3. **Capítulo** **de** **livro**  
Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editores. *The genetic basis of human cancer.* New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.
4. **Teses** **e** **dissertações**  
Borkowski MM. *Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [dissertação].* Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.
5. **Trabalho apresentado em congresso ou similar (publicado)** Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza’s computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editores. *Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland.* Berlin: Springer; 2002. p. 182-91.
6. **Artigo de revista eletrônica** Zimmerman RK, Wolfe RM, Fox DE, Fox JR, Nowalk MP, Troy JA et al. Vaccine criticism on the World Wide Web. *J Med Internet Res.* 2005;7(2):e17. <http://www.jmir.org/2005/2/e17/>. Acesso: 17/12/2005.
7. **Materiais da Internet**
  1. **Artigo publicado na Internet**  
Wantland DJ, Portillo CJ, Holzemer WL, Slaughter R, McGhee EM. The effectiveness of web-based vs. non-web-based interventions: a meta-analysis of behavioral change outcomes. *J Med Internet Res.* 2004;6(4):e40. <http://www.jmir.org/2004/4/e40>. Acesso: 29/11/2004.
  2. **Site**  
Cancer-Pain.org [site na Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01. <http://www.cancer-pain.org/>. Acesso: 9/07/2002.
  3. **Banco de dados na Internet**  
Who’s certified [banco de dados na Internet]. Evanston (IL): The American Board of Medical Specialists. c2000. <http://www.abms.org/newsearch.asp>. Acesso: 8/03/2001.
  4. **Obs.:** uma lista completa de exemplos de citações bibliográficas pode ser encontrada na Internet, em <http://www.icmje.org/> ou [http://www.jped.com.br/port/normas/normas\\_07.asp](http://www.jped.com.br/port/normas/normas_07.asp). Artigos aceitos para publicação, mas ainda não publicados, podem ser citados desde que indicando a revista e que estão “no prelo”. Observações não publicadas e comunicações pessoais não podem ser citadas como referências; se for imprescindível a inclusão de informações dessa natureza no artigo, elas devem ser seguidas pela frase “observação não publicada” ou “comunicação pessoal” entre parênteses no corpo do artigo. Os títulos dos periódicos devem ser abreviados conforme recomenda o Index Medicus; uma lista com suas respectivas abreviaturas pode ser obtida através da publicação da NLM “List of Serials Indexed for Online Users”, disponível no endereço <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lsiou.html>. Para informações mais detalhadas, consulte os “Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas”. Este documento está disponível em <http://www.icmje.org/> ou [http://www.jped.com.br/port/normas/normas\\_07.asp](http://www.jped.com.br/port/normas/normas_07.asp).

## Tabelas

Cada tabela deve ser apresentada em folha separada, numerada na ordem de aparecimento no texto, e conter um título sucinto, porém explicativo. Todas as explicações devem ser apresentadas em notas de rodapé e não no título, identificadas pelos seguintes símbolos, nesta seqüência: \*, †, ‡, §, ||, ¶, \*\*, ††, ‡‡. Não sublinhar ou desenhar linhas dentro das tabelas, não usar espaços para separar colunas. Não usar espaço em qualquer lado do símbolo±.

## Figuras (fotografias, desenhos, gráficos)

Todas as figuras devem ser numeradas na ordem de aparecimento no texto. Todas as explicações devem ser apresentadas nas legendas, inclusive acerca das abreviaturas utilizadas na tabela. Figuras reproduzidas de outras fontes já publicadas devem indicar esta condição na legenda, assim como devem ser acompanhadas por uma carta de permissão do detentor dos direitos. Fotos não devem permitir a identificação do paciente; tarjas cobrindo os olhos podem não constituir proteção adequada. Caso exista a possibilidade de identificação, é obrigatória a inclusão de documento escrito fornecendo consentimento livre e esclarecido para a publicação. Microfotografias devem apresentar escalas internas e setas que contrastem com o fundo.

As ilustrações são aceitas em cores para publicação no site. Contudo, todas as figuras serão vertidas para o preto-e-branco na versão impressa. Caso os autores julguem essencial que uma determinada imagem seja colorida mesmo na versão impressa, solicita-se um contato especial com os editores. Imagens geradas em computador, como gráficos, devem ser anexadas sob a forma de arquivos nos formatos .jpg, .gif ou .tif, com resolução mínima de 300 dpi, para possibilitar uma impressão nítida; na versão eletrônica, a resolução será ajustada para 72 dpi. Gráficos devem ser apresentados somente em duas dimensões, em qualquer circunstância. Desenhos, fotografias ou quaisquer ilustrações que tenham sido digitalizadas por escaneamento podem não apresentar grau de resolução adequado para a versão impressa da revista; assim, é preferível que sejam enviadas em versão impressa original (qualidade profissional, a nanquim ou impressora com resolução gráfica superior a 300 dpi). Nesses casos, no verso de cada figura deve ser colada uma etiqueta com o seu número, o nome do primeiro autor e uma seta indicando o lado para cima.

### **Legendas das figuras**

Devem ser apresentadas em página própria, devidamente identificadas com os respectivos números.

### **Referências:**

1. International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. Updated 2020. <http://www.icmje.org/>. Acesso: 08/2020.
2. BIREME - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. DeCS - Descritores em ciências da saúde. <http://decs.bvs.br>. Acesso: 23/10/2018.
3. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no. 466 de 12/12/2012 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. DOU 2013 Jun 13; no. 201, seção 1:59.
4. Critérios de Seleção e Permanência de Periódicos LILACS. <http://red.bvsalud.org/lilacs/pt/selecao-de-periodicos/criterios-de-selecao-e-permanencia-de-periodicos/>. Acesso: 08/2020.

### TERMO DE ACEITE DO PROFESSOR ORIENTADOR

Eu,

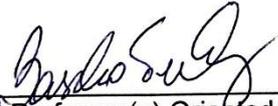
Professor Basílio Techy, do Curso de Medicina, do Centro Universitário Campo Real, aceito orientar a acadêmica Julia Hasegawa, durante o processo de elaboração do Projeto de Pesquisa e do Trabalho de Conclusão de Curso provisoriamente intitulado Perfil Epidemiológico das dermatoses na população pediátrica no município de Guarapuava-PR.

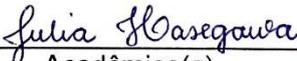
Declaro ter conhecimento das normas de realização de trabalhos científicos vigentes, de acordo com o manual de normalização da IES.

Estou ciente da necessidade de minha participação na banca examinadora por ocasião da defesa do trabalho, bem como verificar as alterações determinadas pela banca examinadora antes do depósito final.

Guarapuava, 29 de setembro de 2020.

Assinaturas:

  
\_\_\_\_\_  
Professor(a) Orientador(a)

  
\_\_\_\_\_  
Acadêmico(a)

\_\_\_\_\_  
Central de Estágio e TCC – CCET

\_\_\_\_\_  
Coordenador (a) do Curso