

**DERMATITE ATÓPICA
GRAVE NA INFÂNCIA E
VULNERABILIDADE SOCIAL:
CONTRIBUIÇÃO DO
SERVIÇO SOCIAL NA
GARANTIA DO DIREITO À
SAÚDE - RELATO DE CASO**

**SEVERE CHILDHOOD ATOPIC DERMATITIS AND SOCIAL VULNERABILITY:
THE CONTRIBUTION OF SOCIAL WORK TO GUARANTEEING THE RIGHT TO
HEALTH – A CASE REPORT**

Ciências da Saúde • 10/09/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/788923909](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/788923909)

Solange Gezielle dos Santos Coning¹

Iuri Camargo Nunes²

Geovanna Morgado de Oliveira³

Vânia Oliveira de Carvalho⁴

RESUMO

A dermatite atópica (DA) é uma doença inflamatória crônica e recidivante, frequentemente iniciada na infância, que pode comprometer a qualidade de vida da criança e da família. O objetivo é descrever o acompanhamento longitudinal de uma criança com DA grave, destacando barreiras sociais e econômicas relacionadas à continuidade do tratamento e a contribuição do Serviço Social na articulação da rede de proteção e garantia do direito à saúde. Relato de caso de criança acompanhada dos quatro meses aos 11 anos em serviço pediátrico de hospital universitário. Foram analisados dados clínicos e sociodemográficos registrados durante o acompanhamento, incluindo gravidade da doença, tratamentos realizados, hospitalizações e intervenções do Serviço Social. A criança apresentou DA grave, exacerbações recorrentes, infecções cutâneas secundárias e oito hospitalizações ao longo de dez anos. Foram utilizadas tratamentos sistêmicos, terapias tópicas, fototerapia e, posteriormente, dupilumabe, com importante melhora clínica. O mapeamento sociodemográfico identificou família monoparental, renda mensal de R\$ 2.000,00, gasto aproximado de R\$ 300,00 mensais com o tratamento, rede de apoio limitada e dificuldades de acesso a medicamentos, hidratantes e transporte. O Serviço Social articulou a rede de proteção, o Conselho Tutelar e a Secretaria Municipal de Saúde, possibilitando acesso a medicamentos, hidratantes e transporte para consultas e fototerapia. O caso evidencia que o cuidado da criança com DA grave ultrapassa a dimensão clínica. A atuação do Serviço Social contribuiu para identificar barreiras sociais, articular recursos e favorecer a continuidade do tratamento, fortalecendo a integralidade do cuidado e a garantia do direito à saúde.

Palavras-chave: Dermatite atópica; Serviço Social; Saúde da criança; Determinantes sociais da saúde; Direito à saúde.

ABSTRACT

Atopic dermatitis (AD) is a chronic, relapsing inflammatory disease that often begins in childhood and can compromise the quality of life of both the child and the family. This study aims to describe the longitudinal follow-up of a child with severe AD, highlighting social and economic barriers to treatment continuity and the role of Social Services in coordinating the protection network and ensuring the right to health. This is a case report of a child monitored from the age of four months to 11 years at a university hospital pediatric service. Clinical and sociodemographic data recorded during the follow-up period were analyzed, including disease severity, treatments administered, hospitalizations, and Social Service interventions. The child presented with severe AD, recurrent flare-ups, secondary skin infections, and eight hospitalizations over the course of ten years. Treatments included systemic therapies, topical therapies, phototherapy, and subsequently dupilumab, resulting in significant clinical improvement. Sociodemographic assessment revealed a single-parent household, a monthly income of R\$ 2,000.00, treatment costs of approximately R\$ 300.00 per month, a limited support network, and difficulties accessing medications, moisturizers, and transportation. Social Services coordinated the protection network, the Guardianship Council, and the Municipal Health Department, facilitating access to medications, moisturizers, and transportation for medical appointments and phototherapy. The case demonstrates that caring for a child with severe AD extends beyond the clinical dimension. The involvement of Social Services helped identify social barriers, mobilize resources, and support treatment continuity, thereby strengthening comprehensive care and the guarantee of the right to health.

Keywords: Atopic dermatitis; Social work; Child health; Social determinants of health; Right to health.

1. INTRODUÇÃO

A DA é uma doença inflamatória crônica, pruriginosa e recidivante da pele, de início frequente na infância e caracterizada por evolução variável e períodos de exacerbação e remissão (Chovatiya, 2023; BRASIL, 2025). A condição pode apresentar diferentes níveis de gravidade e, nos casos moderados a graves, demandar tratamento tópico associado a fototerapia ou terapias sistêmicas, de acordo com as características clínicas e a resposta individual ao tratamento (Chu et al., 2024; Saeki et al., 2025).

Além das manifestações dermatológicas, a DA pode produzir repercussões importantes sobre o sono, bem-estar psicológico, relações sociais e qualidade de vida da criança e de seus familiares. Estudos brasileiros demonstram impacto da doença sobre a qualidade de vida familiar, evidenciando que o cuidado cotidiano de uma criança com DA pode produzir sobrecarga para todo o núcleo familiar (Carvalho et al., 2017). Alterações emocionais e transtornos mentais também têm sido descritos com maior frequência em crianças e adolescentes com DA, especialmente nos quadros de maior impacto clínico (Muzzolon et al., 2021).

O tratamento da DA exige, além do acompanhamento clínico, cuidados contínuos no domicílio, incluindo hidratação da pele, utilização adequada de medicamentos tópicos, prevenção e tratamento das exacerbações e acompanhamento regular pelos serviços de saúde. Para casos moderados e graves, podem ser indicadas terapias sistêmicas e medicamentos biológicos, conforme critérios clínicos e protocolos vigentes (BRASIL, 2025; Chu et al., 2024; Saeki et al., 2025).

A efetividade do cuidado, entretanto, pode ser influenciada por condições que extrapolam a dimensão biomédica. Renda, condições de moradia, escolaridade, transporte, disponibilidade de medicamentos e insumos, acesso aos serviços e suporte familiar constituem dimensões sociais que podem interferir na possibilidade de continuidade do tratamento. Estudos sobre fatores socioeconômicos e DA pediátrica apresentam resultados heterogêneos, indicando que a relação entre condições socioeconômicas e ocorrência ou gravidade da doença é complexa e não deve ser interpretada de maneira linear ou causal (Peters et al., 2010; Silverberg; Simpson, 2014; Ponukumati et al., 2025).

Em estudo populacional realizado nos Estados Unidos, menor renda familiar, condição de família monoparental e menor escolaridade parental estiveram entre fatores associados à maior gravidade do eczema infantil, especialmente nos modelos que identificaram associação entre eczema moderado a grave e menor renda familiar (Silverberg; Simpson, 2014). Entretanto, revisão recente da literatura sobre população pediátrica identificou associações mistas entre fatores socioeconômicos e dermatite atópica, reforçando a existência de lacunas quanto à direção e aos mecanismos dessas relações (Ponukumati et al., 2025).

Assim, os determinantes sociais não devem ser considerados explicação isolada para a gravidade da doença. A DA possui natureza multifatorial, envolvendo predisposição genética, mecanismos imunológicos, alterações da barreira cutânea, fatores ambientais e diferentes características individuais. No entanto, as condições sociais podem constituir barreiras concretas ao acesso e à continuidade das estratégias terapêuticas.

No Brasil, o cuidado das pessoas com dermatite atópica no Sistema Único de Saúde (SUS) é orientado pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) vigente, que estabelece critérios diagnósticos, terapêuticos e de acompanhamento e orienta a organização dos fluxos assistenciais no sistema de saúde (BRASIL, 2025).

Nesse contexto, a integralidade do cuidado pressupõe que as necessidades de saúde sejam compreendidas considerando as condições concretas de vida dos usuários. Para crianças e adolescentes, essa perspectiva articula-se ainda ao princípio da proteção integral e à garantia dos direitos fundamentais estabelecidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990).

O Serviço Social inserido na equipe multiprofissional pode contribuir para a identificação das expressões da questão social relacionadas ao processo saúde-doença, realização de estudo social, orientação sobre direitos, articulação com políticas públicas e serviços da rede, mediação entre família e instituição e construção de estratégias para favorecer a continuidade do cuidado.

O presente relato tem como objetivo descrever o acompanhamento longitudinal de uma criança com dermatite atópica grave, enfatizando as barreiras sociais e econômicas relacionadas à continuidade do tratamento e a contribuição do Serviço Social na articulação da rede de proteção e na garantia do direito à saúde.

2. DESCRIÇÃO DO CASO

Trata-se de criança do sexo masculino, acompanhada em Serviço Ambulatorial Pediátrico de Hospital Universitário, residente em município da Região Metropolitana de Curitiba, Paraná. O

acompanhamento ocorreu dos quatro meses de idade até os 11 anos, tendo como diagnóstico principal dermatite atópica.

A doença teve início aos quatro meses de idade, com lesões pruriginosas caracterizadas por placas eritematodescamativas inicialmente localizadas no couro cabeludo e face, com piora progressiva e evolução para o tronco. Aos cinco meses de vida, apresentava escore de gravidade *Scoring Atopic Dermatitis* (SCORAD) de 61, compatível com quadro grave, além de diagnóstico de alergia à proteína do leite de vaca.

O diagnóstico de DA foi realizado pelas características clínicas e complementado aos 11 meses de idade por biópsia cutânea, que demonstrou dermatite espongiforme. Havia história familiar de doenças atópicas, com irmã diagnosticada com dermatite atópica, asma e rinite, além de mãe com psoríase.

Durante o acompanhamento longitudinal, a criança apresentou períodos de remissão intercalados com exacerbações de maior intensidade, demandando diferentes estratégias terapêuticas. Foram utilizados prednisolona, ciclosporina, metotrexato e fototerapia semanal entre novembro de 2019 e maio de 2022, com pouca resposta terapêutica registrada. Posteriormente, foi iniciado tratamento com dupilumabe, com importante resposta clínica. (Tabela 1).

Tabela 1. Medicamentos sistêmicos utilizados ao longo dos anos

Medicamento s	Período	Dose	SCORAD (mín - máx)
Prednisolona*	2014 a 2015	1mg/kg/dia	61,2 - 68

Ciclosporina	2015 a 2018	0,4ml/dia a 4mg/kd/dia	68 - 80
Metotrexato	2018 a 2022	2,5mg a 10mg	44,8 - 87,7
Dupilumabe	2023 a 2024	200mg	11,2 - 36,1

Nota: * uso intermitente por máximo de 10 dias em cada uso

Desde o diagnóstico, a criança e sua família receberam orientações quanto às medidas básicas para o controle da DA, incluindo cuidados de higiene, uso diário de hidratante corporal, roupas de algodão e utilização de corticosteroides tópicos e inibidores de calcineurina nas áreas lesionadas e durante os surtos.

Apesar das orientações e dos tratamentos instituídos, ocorreram períodos de remissão e recidiva, com manutenção de escores elevados de gravidade durante parcela importante do acompanhamento.

Os registros clínicos demonstraram SCORAD máximo de 87,7 em agosto de 2019. Entre 2019 e 2022, observou-se controle parcial da doença, permanecendo a necessidade de tratamento sistêmico. (Tabela 2).

Tabela 2. Evolução clínica e tratamentos utilizados pela criança ao longo do tempo

Consultas	SCORAD	Tratamento Sistêmico	Outros Medicamentos
13/06/2014	68,0	Prednisolona *	Dexametasona creme

04/07/2014	61,2	Prednisolona *	Cefalexina oral, Dexclorfeniramina oral
26/09/2014	58,3	Prednisolona *	Aciclovir oral, Sulfametoxazol-trimetropina, Dexclorfeniramina creme
18/06/2014	59,0	Prednisolona *	Cefalosporina oral,D exclorfeniramina oral
01/10/2014	60,1	Prednisolona *	Aciclovir, Sulfametoxazol-trimetoprina ,
20/01/2015	59,0	Prednisolona *	Mometasona creme
15/04/2015	68,0	Prednisolona *	Mometasona creme
05/08/2015	80,0	Ciclosporin ^{&}	Mometasona creme
17/12/2018	54,2	Metrotexate ^{**}	Mometasona creme
06/08/2018	77,2	Metrotexate [#]	Mometasona creme
09/05/2019	80,0	Metrotexate [#]	Azitromicina oral, Dexametasona creme, Tacrolimus creme
01/08/2019	87,7	Metrotexate [#]	Cefalexina oral, Dexametasona creme
17/10/2019	82,9	Metrotexate [#]	Betametasona creme, Dexclorfeniramina oral. Gentamicina, Prednisolona oral, Rifampicina oral,
04/02/2020	46,0	Metrotexate [#]	
25/08/2020	57,3	Metrotexate [#]	Amoxacilina, Tacrolimus creme

18/03/2021	54,0	Metrotexate [#]	Cefalexina, Tacrolimus creme
15/09/2021	44,8	Metrotexate [#]	Mometasona, Tacrolimus creme
15/02/2022	72,0	Metrotexate [#] #	Mometasona creme
09/03/2023	36,1	Dupilumabe* **	Mometasona creme
23/03/2023	24,7	Dupilumabe* **	Mometasona creme
06/04/2023	18,3	Dupilumabe* **	
20/04/2023	19,1	Dupilumabe* **	
18/05/2023	12,8	Dupilumabe* **	
15/06/2023	23,5	Dupilumabe* **	Amoxacilina, Hidrocortisona creme, Tacrolimus creme
24/08/2023	19,4	Dupilumabe* **	Mometasona creme
04/07/2023	14,1	Dupilumabe* **	Tobramicina colírio
23/11/2023	23,6	Dupilumabe* **	Hidrocortisona creme, Cetoconazol creme, Mometasona creme,
14/12/2023	20,0	Dupilumabe* **	
11/01/2024	11,2	Dupilumabe* **	Tacrolimus creme
01/02/2024	12,5	Dupilumabe* **	Mometasona creme

23/02/2024	20,1	Dupilumabe* **	Mometasona creme
22/03/2024	24,5	Dupilumabe* **	Mometasona creme
10/04/2024	22,9	Dupilumabe* **	Mometasona creme
13/05/2024	22,9	Dupilumabe* **	Mometasona creme
12/06/2024	26,2	Dupilumabe* **	Mometasona creme

Nota: *1 mg/kg/dia, ** 2,5mg semana, & 4 mg/kg/dia # 7,5 mg semana, ##10 mg/semana, ***200 mg/15 dias

Ao longo do acompanhamento, ocorreram oito hospitalizações. Conforme os registros do caso, seis foram decorrentes de infecção bacteriana associada às manifestações cutâneas, uma esteve relacionada a infecção viral e uma correspondeu à realização de biópsia cutânea. O tempo médio de hospitalização foi de $12,12 \pm 5,22$ dias, com mediana de 13,5 dias e variação de um a 19 dias. Em 87,5% das vezes, foi internado por agravo da DA e infecção bacteriana secundária por bactéria multirresistente (MRSA).

Tabela 3. Perfil dos internamentos ao longo dos anos

Ano	Período da Internação	Motivo	Lesões Cutâneas
2014	12/08 a 13/08	biópsia de pele	Dermatite Atópica
2015	19/02 a 10/03	infecção bacteriana	Eczema Impetiginizado

2015	13/06 a 25/06	infecção bacteriana	Eczema Impetiginizado
2015	06/07 a 21/07	infecção bacteriana	Eczema Impetiginizado
2016	24/12 a 06/01	infecção viral	Eczema Herpético
2016	13/06 a 28/06	infecção bacteriana	Eczema Impetiginizado
2019	13/02 a 20/02	infecção bacteriana	Eczema Impetiginizado
2019	30/10 a 13/11	infecção viral	Eczema Peri-Molusco

Fonte: dados do acompanhamento clínico

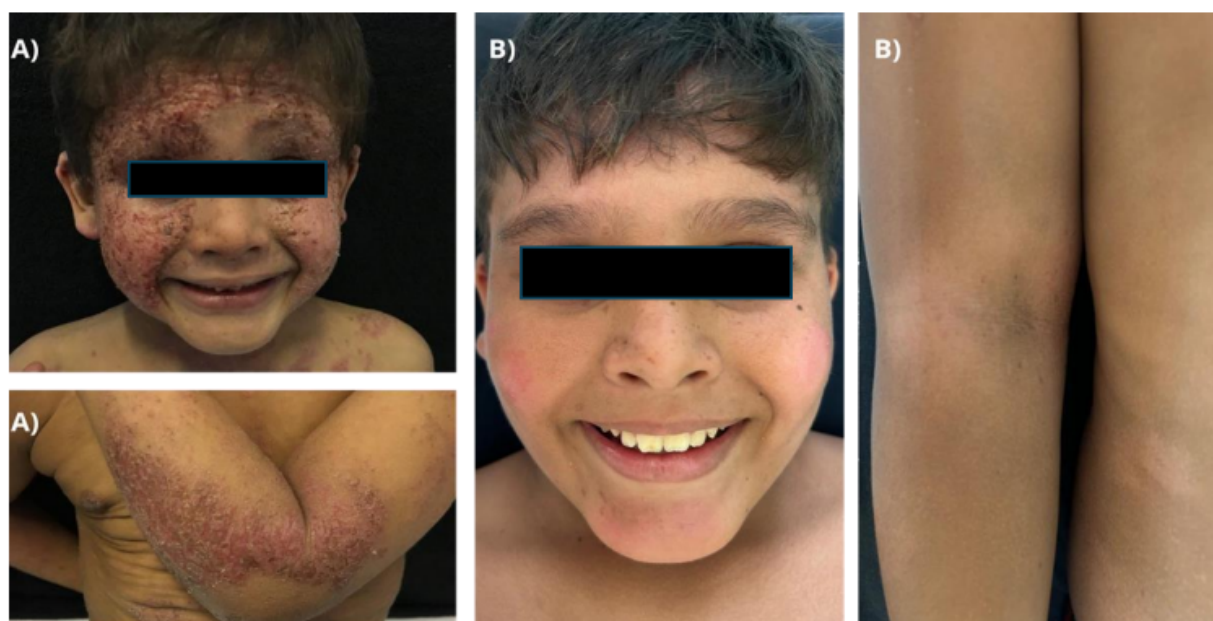
Durante o acompanhamento ocorreram outras intercorrências clínicas. Aos seis anos de idade, a mãe foi diagnosticada com tuberculose pulmonar. Em razão do uso de metotrexato pela criança, foi iniciado tratamento profilático com rifampicina, conforme registro clínico.

Em relação às ações educativas, a criança e sua família receberam orientações durante as consultas médicas e participaram de atividades educativas do Programa de Extensão Clube da Dermatite.

Em 2023, por meio de processo judicial, foi viabilizado o tratamento com dupilumabe, com primeira dose de 400 mg e doses subsequentes de 200 mg quinzenais, conforme registro do caso. Após o início da terapia, observou-se redução importante da atividade da doença e da superfície corporal acometida, de 39% para 18%.

Os registros de SCORAD demonstraram redução progressiva após o início do dupilumabe, com valores de 36,1 em março de 2023, 12,8 em maio de 2023 e 11,2 em janeiro de 2024. (Figura 1).

Imagem 1. Evolução clínica das lesões de dermatite atópica



LEGENDA: A) fotografias de face e membro superior realizada em novembro/2019 e fevereiro/2020. B) fotografias de face e membros superiores em agosto/2023, após 6 meses do início do Dupilumabe.

3. AVALIAÇÃO SOCIAL E INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

A avaliação socioeconômica realizada pelo Serviço Social identificou família monoparental, composta pela mãe e três filhos. A genitora apresentava ensino médio completo, realizava tratamento da própria saúde de doença crônica, com vínculo formal de trabalho como servente de limpeza e renda mensal de aproximadamente R\$ 2.000,00 (dois mil reais).

A família residia em casa de alvenaria alugada, composta por quatro cômodos, com energia elétrica e saneamento básico.

A avaliação social identificou utilização de serviços de saúde e da Política de Assistência Social do município, incluindo participação em programas e benefícios governamentais. Também foram identificadas fragilidades na rede de apoio familiar e social.

Em relação aos custos associados ao tratamento dermatológico, a genitora relatou gasto aproximado de R\$ 300,00 mensais. Esse valor correspondia a aproximadamente 15% da renda familiar informada.

A avaliação realizada pelo Serviço Social permitiu identificar que as dificuldades relacionadas à continuidade de determinados cuidados terapêuticos não poderiam ser compreendidas exclusivamente como negligência ou falta de adesão individual ou familiar. Havia barreiras materiais relacionadas à aquisição contínua de hidratantes, disponibilidade de medicamentos e deslocamento para consultas e sessões de fototerapia.

A partir da avaliação social, foi acionada a Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência do município de origem, com o objetivo de preservar o direito à saúde da criança e oferecer suporte e acompanhamento à família.

Em 2014, foram encaminhados pelo hospital notificação e relatórios médico e social ao Conselho Tutelar do município de origem, solicitando intervenção junto à família e ao município. Posteriormente, nos anos de 2019, 2021 e 2022, foram encaminhadas atualizações médicas aos órgãos competentes, solicitando providências relacionadas à garantia do direito à saúde e acompanhamento familiar.

A articulação realizada resultou em resposta positiva da Secretaria Municipal de Saúde, com viabilização da aquisição de alguns

medicamentos e hidratantes para o tratamento da DA, além de transporte para comparecimento ao hospital para consultas e sessões de fototerapia, mediante vale-transporte semanal para mãe e filho. Segundo os registros do caso, essas ações favoreceram a participação da mãe e a continuidade do tratamento.

A intervenção do Serviço Social envolveu, portanto, mapeamento sociodemográfico, identificação de barreiras de acesso, orientação, articulação institucional e intersetorial, acionamento da rede de proteção e atenção básica, bem como, o acompanhamento da efetivação das medidas necessárias à continuidade do cuidado.

4. DISCUSSÃO

O caso apresentado demonstra a complexidade do cuidado de uma criança com DA grave e curso prolongado. Durante dez anos de acompanhamento, foram utilizados diferentes tratamentos sistêmicos, terapias tópicas e fototerapia, além de terem ocorrido oito hospitalizações relacionadas à trajetória clínica da doença.

A DA apresenta curso crônico e recidivante e, nos quadros mais graves, pode exigir tratamentos sistêmicos e terapias avançadas. Diretrizes contemporâneas recomendam abordagem individualizada, considerando gravidade, resposta terapêutica, idade, comorbidades e características do paciente (Chu et al., 2024; Saeki et al., 2025). O PCDT brasileiro vigente estabelece parâmetros nacionais para diagnóstico, tratamento e acompanhamento da doença no SUS (BRASIL, 2025).

No presente caso, a persistência da atividade da doença apesar das diferentes estratégias terapêuticas evidencia a necessidade de compreender a trajetória para além da resposta farmacológica. O

cuidado da DA requer medidas contínuas, muitas delas realizadas no ambiente domiciliar, como hidratação da pele, aplicação de medicamentos tópicos, prevenção de exacerbações e comparecimento regular aos serviços de saúde.

As condições econômicas podem constituir barreira para a manutenção desses cuidados. No caso relatado, a família informou gasto mensal aproximado de R\$ 300,00 com o tratamento dermatológico, equivalente a 15% da renda mensal de R\$ 2.000,00.

Esse dado deve ser interpretado no contexto da composição familiar e das demais necessidades domésticas. A literatura demonstra que crianças com DA podem gerar repercussões econômicas e familiares relevantes, incluindo impactos na qualidade de vida de seus familiares e necessidade de utilização dos serviços de saúde (Carvalho et al., 2017).

A relação entre condição socioeconômica e DA, entretanto, é complexa. Estudo populacional identificou associação entre maior gravidade do eczema infantil e menor renda familiar, além de outros fatores sociais e familiares, como condição de família monoparental e menor escolaridade parental (Silverberg; Simpson, 2014). Por outro lado, estudos epidemiológicos demonstram que determinados indicadores de maior nível socioeconômico podem estar associados à ocorrência ou persistência da doença, evidenciando que os resultados não são uniformes (Peters et al., 2010).

Revisão recente sobre disparidades socioeconômicas na população pediátrica com DA também encontrou resultados mistos, com associações diferentes conforme o indicador socioeconômico analisado e o contexto populacional estudado (Ponukumati et al.,

2025). Dessa forma, não é possível estabelecer, a partir do presente relato, que a vulnerabilidade socioeconômica tenha sido causa direta da gravidade da doença. O que o caso permite demonstrar é que determinadas condições sociais constituíram barreiras concretas à continuidade do tratamento.

A dificuldade de aquisição de hidratantes, o custo dos cuidados dermatológicos e a necessidade de transporte para consultas e fototerapia representavam obstáculos objetivos para a execução do plano terapêutico. Nesse sentido, a avaliação realizada pelo Serviço Social possibilitou identificar aspectos que poderiam ser interpretados de maneira individualizante como “baixa adesão”, mas que estavam relacionados também às condições materiais de vida da família.

A literatura sobre DA pediátrica reforça a necessidade de considerar desigualdades no acesso e nos resultados do cuidado. A revisão de Ponukumati et al. (2025), embora identifique resultados heterogêneos, demonstra a existência de uma lacuna importante na compreensão de como variáveis socioeconômicas interferem nos desfechos de crianças com DA.

Outro aspecto relevante é a carga da doença para a família. O impacto da DA pode ultrapassar os sintomas cutâneos e alcançar sono, bem-estar emocional, rotina familiar e qualidade de vida (Carvalho et al., 2017; Muzzolon et al., 2021). Nesse contexto, a avaliação social contribui para compreender a família em sua realidade concreta, evitando que as dificuldades no tratamento sejam atribuídas exclusivamente à responsabilidade individual dos cuidadores.

A experiência descrita evidencia a importância do trabalho multiprofissional na atenção à criança com condição crônica. A equipe médica foi responsável pelo diagnóstico, avaliação da gravidade e condução terapêutica; as ações educativas contribuíram para a compreensão da doença e dos cuidados necessários; enquanto o Serviço Social atuou na identificação das condições sociais que interferiam no acesso e na continuidade do tratamento. Essa articulação entre diferentes saberes profissionais é fundamental para a construção da atenção integral em saúde, especialmente diante de situações que envolvem demandas clínicas e sociais complexas (CFESS, 2010; Fagundes et al., 2021).

No âmbito hospitalar pediátrico, o trabalho do/a Assistente Social contribui para dar visibilidade às condições sociais da população atendida e para incorporar ao processo de cuidado elementos que ultrapassam a dimensão estritamente clínica. Estudos sobre o trabalho coletivo em saúde destacam que a articulação entre diferentes profissões amplia a capacidade de responder às necessidades dos usuários na perspectiva da integralidade, reconhecendo as particularidades do Serviço Social na abordagem das dimensões sociais do processo saúde-doença (Fagundes et al., 2021).

Nessa perspectiva, a contribuição do Serviço Social não se confunde com a intervenção médica e tampouco pode ser relacionada diretamente à remissão clínica da DA. A melhora observada após a introdução do dupilumabe deve ser compreendida, prioritariamente, como resposta ao tratamento farmacológico, associada ao acompanhamento especializado e às demais estratégias terapêuticas adotadas. A intervenção do Serviço Social incidiu sobre outra dimensão do cuidado: as condições sociais e

institucionais necessárias para que a criança e sua família pudessem acessar os recursos de saúde e dar continuidade ao tratamento.

Essa delimitação é importante para compreender o trabalho profissional na saúde. Conforme os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, o trabalho do Assistente Social deve considerar as determinantes sociais da saúde e atuar na perspectiva da garantia de direitos, do acesso às políticas sociais e da integralidade da atenção (CFESS, 2010). Assim, a intervenção profissional não se reduz ao encaminhamento ou à concessão de recursos, mas envolve a análise da realidade social, a orientação de usuários e familiares, a articulação com serviços e políticas públicas e a construção de estratégias para enfrentamento das barreiras identificadas.

No caso relatado, a avaliação social permitiu reconhecer que dificuldades relacionadas à aquisição de medicamentos e hidratantes e ao transporte para consultas e fototerapia não poderiam ser compreendidas exclusivamente como responsabilidade individual da família. Tratava-se de barreiras materiais que repercutiam diretamente na possibilidade de continuidade do cuidado. A partir dessa análise, o Serviço Social articulou a família com diferentes atores da rede de proteção e com a Secretaria Municipal de Saúde, contribuindo para a construção de respostas às necessidades identificadas.

A atuação em rede constitui dimensão relevante do trabalho do Serviço Social na saúde, especialmente no atendimento de crianças e adolescentes. Lolis e Moreira (2017) destacam que a articulação entre serviços, órgãos e diferentes atores do Sistema de Garantia de Direitos é fundamental para a integralidade da atenção, embora

também envolva desafios relacionados à comunicação, corresponsabilização e articulação entre os diferentes setores.

Essa articulação é particularmente relevante quando se considera que o direito à saúde da criança não se limita à realização de consultas ou à emissão de prescrições. O Estatuto da Criança e do Adolescente estabelece a proteção integral e reconhece a saúde como direito fundamental da criança e do adolescente (BRASIL, 1990).

Desse modo, a intervenção social teve como finalidade favorecer as condições sociais e institucionais necessárias para que a criança e sua família pudessem acessar direitos e dar continuidade ao cuidado recomendado. Essa atuação está alinhada à perspectiva de integralidade defendida pelo Serviço Social na saúde, na qual o usuário é compreendido em sua totalidade e as necessidades sociais são incorporadas ao processo de cuidado (CFESS, 2010; Fagundes et al., 2021).

É importante destacar, portanto, que não se atribui ao Serviço Social a responsabilidade pela melhora clínica apresentada após o início do dupilumabe. Sua contribuição esteve relacionada à redução de barreiras sociais e institucionais ao cuidado, à articulação da rede de proteção e à defesa do acesso aos recursos necessários ao tratamento. Essa distinção permite evidenciar a especificidade profissional sem fragmentar o cuidado, reconhecendo que a resposta às necessidades de saúde da criança resulta da atuação articulada da equipe multiprofissional e da rede de serviços.

Esse aspecto é particularmente relevante no contexto brasileiro. O SUS dispõe atualmente de PCDT específico para DA, atualizado em

2025, que estabelece critérios de diagnóstico, tratamento e mecanismos de regulação, controle e avaliação e orienta a organização da rede assistencial (BRASIL, 2025). A atualização do protocolo ocorreu em contexto de ampliação das opções terapêuticas disponíveis no sistema, incluindo novas estratégias para o tratamento da doença (BRASIL, 2025).

No presente caso, a trajetória terapêutica antecedeu a atualização do PCDT vigente. Assim, o processo judicial registrado em 2023 para obtenção do dupilumabe deve ser compreendido no contexto histórico específico do período em que ocorreu e não deve ser analisado automaticamente à luz das regras atuais de acesso ao medicamento.

Essa distinção é importante porque políticas públicas e protocolos terapêuticos são dinâmicos. O acesso atualmente previsto pelo SUS não necessariamente corresponde às condições existentes quando a criança iniciou determinado tratamento.

A trajetória apresentada também evidencia a importância da continuidade do cuidado. A criança apresentou melhora durante períodos de hospitalização, mas a manutenção do tratamento após o retorno ao domicílio dependia de recursos materiais e logísticos. O acesso ao transporte e aos insumos básicos, portanto, representou uma dimensão relevante da continuidade assistencial.

O relato possui como uma de suas principais fortalezas o acompanhamento longitudinal de aproximadamente dez anos, com registro de diferentes modalidades terapêuticas, valores seriados de SCORAD, hospitalizações e acompanhamento e intervenções sociais.

Entre as limitações, destaca-se a impossibilidade de estabelecer causalidade entre vulnerabilidade socioeconômica e gravidade da DA. Trata-se de um único caso, com múltiplos fatores clínicos, familiares e ambientais envolvidos. Além disso, não foram utilizados instrumentos padronizados de avaliação da qualidade de vida em todos os momentos do acompanhamento, o que limita a análise objetiva dessa dimensão.

Outra limitação é a impossibilidade de separar quantitativamente o efeito de cada intervenção realizada ao longo da trajetória clínica. A melhora observada após 2023 coincide com a introdução do dupilumabe, mas o cuidado também envolveu acompanhamento especializado, educação em saúde, medidas tópicas e intervenções sociais.

Apesar dessas limitações, o caso apresenta contribuição relevante para a prática multiprofissional ao demonstrar que barreiras sociais concretas podem interferir na continuidade do tratamento de uma doença crônica e que a atuação do Serviço Social pode contribuir para identificar essas barreiras, articular recursos e favorecer a efetivação de direitos.

5. CONCLUSÃO

O presente relato evidencia que o cuidado de uma criança com DA grave e de longa duração ultrapassa o controle das manifestações cutâneas e exige abordagem integral, considerando as condições clínicas, familiares, econômicas e sociais que permeiam a trajetória da doença.

No caso apresentado, foram identificadas barreiras relacionadas ao custo do tratamento, acesso a hidratantes e medicamentos e

transporte para acompanhamento especializado. Essas condições não permitem afirmar que a vulnerabilidade social tenha causado a gravidade da doença, mas demonstram que fatores sociais interferiram concretamente nas possibilidades de continuidade do cuidado.

A atuação do Serviço Social contribuiu para identificar essas barreiras, orientar a família, articular o Conselho Tutelar, a Rede de Proteção e a Secretaria Municipal de Saúde e favorecer a disponibilização de recursos necessários ao acompanhamento e tratamento.

O caso reforça que a garantia do direito à saúde de crianças com doenças crônicas não se limita ao acesso à consulta ou à prescrição terapêutica. É necessário assegurar condições concretas para que o tratamento possa ser realizado e mantido no cotidiano familiar.

Nesse processo, o Serviço Social ocupa lugar estratégico na equipe multiprofissional, especialmente na identificação das expressões da questão social, articulação intersetorial e defesa dos direitos da criança e de sua família.

A principal contribuição deste relato está em evidenciar que a integralidade do cuidado requer a articulação entre tratamento clínico e condições sociais de acesso, continuidade e proteção, valorizando a atuação multiprofissional e a perspectiva de direitos no cuidado à criança com doença crônica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF:

Presidência da República, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde; Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. Portaria Conjunta SAES/SCTIE nº 28, de 27 de novembro de 2025. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dermatite Atópica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025.

CARVALHO, S. L. C.; BOGUCHEWSKI, A. P.; NASCIMENTO, F. L. S.; DALMAS, L. M.; CARVALHO, V. O. Impacto da dermatite atópica na qualidade de vida da família. *Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia*, v. 1, n. 3, p. 305-310, 2017. DOI: 10.5935/2526-5393.20170043.

CHOVATIYA, R. Atopic dermatitis (eczema). *JAMA*, v. 329, n. 3, p. 268, 2023.

CHU, D. K. et al. Atopic dermatitis (eczema) guidelines: 2023 American Academy of Allergy, Asthma and Immunology/American College of Allergy, Asthma & Immunology Joint Task Force on Practice Parameters GRADE- and Institute of Medicine-based recommendations. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, v. 132, n. 3, p. 274-312, 2024. DOI: 10.1016/j.anai.2023.11.009.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde. Brasília, DF: CFESS, 2010. 79 p.

FAGUNDES, A. S.; WÜNSCH, D. S. Processos de trabalho coletivo em saúde e o trabalho do/a assistente social: os fios (in)visíveis que materializam o conceito ampliado de saúde. *Serviço Social e Saúde*,

Campinas, SP, v. 19, p. e020009, 2021. DOI: [10.20396/sss.v19i0.8665367](https://doi.org/10.20396/sss.v19i0.8665367). Acesso 30 de agosto de 2026.

LOLIS, D; MOREIRA, F. S. Trabalho em rede: um olhar sobre a garantia da integralidade dos direitos da criança e do adolescente a partir da política de saúde em Curitiba-PR. *Serviço Social em Revista*, Londrina, v. 19, n. 1, p. 109-130, 2017. DOI: 10.5433/1679-4842.2016v19n1p109.

MOREIRA, H. G. Precisamos falar de determinantes sociais de saúde cardiovascular. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 120, n. 8, 2023.

MUZZOLON, M. et al. Mental disorders and atopic dermatitis in children and adolescents. *Postępy Dermatologii i Alergologii*, v. 38, n. 6, p. 1099-1104, 2021. DOI: 10.5114/ada.2021.112292.

PETERS, A. S. et al. Prediction of the incidence, recurrence, and persistence of atopic dermatitis in adolescence: a prospective cohort study. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, v. 126, n. 3, p. 590-595.e3, 2010. DOI: 10.1016/j.jaci.2010.06.020.

PONUUMATI S. H, MITTAL R, TAFUTO B. A. Impact of socioeconomic factors on pediatric atopic dermatitis population. *World J Metaanal.* 2025;13(2):105511. doi: 10.13105/wjma.v13.i2.105511. Epub 2025 Jun 18. PMID: 41809515; PMCID: PMC12970943.

SAEKI, H. et al. English version of clinical practice guidelines for the management of atopic dermatitis 2024. *The Journal of Dermatology*, 2025. DOI: 10.1111/1346-8138.17544.

SILVERBERG, J. I.; SIMPSON, E. L. Associations of childhood eczema severity: a US population-based study. *Dermatitis*, v. 25, n. 3, p. 107-

114, 2014. DOI: 10.1097/DER.0000000000000034.

TORFI, Y.; BITARAFAN, N.; RAJABI, M. Impact of socioeconomic and environmental factors on atopic eczema and allergic rhinitis: a cross-sectional study. *EXCLI Journal*, 2015. DOI: 10.17179/EXCLI2015-519.

¹ Mestranda do Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal do Paraná UFPR. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

² Médico formado na Universidade Federal do Paraná UFPR.

³ Médica formada pela Universidade Federal do Paraná UFPR.

⁴ Médica Dermatologista Pediátrica e Professora Doutora do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná UFPR.