



Revista Saúde & Ciência
(CCBS/UFCG)

Ano I, V.1, Nº 2,
Agosto / Dezembro de 2010

Recebido em: agosto/2010
Aceito em: Outubro/2010

67

URTICÁRIA: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA E ANÁLISE DE PREVALÊNCIA EM CRIANÇAS DE DOIS A DEZ ANOS DE ÁREA DE BAIXOS ÍNDICES SÓCIO-ECONÔMICOS DE CAMPINA GRANDE-PB.

Maria Teresa Nascimento Silva¹, Alexandre Magno da Nóbrega Marinho²,
Gerson Bragagnoli³, Guilherme Augusto de Andrade Lima Barbosa⁴,
Rayana Elias Maia², Ana Raquel de Andrade Lima Barbosa⁴

RESUMO

A urticária é uma erupção pruriginosa constituída por lesões efêmeras, eritemato-edematosas, circunscritas, de tamanhos variados e etiopatogenia heterogênea. Estima-se que acometa 15 a 25% da população, em algum momento da vida. Com o objetivo de verificar a prevalência da urticária relacionada a alimentos e medicamentos, realizou-se estudo retrospectivo de artigos em bases de dados e a análise de prevalência foi realizada no bairro do Pedregal, na periferia de Campina Grande-PB, uma das áreas com menores indicadores sócio-econômicos da cidade. Consistiu em um estudo transversal que abrangeu 98,87% (n = 1.582) do grupo em análise, com aplicação do questionário-padrão do *Intenational Study of Asthma and Allergies in Childhood* (ISAAC), e avaliação estatística pelo *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 10.0 for Windows. Das 1582 crianças estudadas, 16,43% (n=260) já tinham apresentado quadros de urticária. Destes, 42,69% (n=111) relataram alergia a alimentos, sendo prevalentes chocolate (16,2%; n=18), abacaxi (9,9%; n=11) e iogurte (7,2%; n=8). Já nos 66,55% (n=173) que relacionaram alergia a medicamentos, prevaleceram o uso da Dipirona (29,5%; n=51), Salbutamol (15,6%; n= 27), Amoxicilina (11,0%; n=19) e Salicilatos (4%; n=7). Como fator impactante na qualidade de vida, a urticária é um desafio para as equipes de saúde, no sentido de identificação e estabelecimento de medidas profiláticas para prevenir recidivas.

PALAVRAS-CHAVE: *Angioedema, Crianças, Alimentos, Medicamentos.*

URTICARIA: LITERATURE REVIEW AND ANALYSIS OF PREVALENCE IN CHILDREN FROM TWO TO TEN YEARS IN AREA OF LOW SOCIO-ECONOMIC INDEXES IN CAMPINA GRANDE-PB.

ABSTRACT

Urticaria is an itchy rash consisting on lesions evanescent, erythematous, edematous, circumscribed, of varying sizes and heterogeneous pathogenesis.

¹ Professora Doutora Adjunto.
Unidade Acadêmica de Ciências
Médicas. Centro de Ciências
Biológicas e da Saúde.
Universidade Federal de Campina
Grande (UACM-CCBS-UFCG). Rua
José Augusto Ribeiro, 115, apto.
601, Bela Vista. CEP: 58.428-720.
Campina Grande (PB).

E-mail: teresans@terra.com.br

² Professor Doutor Associado.
UACM-CCBS-UFCG.

³ Professor Mestre Adjunto.
Unidade Acadêmica de Ciências da
Saúde. (UACS-CCBS-UFCG).

⁴ Alunos da Graduação em
Medicina. UACM-CCBS-UFCG.

It is estimated that affects 15-25% of the population at some point in life. Aiming to determine the prevalence of urticaria related to food and drugs, a retrospective study of articles in databases was held and the analysis of prevalence was performed in the neighborhood of Pedregal, on the outskirts of Campina Grande-PB, one of the areas with lower socioeconomic indicators of the city. It consisted in a cross-sectional study, which covered 98.87% (n = 1582) in the analysis group, with application of the standard questionnaire International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC), and statistical evaluation by software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 10.0 for Windows. From the 1582 children studied, 16.43% (n = 260) had already shown pictures of hives. Of these, 42.69% (n = 111) reported allergies to foods: chocolate is prevalent (16.2%, n = 18), followed by pineapple (9.9%, n = 11) or yogurt (7.2% n = 8). Already in 66.55% (n = 173) of the cases, were related urticaria to drugs, the preponderant use of dipyrone (29.5%, n = 51), followed by salbutamol (15.6%, n = 27), amoxicillin (11.0%, n = 19) and salicylate (4%, n = 7). As a impacting factor on quality of life, urticaria is a challenge to health teams in order to predict their impact and promote preventive measures to prevent recurrences.

KEY-WORDS: *Angioedema, Children, Food, Drugs.*

INTRODUÇÃO

A urticária é uma erupção pruriginosa constituída por lesões efêmeras, eritemato-edematosas, circunscritas, de tamanhos variados e com uma etiopatogenia heterogênea (AZULAY, 2008).

Estima-se que seja uma doença que acomete 15 a 25% dos indivíduos da população em geral, em algum momento da vida (CRIADO, 1999). De forma geral, ocorre duas vezes mais em mulheres que em homens. Entre aqueles que procuram um serviço especializado de dermatologia, 1 a 4% dos doentes são acometidos de urticária, enquanto que, se somados os

atendimentos em clínicas de alergia e dermatologia, estes valores ultrapassam os 10%. Cerca de 30-35% dos doentes com urticária estão livres da doença em um ano (ABULAFIA, 2007). Dentre os pacientes com urticária, 50% apresentarão a doença por pelo menos um ano e 20% irão experimentar episódios da doença por mais de 20 anos (KANWAR, 1996), caracterizando assim, uma afecção crônica, especialmente nos casos que não são detectados e tratados precocemente. Observa-se também que quando a urticária ocorre associada ao angioedema, o prognóstico é pior, predispondo 75% destes pacientes a apresentar este quadro por um período superior a cinco anos (THARP, 1996). Embora a urticária seja comum em qualquer idade, observamos que a urticária aguda é mais freqüente em crianças e adultos jovens, enquanto que a urticária crônica ocorre, em geral, na meia idade (KANWAR, 1996).

A urticária é caracterizada pelo rápido aparecimento de urticas, as quais podem ser acompanhadas pelo angioedema (ZUBERBIER, 2001). O edema da derme superficial é denominado urticária, enquanto o edema da derme profunda, do subcutâneo e do trato gastrointestinal é chamado de angioedema (COOPER, 1991). A urtica é lesão elementar dermatológica constituída por três características típicas: (I) edema central de tamanho variado, circundado por eritema reflexo; (II) prurido associado; (III) natureza efêmera, com a pele retornando ao aspecto normal geralmente em um período que varia de uma a 24 horas (ZUBERBIER, 2001).

O angioedema é definido por: (I) edema súbito e acentuado da derme profunda e subcutâneo; (II) maior freqüência do sintoma de dor em relação ao prurido; (III) acometimento freqüente das membranas mucosas, e (IV) resolução do quadro em torno de 72 horas, de forma mais lenta em relação às urticas (ZUBERBIER, 2001).

Do ponto de vista histopatológico, observa-se edema da derme e do subcutâneo, devido ao extravasamento de plasma através dos vasos sangüíneos. Quando o edema se restringe à derme, formam-se as urticas e, quando se estende ao subcutâneo, origina o

angioedema. Essas duas condições podem ocorrer juntas ou isoladas (GRATTAN, 2001).

A urticária e o angioedema podem ser classificados sob o ponto de vista dos mecanismos etiopatogênicos em imunes e não imunes, como proposto por Grattan et al (2001). De um modo geral, há uma via de estímulo intracelular de ativação direta dos mastócitos por várias moléculas, incluindo alimentos e medicamentos, o que leva à ativação destas células, sem interação com receptores de membrana. A vasta maioria das urticárias induzidas por drogas e por alimentos é de reações não-imunes por efeito tóxico direto das moléculas nos mastócitos, e são referidas como urticárias pseudo-alérgicas. Entre as causas mais comuns de urticárias agudas estão alimentos como frutas, frutos do mar, castanhas, condimentos, chá, chocolate e produtos de laticínios; dentre os medicamentos, merecem destaque: antibióticos, ácido acetil-salicílico e anti-inflamatórios não hormonais, morfina e codeína (CRIADO, 1999).

O mecanismo etiopatológico das urticárias pseudo-alérgicas não está bem esclarecido, mas Tharp et al. (1996) sugeriram que a gastrina, um resíduo de peptídeo de 17 aminoácidos, liberada pelas células G do antro gástrico e duodeno proximal, imediatamente após a alimentação, poderia estar envolvida nas reações anafiláticas e nas urticárias relatadas após a ingestão de certos alimentos. Reforçando essa teoria encontra-se a observação de que uma correlação direta entre os sintomas clínicos com a detecção de IgE específica, a um antígeno não é sempre possível nos casos suspeitos de alergia alimentar. Esses autores demonstraram que a injeção intradérmica de gastrina ou pentagastrina provocou a liberação de mediadores dos mastócitos da pele. Sabe-se que a ingestão de proteínas provoca secreção significativamente maior da gastrina, em comparação com carboidratos e lipídeos. No mesmo trabalho, especularam que síndromes pós-prandiais de hipersensibilidade imediata-símile, tais como a anafilaxia induzida pelo exercício apenas após a alimentação, a hipotensão pós-prandial nos idosos e a urticária inexplicada após a alimentação poderiam ter como substrato a atuação da gastrina, influenciando a expressão clínica da liberação dos

mediadores dos mastócitos nesses pacientes.

Nas urticárias recorrentes e crônicas postula-se que possa estar envolvida uma intolerância à histamina, determinada pela sobrecarga de histamina contida na dieta e/ou no metabolismo anormal da histamina (deficiência da diamino-oxidase). A diamino-oxidase é a principal enzima envolvida na degradação da histamina, com atividade predominante na mucosa intestinal (LESSOF, 1990).

O álcool e alguns medicamentos (imipenem, dobutamina, pancurônio, pentamidina, verapamil, isoniazida, ácido clavulânico, diidralazina, cloroquina, acetilcisteína, metoclopramida e cefuroxime) podem diminuir a atividade dessa enzima e determinar maior sensibilidade a alimentos ricos em histamina ou alimentos geradores de histamina [peixes (atum, sardinha, anchova), queijos (parmesão, emental, Gouda), salame, linguiça, certos vegetais (tomate), vinhos e cervejas] (DIBBERN, 2004). Diversos experimentos têm demonstrado deficiência da diamino-oxidase nos enterócitos dos doentes com urticária crônica ou recorrente (LESSOF, 1990).

Outras formas de classificação da urticária e angioedema baseiam-se no espectro das manifestações clínicas dos diferentes subtipos de urticária e estão representadas no Quadro 1, (pág. 70) enquanto que no Quadro 2 temos a classificação quanto à intensidade da doença, como proposto por Zuberbier et al. (2006) em um sistema de escore simples. Avaliações clínicas sequenciais devem ser realizadas em horários estabelecidos do dia para certificar-se da acurácia do escore obtido. Em geral, urticárias grandes indicam doença mais grave e mais refratária ao tratamento. Outro aspecto relevante é a cor da urticária. As urticárias induzidas pela histamina são de cor clara, circundadas por um eritema róseo secundário à dilatação dos vasos cutâneos. As urticárias de eritema vermelho acentuado, purpúricas ou violáceas, como por exemplo, na urticária vasculite, indicam dano vascular intenso e extravasamento de plasma formando a lesão. O angioedema produz palidez cutânea e aumento de volume (ZUBERBIER, 2001).

Quadro 1: Classificação da urticária com base em sua duração, frequência e causas (ZUBERBIER et al, 2006)

TIPO DE URTICÁRIA	DURAÇÃO
Espotânea	Inferior a seis semanas
Urticaria aguda	Superior a seis semanas
Urticária crônica	Diária ou quase diariamente durante uma semana
Urticária crônica contínua	Períodos livres de sintomas variando em dias a semanas
Urticária crônica recorrente	Períodos livres de sintomas intercalados com as crises de urticária
URTICÁRIAS FÍSICAS	FATORES DESENCADEANTES
Dermografismos	Aplicação de forças mecânicas na pele (urticas surgem em 1 a 5 minutos)
Urticária de pressão tardia	Pressão vertical (urticas surgem entre três e oito horas após período de latência)
Urticária de contato ao frio	Ar frio/água/vento
Urticária de contato ao calor	Calor localizado
Urticária solar	Ultravioleta (UV) e/ou luz visível
Urticária/angioedema vibratório	Estímulos vibratórios

Quadro 2: Avaliação da intensidade da urticária (ZUBERBIER et al, 2006)

ESCORE	URTICAS	PRURIDO
0	Nenhuma	Nenhum
1	Leve (<20 urticas/4hrs)	Leve
2	Moderada (21-50 urtigas/ 24hrs)	Moderado
3	Grave (>51 urticas/24hrs ou em grandes áreas confluentes)	Intenso

Em geral, a urticária apresenta-se com lesões individuais de aspecto ora lenticular, ora numular, e frequentemente assume contornos geográficos ou mesmo lineares. As lesões variam de puntiforme até vários centímetros de diâmetro, sendo as maiores indicadoras de doença mais grave e de difícil tratamento (SAMPAIO, 1998).

O tratamento da urticária crônica é um desafio. Os anti-histamínicos são considerados drogas de primeira linha (KOZEL, 2008). Frequentemente, doses duas ou três vezes acima das recomendadas pelos fabricantes são usadas sem controle efetivo dos sintomas, sobretudo nos pacientes com urticária crônica comum e urticária de pressão tardia. Em alguns casos é necessária a introdução de corticosteróides por curto período de tempo, porém com freqüentes recidivas após a suspensão. (DIBBERN, 2004). O uso prolongado de corticóides sistêmicos não é recomendado devido ao

grande número de efeitos indesejáveis. (TFEDESCHI, 2002) A ciclosporina é alternativa em pacientes não responsivos, mas é droga de difícil manejo e seu uso a longo prazo provoca muitos efeitos adversos. Várias outras opções, como dapsona, colchicina, cloroquina, sulfassalazina e metotrexato são citadas na literatura, mas faltam estudos controlados comprovando seu valor (ZUBERBIER, 2006).

Os poucos estudos avaliando a qualidade de vida desses pacientes mostram o bem-estar afetado, tanto no desempenho de funções objetivas quanto na avaliação subjetiva do próprio paciente (ZUBERBIER, 2006). O'Donnell et al (1997) encontraram escore de estado de saúde comparável ao de doentes com coronariopatias nos portadores de urticária crônica. Em outro estudo, Baiardin et al (2003) observam que tanto o estado de saúde quanto o nível de satisfação do paciente é pior na urticária crônica em comparação a alergias respiratórias.

Alvarenga et al (2009) apontam também influência direta sobre a qualidade de vida através de alterações no humor e nos hábitos de vida, como as horas de sono e sua qualidade. Apontam ainda influência na qualidade de vida de familiares através de fatores como o ônus do manejo desses pacientes, em que os custos são comparáveis ao de doenças como psoríase e asma, sendo estimados em cerca de um bilhão anual nos Estados Unidos. Os domínios referentes ao cansaço/exaustão dos pais e às alterações do sono de outros membros da família também apontaram significativo impacto. O tratamento da urticária crônica é um desafio.

MATERIAIS E MÉTODOS

A revisão bibliográfica foi elaborada a partir de consultas nas bases de dados MEDLINE, LILACS e SciELO, em estudo retrospectivo de artigos nela publicados, abrangendo estudos acerca da prevalência, manifestação e tratamento da Urticária.

Já a análise de prevalência foi realizada no bairro do Pedregal, em Campina Grande, Paraíba, uma das áreas com um dos menores indicadores sócio-econômicos da cidade. Segundo a Secretaria Municipal de Saúde, existem 2655 famílias cadastradas pelo Programa de Saúde da Família (PSF), sendo a população estimada em 10.706 habitantes, dos quais, cerca de 14,9% ($n = 1595$) apresentem entre dois e dez anos. O presente trabalho consistiu em um estudo transversal (16 de janeiro a 19 de novembro de 2007) que abrangeu 98,87% ($n = 1.582$) do grupo em análise. A abordagem aos responsáveis pelas crianças era feita em suas residências, muitas vezes em companhia dos próprios Agentes Comunitários de Saúde, e nesta visita era aplicado questionário-padrão do *International Study of Asthma and Allergies in Childhood* (ISAAC), específico para avaliar doenças alérgicas em crianças e adolescentes. Na avaliação estatística foi utilizado o *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 10.0 for Windows. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado pelos responsáveis pelas crianças.

Para melhor análise de resultados e discussão, dividiu-se os casos de urticária naqueles que foram provocados por alimentos e nos desencadeados por medicamentos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

• 1. Urticária por Alimentos

Das 1.582 crianças estudadas, 16,43% ($n=260$) já tinham apresentado quadros de urticária. Dos 260 relatos de urticária, 42,69% ($n=111$) alegaram alergia a alimentos. Desses casos, a maior taxa de ocorrência se deu com chocolate (16,2%; $n=18$), seguido por abacaxi (9,9%; $n=11$) e iogurte (7,2%; $n=8$). Em menor proporção, foram também citados achocolatados (1,8%; $n=2$), camarão (1,8%; $n=2$), peixes (1,8%; $n=2$), laranja (1,8%; $n=2$), dentre outros.

A grande maioria, 75,67% ($n=84$), ocorreu com produtos industrializados, especialmente aqueles ricos em conservantes, como chocolates (16,2%; $n=18$), biscoitos (6,3%; $n=7$) e refrigerantes (5,4%; $n=6$), sendo que os produtos naturais representaram uma menor porcentagem do total (24,33%; $n=27$).

Chama a atenção o fato de que 16,2% ($n = 18$) desconheciam o alimento que provocara urticária, o que dificulta a prevenção de recidivas.

Qualquer tipo de alimento pode determinar manifestações alérgicas, mas, tanto o potencial alergênico intrínseco, quanto o consumo podem modificar a frequência das manifestações alérgicas nas diferentes faixas etárias ou grupos populacionais. Assim, de uma forma geral, o leite de vaca é o alimento mais associado a manifestações alérgicas em crianças, mas ocupa o quinto lugar em adultos, seguindo-se em ordem de importância aos ovos, peixes, mariscos e aipo (MONERET-VAUTRIM, 1986).

Zanussi et al (1988) demonstraram que mais de 90% das reações alérgicas comprovadas por trocas duplo-cegas, são causadas por poucos alimentos: leite, ovos, legumes, trigo e nozes, o que corrobora com o nosso estudo, em que não foram apontados casos de alergia a mais de um alimento.

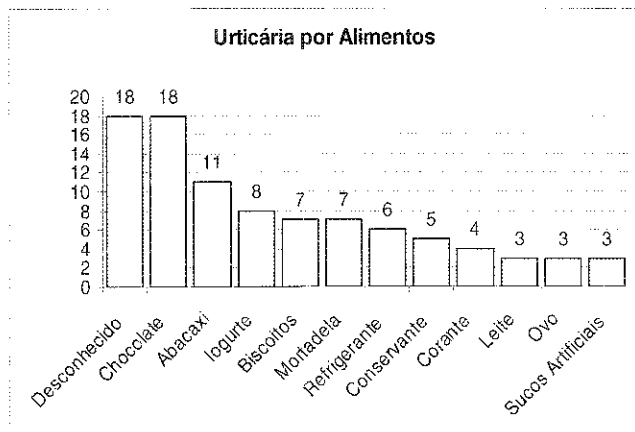


Figura 1 – Categorias mais prevalentes de urticária a alimentos em crianças de 2 a 10 anos no bairro do Pedregal, Campina Grande-PB

Crespo et al (1992) estudando 525 reações alérgicas do tipo imediato (mediadas por IgE) em 355 crianças, encontraram que 23,2% eram sensíveis ao ovo; 20,6% a peixe; 16,6% ao leite de vaca; 14,1% a frutas e 12,8% a legumes. Leite, ovos e peixe são responsáveis por 60% das manifestações alérgicas mediadas por IgE em crianças.

No trabalho de Solc et al (2007), os alimentos desencadeantes mais referidos como responsáveis pelos quadros de urticária ($n=890$) foram: leite de vaca (98,9%, $n=880$), clara de ovo (58,7%, $n=522$), amendoim (50,9%, $n=453$), peixes (49,1%, $n=437$), soja (42,2%, $n=376$), trigo (38,3%, $n=341$), chocolate (6,7%, $n=60$) e frutos do mar (4,5%, $n=40$), sendo que estes resultados divergem daqueles encontrados entre as crianças do Pedregal, em que as maiores incidências foram para chocolate (16,2%), abacaxi (9,9%) e iogurte (7,2%).

Ainda no mesmo trabalho, os aditivos alimentares foram responsabilizados por 74,8% dos casos de urticária, o que fala a favor dos nossos números, que mostram que alimentos industrializados, ricos em aditivos e conservantes, causaram 75,67% dos casos. Estes números tornam-se preocupantes quando vemos que os alimentos industrializados são os preferidos de grande parte do grupo em estudo, em substituição a uma alimentação saudável, podendo desencadear recidivas, com um maior grau de morbi-mortalidade. Estas recidivas também podem estar presentes naqueles 16,2%

dos casos que informaram desconhecer a causa desencadeante da urticária, o que torna o quadro alarmante, já que novas crises interferem diretamente na qualidade de vida dos pacientes, podendo até mesmo ser fatais.

• 1. Urticária por Medicamentos

Das 1.582 crianças avaliadas, 16,43% ($n=260$) apresentaram quadros de urticária. Dos 260 casos, 66,55% ($n=173$) eram relacionados a algum medicamento. A maior prevalência foi verificada no uso da Dipirona (29,5%; $n=51$), seguido por Salbutamol (15,6%; $n=27$), Amoxicilina (11,0%; $n=19$) e Salicilatos (4%; $n=7$). Com menor frequência, alguns outros também foram citados, como Cefalexina (1,7%; $n=3$), Ambroxol (1,2%; $n=2$) e Azitromicina (1,2%; $n=2$).

Na categoria de Medicamentos, foram também incluídas as vacinas, sendo que a DPT (que protege para Difteria, Coqueluche e Tétano) foi citada em 2,3% dos casos ($n=4$).

Também aqui, é a alta incidência de urticárias relacionadas a medicamentos desconhecidos (20,2%; $n=35$), o que dificulta a prevenção de recidivas e até mesmo dificultam o trabalho dos profissionais de saúde, em especial do médico, já que persiste o receio no uso dos medicamentos que dispõe em seu arsenal terapêutico.

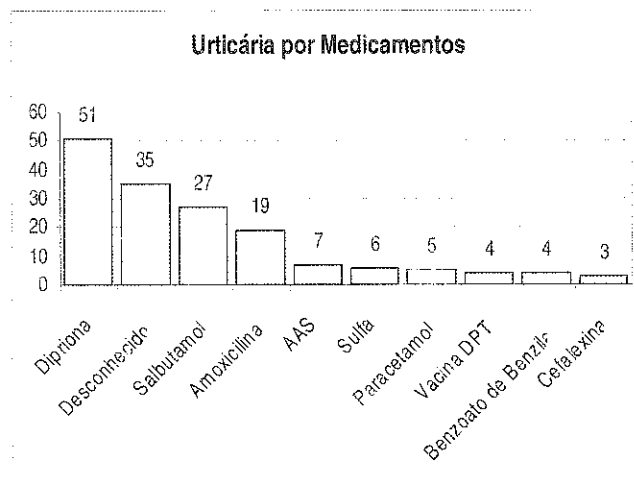


Figura 2 – Categorias mais prevalentes de urticária a medicamentos em crianças de 2 a 10 anos no Bairro do Pedregal, Campina Grande-PB.

Cada vez mais presentes no dia-a-dia da população em geral, muitos são os medicamentos, das mais diversas classes e funções, para os quais se tem registro de urticária, desde penicilinas, aspirina, dipirona, antiinflamatórios não-esteróides, diuréticos e psicotrópicos, até hormônios, contrastes iodados, vacinas e anti-soros. Rosario et al (2000) demonstraram que quando analisamos apenas a prevalência de urticária por antiinflamatórios não-hormonais (AINH) em crianças os números poderiam chegar a até 40%.

Os nossos estudos mostraram que 10,93% das crianças analisadas tinham história de urticária por medicamentos, mas o que mais merece destaque são as drogas de maior incidência, que foram, em ordem decrescente: Dipirona (anti-térmico, analgésico), Salbutamol (antitussígeno) e Amoxicilina (antibiótico), corriqueiramente utilizadas. Tal fato pode ser explicado pela faixa etária em análise, uma vez que outras drogas típicas de idades mais avançadas são as mais prevalentes dentre os adultos, como anti-hipertensivos e psicotrópicos.

Também aqui, merece destaque a elevada quantidade de casos (20,2%) em que se desconhece a causa da urticária, o que pode desencadear recidivas e quadros mais graves de urticária, com interferência direta na qualidade de vida e potencial para morbi-mortalidade destes pacientes.

CONCLUSÕES

A urticária é uma afecção com elevada incidência em todas as faixas etárias e de ampla distribuição geográfica, que a cada dia, vem se mostrando como forte impactadora na qualidade de vida. Crianças com esse agravo apresentam-se menos competentes socialmente do que as crianças sem a doença, além de apresentarem mais problemas de comportamento, com sintomas emocionais e comportamentais de ansiedade, depressão, teimosia, insegurança e agressividade (FONTES NETO et al, 2005).

Sendo assim, fica evidente a necessidade de identificação e confirmação destes casos, bem como de sua causa, de modo a diminuir os impactos sobre a qualidade de vida destes pacientes. Os pacientes e/ou

seus responsáveis, devem ser orientados de modo a identificar os mínimos sinais dos quadros de urticária, sempre observando os possíveis fatores desencadeantes, como o uso recente de medicamentos ou a ingestão de alimentos não comuns no cotidiano. É importante também, a capacitação dos profissionais da área, desde médicos a agentes comunitários de saúde, para melhor auxílio à população, no sentido de prever a incidência do quadro e instituir medidas profiláticas, especialmente dos quadros de recidiva da urticária.

REFERÊNCIAS

- ABULAFIA, L. A. **Atlas de Dermatologia: da semiologia ao diagnóstico**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.
- ALVARENGA, T. M. M.; CALDEIRA, A. P. Qualidade de vida em pacientes pediátricos com dermatite atópica. **Jornal Pediatria**. Porto Alegre, v. 85, n. 5, Oct. 2009.
- AZULAY, R. D.; AZULAY, D. R.; ABULAFIA, L. A. **Dermatologia**. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- BAIARDIN, I.; GIARDINI, A.; PASQUALI, M.; DIGNETTI, P.; GUERRA, L.; SPECCHIA, C. Quality of life and patients' satisfaction in chronic urticaria and respiratory allergy. **Allergy**.58:621-3; 2003.
- COOPER, K.D. Urticaria and angioedema: diagnosis and evaluation. **J Am Acad Dermatol**.;25:166-76; 1991.
- CRESPO, J.F.; BLANCO, C.; CONTRERAS, J.; PASCUAL, C.J.; MARTIN ESTEBAN, M. Food Allergy: A clinical and epidemiological study. **Allergy Clin Immunol**, 89:192, 1992.
- CRIADO, R. F. J. Urticária e doenças sistêmicas. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 45, n. 4, Dec. 1999.
- DIBBERN, D.A.; DRESKIN, S.C. Urticaria and angioedema: an overview. **Immunol Allergy Clin North Am**. 24:141-62; 2004.

- FONTES NETO, P.T. L. Avaliação dos sintomas emocionais e comportamentais em crianças portadoras de dermatite atópica. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 27, n. 3, Dec. 2005.
- GRATTAN, C.; POWELL, S.; HUMPHREYS, F. Management and diagnostic guidelines for urticaria and angio-edema. **Br J Dermatol**. 144:708-14; 2001.
- GRATTAN, C.F.H.; SABROE, R.A.; GREAVES M.W. Chronic urticaria **J Am Acad Dermatol**.46:645-57; 2002.
- KANWAR, A.J.; GREAVES, M.W. Approach to the patient with chronic urticaria. **Hospital Practice**. Março 15: 175-89; 1996.
- KOZEL, M.M.A.; SABROE, R.A. Chronic urticaria: aetiology, management and current and future treatment options. **Drugs**. 64:2515-36; 2004.
- LESSOF, M.H.; GANT, V.; HINUMA, K.; MURPHY, G.M.; DOWLING, R.H. Recurrent urticaria and reduced diamine oxidase activity. **Clin Exp Allergy**.20:373-6;1990.
- MONERET-VAUTRIM, S.A. Food Antigens and Additives. **J. Allergy Clin Immunol**, 78:1039, 1986.
- O'DONNELL, B.F.; LAWLOR, F.; SIMPSON, J.; MORGAN, M.; GREAVES, M.W. The impact of chronic urticaria on the quality of life. **Br J Dermatol**.136:197-201;97.
- ROSARIO, N.A.; RIBEIRO, A.C. Achados clínicos da sensibilidade a analgésicos e antiinflamatórios não-hormonais. **Rev. Assoc. Med. Brás.** São Paulo, v. 46, n. 3, Sept. 2000.
- SAMPAIO, S. de A. P.; RIVITTI, E. A. **Dermatologia**. São Paulo: Artes Médicas, 1998.
- SOLE, D. O conhecimento de pediatras sobre alergia alimentar: estudo piloto. **Rev. paul. Pediatr**, São Paulo, v. 25, n. 4, Dec. 2007.
- TEDESCHI A.; AIRAGHI, L.; LORINI, M.; ASERO, R. Chronic urticaria: a role for newer immunomodulatory drugs? **Am J Clin Dermatol**. 4:297-305;2003.
- THARP, M.D. Chronic urticaria: Pathophysiology and treatment approaches. **J Allergy Clin Immunol**. 98: S325-30.1996.
- THARP, M.D.; THIRLBY, R.; SULLIVAN, T.J. Gastrin induces histamine release from human cutaneous mast cells. **J Allergy Clin Immunol**.;74:159-65;1984.
- TONG, I.J.; BALAKRISHNAN, G.; KOCHAN, J.P.; KINÉ, J.P.; KAPLAN, A.P. Assessment of autoimmunity in patients with chronic urticaria. **J Allergy Clin Immunol**. 99: 461-5. 1997.
- ZANUSSI, C.; PASTORELLO, E.A.; SCHILKE, M.L.; STOCCHI, L. Food allergies. **Bibl. Nutr. Dieta**. 42:101, 1988.
- ZUBERBIER, T.; GREAVES, M.W.; JUHLIN, L.; KOBZALBLACK, A.; MAURER, D.; STINGL, G. Definition, classification, and routine diagnosis of urticaria: a consensus report. **J Investig Dermatol Symp Proc**. 6:123-7;2001.
- ZUBERBIER, T.; BINDSLEY-JENSEN, C.; CANONICA, W.; GRATTAN, C.F.H.; GREAVES, M.W.; HENZ, B.M. EAACI/GA2 LEN/EDF guideline: management of urticaria. **Allergy**. 61:321-31;2006.