

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL

AMANDA VANSAN FERNANDES

**DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO IMPETIGO NÃO BOLHOSO EM PACIENTE
PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO CLÍNICO**

CAMPO GRANDE

2024

AMANDA VANSAN FERNANDES

**DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO IMPETIGO NÃO BOLHOSO EM PACIENTE
PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO CLÍNICO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul como parte dos requisitos para a obtenção do título de Cirurgiã-dentista.

Orientadora: Profa. Dra. Ellen Cristina Gaetti Jardim

CAMPO GRANDE

2024

AMANDA VANSAN FERNANDES

**DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO IMPETIGO NÃO BOLHOSO EM PACIENTE
PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO CLÍNICO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul como parte dos requisitos para a obtenção do título de Cirurgiã-dentista.

Orientadora: Profa. Dra. Ellen Cristina Gaetti Jardim

Resultado: _____

Campo Grande (MS), _____ de _____ de _____

Banca examinadora

Profa. Dra. Ellen Cristina Gaetti Jardim (presidente)
Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Examinador 01

Examinador 02

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha mãe, Joyce da Silva Vansan, que, enfrentando os desafios com coragem e perseverança, me proporcionou o caminho para alcançar meu diploma com serenidade e apoio incondicional. Sua força, resiliência e amor são minha eterna inspiração. Sou grata por tudo o que a senhora fez e continua a fazer por mim. Te amo para sempre.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus e a Nossa Senhora Aparecida, que, ao longo de toda a minha jornada, me sustentaram com serenidade e sabedoria.

Agradeço à minha mãe, Joyce Vansan, que sempre foi meu porto seguro e minha fortaleza. Obrigado por cada momento em que me ouviu, me apoiou e nunca permitiu que eu desistisse. Sempre acreditou em mim, respeitando meus limites, sem jamais me cobrar, mas sim me encorajando. Este diploma também é seu, pois sem a senhora, ele não seria possível.

Agradeço ao meu pai, Sizino Fernandes, que sempre esteve ao meu lado, sem medir esforços para apoiar minha jornada acadêmica, tanto emocional quanto financeiramente. Obrigada por confiar em minha dedicação ao longo de toda essa trajetória.

Agradeço às minhas avós, Marina Vansan e Cirlei Fernandes, minhas mãezinhas do coração. Desde a minha infância, elas têm sido um alicerce de amor, cuidado e proteção incondicionais. Não há palavras que possam traduzir o imenso significado delas em minha vida.

Agradeço à minha tia, Simone Vansan, uma tia e mãe de coração. Tia, muito obrigada por me acompanhar em cada processo, por estar sempre ao meu lado, por compartilhar minhas dores e por, mesmo distante, fazer-se presente e me amparar com tanto carinho. Agradeço também ao meu tio, Claudemir Farias, que, desde o momento em que entrou na nossa família como esposo da minha tia, tornou-se um pai de coração. Tio, sou eternamente grata pelo cuidado, amor e atenção que sempre me dedicou.

Agradeço à minha família, que esteve ao meu lado durante cada desafio da faculdade. Seus risos sinceros, abraços acolhedores e palavras de carinho foram meu refúgio.

Agradeço as minhas melhores amigas e irmãs, Amanda Benites e Caroline Silva, sou grata pelas risadas intermináveis, pelo apoio incondicional e pela confiança que sempre depositaram em mim. Vocês são preciosas na minha vida e anseio pelo momento de aplaudi-las em pé, assim como sempre fizeram comigo.

Agradeço a minha dupla de faculdade, Jhennyfer Brizola, nossa conexão foi instantânea desde o primeiro dia, e acredito profundamente que Deus uniu nossos caminhos, pois

não poderia ter escolhido alguém melhor para me acompanhar ao longo desses 5 anos. A você, Jhennyfer, sou eternamente grata por tudo. Também agradeço aos meus amigos de faculdade, que tornaram meus dias mais leves e felizes.

Agradeço à minha orientadora, Profa. Dra. Ellen Cristina Gaetti, que generosamente compartilhou não apenas seu vasto conhecimento e experiência, mas também seu tempo, dedicando-se a me apoiar, dividir preocupações e acalmar minhas ansiedades.

Agradeço à Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e à Faculdade de Odontologia, que foram fundamentais para o meu crescimento acadêmico e pessoal, proporcionando-me valiosos aprendizados. Às mãos competentes e ao empenho de todos os professores e servidores da Faculdade de Odontologia. E, por fim, a todos os pacientes que depositaram sua confiança em mim ao longo desta jornada, meu muito obrigada.

EPÍGRAFE

“Na provação ou na dificuldade recorro à Mãe Maria, cujo olhar basta para dissipar todo o medo”.

(Santa Teresinha)

RESUMO

Vansan-Fernandes A. Diagnóstico e tratamento do impetigo não bolhoso em paciente pediátrico: relato de caso clínico. Relato de caso. Campo Grande, 2024.

[Trabalho de Conclusão de Curso - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul]

O impetigo é uma infecção bacteriana superficial da pele, causada por bactérias Gram-positivas, comumente afetando crianças de 2 a 5 anos, embora possa ocorrer em qualquer idade. Clinicamente, o impetigo se divide em duas formas: bolhoso e não bolhoso. É caracterizado pela formação de bolhas grandes e frágeis. No impetigo não bolhoso há a presença de vesículas e pústulas que após o rompimento originam crostas melicéricas. O caso clínico descrito relata uma paciente de 12 anos, com histórico de psoríase e dermatite atópica, que apresentou lesões vesiculares descamativas e dolorosas em lábio e boca, sem fator precipitante, associado com sintomas sistêmicos. Após a persistência dos sintomas e após a avaliação dos exames laboratoriais que indicaram uma infecção bacteriana, a patologia foi diagnosticada como impetigo não bolhoso. O tratamento foi realizado com o uso de antibióticos, terapia fotodinâmica e medidas de higiene, resultando em significativa melhora e alta hospitalar após cinco dias. Dessa forma, nota-se que a paciente apresentava um quadro típico de impetigo não bolhoso, com a presença de vesículas e pústulas que após o rompimento resultaram nas características “crostas cor de mel” do impetigo. No entanto, observa-se algumas divergências quanto a literatura, salientando a gravidade do caso devido a presença de sintomatologia dolorosa, sintomas sistêmicos e faixa etária mais afetada. O caso destaca a importância do diagnóstico diferencial entre impetigo e outras infecções cutâneas, bem como o manejo terapêutico adequado para evitar complicações e promover a recuperação completa.

Palavras-chave: Diagnóstico diferencial. Equipe hospitalar de odontologia. Impetigo. Terapia fotodinâmica.

ABSTRACT

Vansan-Fernandes A. Diagnosis and treatment of non-bullous impetigo in a pediatric patient: a case report. Case report. Campo Grande, 2024.

[Trabalho de Conclusão de Curso - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul]

Impetigo is a superficial bacterial skin infection caused by Gram-positive bacteria, commonly affecting children aged 2 to 5 years, although it can occur at any age. Clinically, impetigo is divided into two forms: bullous and non-bullous. Bullous impetigo is characterized by the formation of large, fragile blisters. In non-bullous impetigo, there is the presence of vesicles and pustules that, after rupture, give rise to meliceric crusts. The clinical case described reports a 12-year-old patient, with a history of psoriasis and atopic dermatitis, who presented with scaly and painful vesicular lesions on the lip and mouth, without a precipitating factor, associated with systemic symptoms. After the symptoms persisted and through the use of laboratory tests that indicated a bacterial infection, the pathology was diagnosed as non-bullous impetigo. The treatment was carried out with the use of antibiotics, photodynamic therapy and hygiene measures, resulting in significant improvement and hospital discharge after five days. Thus, it is noted that the patient presented a typical picture of non-bullous impetigo, with the presence of vesicles and pustules that, after rupture, resulted in the characteristic “honey-colored crusts” of impetigo. However, there are some divergences in the literature, highlighting the severity of the case due to the presence of painful symptoms, systemic symptoms and the most affected age group. The case highlights the importance of differential diagnosis between impetigo and other skin infections, as well as appropriate therapeutic management to avoid complications and promote complete recovery.

Keywords: Dental Staff, Hospital. Diagnosis, Differential. Impetigo. Photochemotherapy.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO	12
3 DISCUSSÃO	16
4 CONCLUSÃO	19
REFERÊNCIAS	20
ANEXO	22

Diagnóstico e tratamento do impetigo não bolhoso em paciente pediátrico: relato de caso clínico

Diagnosis and treatment of non-bullous impetigo in a pediatric patient: a case report

Amanda Vansan Fernandes^{1*}, Karolina Braga Souza², Gleyson Kleber do Amaral Silva³, Ellen Cristina Gaetti Jardim³

¹ Discente da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS, Campo Grande, MS, Brasil.

² Cirurgiã-dentista pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS, Campo Grande, MS, Brasil.

³ Professor(a) Adjunto(a) da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS, Campo Grande, MS, Brasil.

* Amanda.vansan14@gmail.com

RESUMO

O impetigo é uma infecção bacteriana superficial da pele, causada por bactérias Gram-positivas, comumente afetando crianças de 2 a 5 anos, embora possa ocorrer em qualquer idade. Clinicamente, o impetigo se divide em duas formas: bolhoso e não bolhoso. É caracterizado pela formação de bolhas grandes e frágeis. No impetigo não bolhoso há a presença de vesículas e pústulas que após o rompimento originam crostas melicéricas. O caso clínico descrito relata uma paciente de 12 anos, com histórico de psoríase e dermatite atópica, que apresentou lesões vesiculares descamativas e dolorosas em lábio e boca, sem fator precipitante, associado com sintomas sistêmicos. Após a persistência dos sintomas e após a avaliação dos exames laboratoriais que indicaram uma infecção bacteriana, a patologia foi diagnosticada como impetigo não bolhoso. O tratamento foi realizado com o uso de antibióticos, terapia fotodinâmica e medidas de higiene, resultando em significativa melhora e alta hospitalar após cinco dias. Dessa forma, nota-se que a paciente apresentava um quadro típico de impetigo não bolhoso, com a presença de vesículas e pústulas que após o rompimento resultaram nas características “crostas cor de mel” do impetigo. No entanto, observa-se algumas divergências quanto a literatura, salientando a gravidade do caso devido a presença de sintomatologia dolorosa, sintomas sistêmicos e faixa etária mais afetada. O caso destaca a importância do diagnóstico diferencial entre impetigo e outras infecções cutâneas, bem como o manejo terapêutico adequado para evitar complicações e promover a recuperação completa.

Palavras-chave: Diagnóstico diferencial. Equipe hospitalar de odontologia. Impetigo. Terapia fotodinâmica.

ABSTRACT

Impetigo is a superficial bacterial skin infection caused by Gram-positive bacteria, commonly affecting children aged 2 to 5 years, although it can occur at any age. Clinically, impetigo is divided into two forms: bullous and non-bullous. Bullous impetigo is characterized by the formation of large, fragile blisters. In non-bullous impetigo, there is the presence of vesicles and pustules that, after rupture, give rise to meliceric crusts. The clinical case described reports a 12-year-old patient, with a history of psoriasis and atopic dermatitis, who presented with scaly and painful vesicular lesions on the lip and mouth, without a precipitating factor, associated

with systemic symptoms. After the symptoms persisted and through the use of laboratory tests that indicated a bacterial infection, the pathology was diagnosed as non-bullous impetigo. The treatment was carried out with the use of antibiotics, photodynamic therapy and hygiene measures, resulting in significant improvement and hospital discharge after five days. Thus, it is noted that the patient presented a typical picture of non-bullous impetigo, with the presence of vesicles and pustules that, after rupture, resulted in the characteristic “honey-colored crusts” of impetigo. However, there are some divergences in the literature, highlighting the severity of the case due to the presence of painful symptoms, systemic symptoms and the most affected age group. The case highlights the importance of differential diagnosis between impetigo and other skin infections, as well as appropriate therapeutic management to avoid complications and promote complete recovery.

Keywords: Dental Staff, Hospital. Diagnosis, Differential. Impetigo. Photochemotherapy.

INTRODUÇÃO

Tilbury Fox, em 1864, descreveu o impetigo como uma doença clinicamente caracterizada por “manchas circulares quase bolhosas umbilicadas que aumentam centrifugamente e ficam cobertas por crostas planas amarelas cobrindo ulcerações superficiais” (Molina Felizola, Cruz, Mondragón & Mendoza, 2023)

Dessa forma, o impetigo consiste em uma infecção bacteriana causada por bactérias Gram-positivas que afetam as camadas superficiais da epiderme, ocasionando lesões altamente contagiosas que podem ocorrer em qualquer parte do corpo, sobretudo, a face. A faixa etária mais afetada são crianças entre 2 e 5 anos, porém pode se desenvolver em qualquer idade e sem predileção por sexo (Molina Felizola et al., 2023).

O impetigo como uma infecção globalmente disseminada, posto que afeta mais de 2% da população global e cerca de 162 milhões de crianças, assim, é uma das oito condições dermatológicas listadas nas 50 causas mais comuns de doença no estudo *Global Burden of Disease*, sendo a única doença de pele com complicações potencialmente fatais (Abrha, Tesfaye & Thomas, 2020). Além de ser a quarta dermatose mais comum entre crianças (Bettega et al., 2019). Clinicamente, existe o impetigo bolhoso, responsável por 70% dos casos, e o impetigo não bolhoso, abrangendo 30% dos casos clínicos (Molina Felizola et al., 2023).

O impetigo bolhoso é causado exclusivamente pela bactéria *Staphylococcus aureus*, sendo muito comum em bebês e crianças menores de dois anos de idade. Clinicamente, os locais mais acometidos foram a face, pescoço, períneo e região periumbilical, e há a formação de vesículas que progridem rapidamente para bolhas grandes, frágeis, flácidas, sem eritema periférico, o qual se rompem facilmente e liberam um exsudato amarelo-claro, deixando uma base eritematosa úmida com bordas irregulares. Nos estágios finais, ocorre o desenvolvimento de uma crosta marrom escura. Sistemicamente, podem ser acompanhados de febre, mal-estar geral e linfadenopatia regional (Molina Felizola et al., 2023).

O impetigo não bolhoso é causado pelas bactérias *Staphylococcus aureus* e *Streptococcus pyogenes*, assim, as lesões ocorrem principalmente na pele exposta da face (narinas e região perioral) e nas extremidades, e se iniciam com vesículas e pústulas de aproximadamente 1-2 mm de diâmetro, com base eritematosa, o qual evoluem para múltiplas vesículas e pústulas que se rompem rapidamente e liberam um exsudato, que ao secar resulta em crostas melicéricas (crostas cor de mel). Essas lesões podem causar prurido e tendem a se espalhar rapidamente

como resposta a inoculação direta por coçadura. Em relação aos sintomas sistêmicos, pode haver linfadenite regional concomitante (Molina Felizola et al., 2023).

O diagnóstico desta patologia é baseado em achados clínicos, uma vez que raramente são fundamentados em achados microbiológicos, e se as análises não forem coletadas corretamente, os resultados podem ser inconclusivos. A cultura das lesões é indicada somente nos casos de falha no tratamento, recidivas ou infecções em hospedeiros imunossuprimidos. Possuem como diagnóstico diferencial: dermatite atópica, candidíase, dermatofitose, lúpus eritematoso discóide, herpes simples, picada de inseto, pênfigo foliáceo, sarna e varicela (Molina Felizola et al., 2023).

O tratamento do impetigo deve ser individualizado e com base no número, extensão e localização das lesões, idade do paciente, estado imunológico e comorbidades, incluindo resistência a antibióticos (Molina Felizola et al., 2023). Inclui o cuidado da ferida conjuntamente com a terapia antibiótica, com a finalidade de reduzir a propagação da doença e acelerar a resolução das lesões (Molina Felizola et al., 2023; Hoffmann, Peiris, Glasziou, Cleo & Mar, 2021).

A terapia tópica é o tratamento de escolha para impetigo de leve a moderado, ou seja, quando há extensão limitada da doença, com menos de 2% da área de superfície corporal total atingida (Molina Felizola et al., 2023; Abrha et al., 2020). O tratamento tópico é realizado mediante a aplicação de ácido fusídico, mupirocina, retapamulina ou ozenoxacina, podendo estar associado à terapia fotodinâmica, com o laser de baixa potência. Já nos casos de impetigo grave com lesões extensas e múltiplas, recidivas, com envolvimento sistêmico, em crianças menores de 01 ano ou que não obteve sucesso no tratamento tópico, podemos fazer uso de antibióticos sistêmicos (Molina Felizola et al., 2023).

As orientações de higiene pessoal devem ser seguidas, como lavagem das mãos, aparar as unhas para evitar autoinoculação, limpeza de roupas comuns, roupas de cama e áreas afetadas que estiveram em contato com fluídos infectados, além de evitar contato com outras pessoas durante o surto ativo, a fim de reduzir a propagação da doença (Molina Felizola et al., 2023).

O prognóstico se torna pior à medida que as lesões são muito extensas ou se as orientações de higiene não forem seguidas. Normalmente, em lesões pequenas, cicatriza sem deixar sinais/marcas na pele dentro de 2 a 3 semanas, além disso, alguns pacientes podem desenvolver alterações de pigmentações pós-inflamatórias e outras complicações, raras, são: celulite (forma não bolhosa), sepse, osteomielite, artrite séptica, linfangite, linfadenite, psoríase gutata, síndrome da pele escaldada estafilocócica e a glomerulonefrite pós-estreptocócica (Molina Felizola et al., 2023).

O objetivo deste trabalho é apresentar um caso clínico de impetigo não bolhoso em paciente pediátrico, destacando suas características clínicas e comparando com seus principais diagnósticos diferenciais. Enfatizando a importância clínica, diagnóstica e terapêutica de uma das infecções cutâneas periorais mais comuns na população pediátrica.

DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Paciente de 12 anos de idade, sexo feminino, compareceu para atendimento no Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP-UFMS) após ser encaminhada da Unidade de Pronto Atendimento (UPA), apresentando lesões em lábio e boca com seis dias de evolução. Aos 3 anos de idade foi diagnosticada com psoríase e dermatite atópica, e desde então realiza

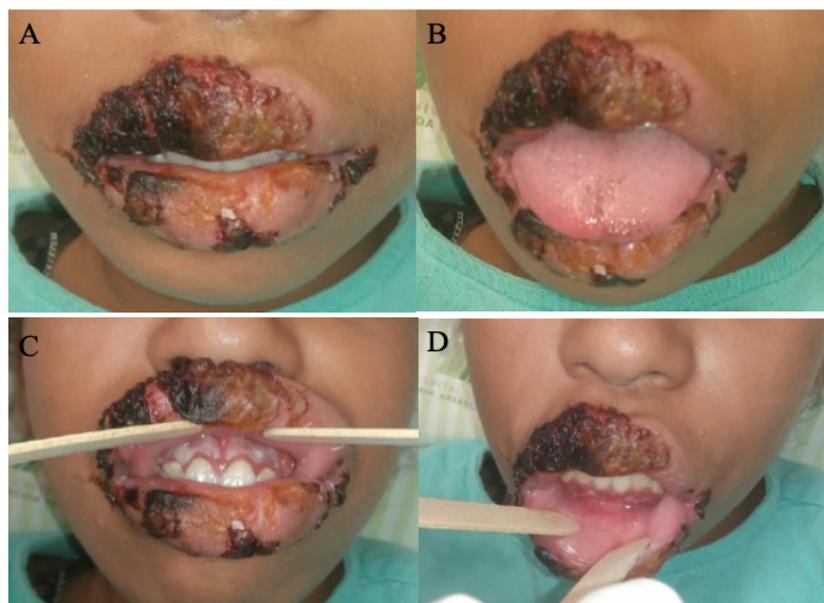
acompanhamento contínuo no HUMAP-UFMS, com uso de metotrexato 10 mg por semana, ácido fólico e xampu de ácido salicílico.

De acordo com relatos, surgiram lesões em lábio e boca, com presença de vesículas descamativas e dolorosas, sem fator precipitante, associadas a episódios de febre de 38°C, que persistiram até 2 dias antes da consulta. A paciente fez uso de dipirona sódica como antipirético, mas não houve resposta. No dia seguinte, permaneceu com febre e as lesões dermatológicas agravaram-se, apresentando sangramento ao lavar o rosto. Vinte e quatro horas após, recebeu atendimento em UPA, permanecendo em observação e foi medicada com ceftriaxona dissódica 1 g por via endovenosa. Após, em consulta de emergência com o dermatologista, o mesmo iniciou o uso de aciclovir 200 mg por via oral devido à hipótese diagnóstica de herpes simples, além da prescrição de cefalexina, obtendo boa resposta ao tratamento.

Entretanto, quatro dias após este atendimento, a paciente foi encaminhada ao pronto atendimento pediátrico do HUMAP-UFMS devido a persistência das lesões dermatológicas com presença de sangramento, piora do estado geral, inapetência, dificuldade para realizar a abertura bucal, além de afagia e odinofagia, devido à dor intensa. Ao exame extra-oral notou-se simetria facial, linfonodos da cadeia cervical não palpáveis, lábio superior e inferior com edema considerável (+2/+4) e lesões crostosas acastanhadas predominantes em lado direito dos lábios superiores e inferiores, sem sangramento ativo no momento. A paciente informou queixas álgicas ao manipular o lábio e demonstrou limitação de abertura bucal. Observou-se também placas descamativas no couro cabeludo e nas flexuras axilar e poplíteia. O exame intraoral foi dificultado pela limitação de abertura bucal, porém foi possível observar a gengiva queratinizada dos dentes anteriores superiores com formação de úlceras com pseudomembrana, sem lesões na mucosa jugal e com higiene oral insatisfatória. A língua apresentava-se com saburra e papilas gustativas de cor acastanhada, decorrente de queimadura após ingestão de bebida quente. A região de palato não foi analisada, devido à limitação de abertura bucal.

Figura 1

Aspecto clínico inicial. A: observa-se lesões crostosas e edema labial considerável. B: Limitação na abertura bucal, além das papilas gustativas acastanhadas no ápice lingual devido lesão por queimadura. C e D: formação de úlceras com pseudomembrana branco-amarelada.



Fonte: Os autores.

Como conduta inicial estabelecida pela equipe médica:

- Avaliação dos exames laboratoriais: presença de neutrófilos bastonetes na circulação sanguínea (64 mm^3);
- Ceftriaxona: administrar 1 g por via endovenosa, de 12/12 horas durante dois dias;
- Aciclovir: troca da via de administração, que era via oral e se tornou endovenosa, administrando 16,5 mL durante dois dias;
- Ácido fólico (vitamina B9): 5 mg por via oral;
- Metotrexato 10 mg por semana enquanto aguarda-se o parecer do dermatologista;
- Dieta pastosa.

As hipóteses diagnósticas eram de herpes labial com infecção secundária, dermatite atópica e psoríase. Após dois dias de internação, a paciente permanecia na mesma condição, apresentando também hiporexia. Houve uma mudança na conduta para dieta líquida devido à dor e o metotrexato foi ajustado para 7,5 mg, conforme orientação do dermatologista.

Decorridos dois dias de internação, a paciente apresentou melhora do estado geral e da alimentação, podendo ingerir alimentos macios e mastigáveis. Conseguiu falar e não apresentou febre, negando odinofagia, artralgia, dor de garganta, diarreia, vômitos, tosse e outros sintomas. Todavia, ainda referiu dificuldade na abertura bucal completa e de higienização bucal. Ao exame bucal, observou-se placas esbranquiçadas na gengiva, presença de saburra lingual e edema labial, porém ainda sem visualização da região de palato. Assim, foi programado sete dias de ceftriaxona e cinco dias de aciclovir, ambos por via oral.

Associado às condutas gerais, a odontologia hospitalar realizou as seguintes:

- Avaliação intraoral criteriosa após melhora de abertura bucal;
- Limpeza de feridas crostosas na região de lábio superior e inferior, comissura labial do lado direito e esquerdo com digluconato de clorexidina 2%;
- Higiene oral sistematizada com gaze e digluconato de clorexidina 0,12%;
- Aplicação de terapia fotodinâmica (luz vermelha 4 J nas regiões crostosas);
- Hidratação labial com loção a base de ácidos graxos essenciais (AGE);
- Orientação de aumento na frequência de higiene das mãos;
- Orientação quanto a evitar tocar na ferida e em outros locais do rosto sem antes realizar limpeza das mãos;
- Manutenção de ceftriaxona endovenosa;
- Orientação quanto a higiene oral (conscientização da mãe) e orientação para não remover as crostas das lesões;

- O destacamento das crostas foi efetuado pela equipe odontológica mediante a hidratação labial com óleos e evolução da terapia fotodinâmica.

As hipóteses diagnósticas da equipe odontológica abrangiam gengivoestomatite herpética primária, herpes zóster e impetigo. Entretanto, nos exames laboratoriais de controle, foi observado um aumento no número de neutrófilos, indicando uma infecção bacteriana, o que levou ao descarte das hipóteses diagnósticas de infecção viral. Portanto, com base nos aspectos clínicos e na melhora do quadro após o tratamento tópico e sistêmico, o diagnóstico final foi de impetigo não bolhoso.

Após três dias da atuação da equipe da odontologia hospitalar, houve melhora significativa na dor e alimentação, permitindo a ingestão de alimentos sólidos e firmes, e uma evolução da abertura bucal. A higiene bucal passou a ser realizada pela própria paciente.

Figura 2

Melhora significativa nas lesões labiais por impetigo, no intervalo de um dia de A para B, e intervalo de cinco dias de A a C. C: Ao quinto dia de internação, com a alta hospitalar, com melhora na sintomatologia e na higiene bucal.

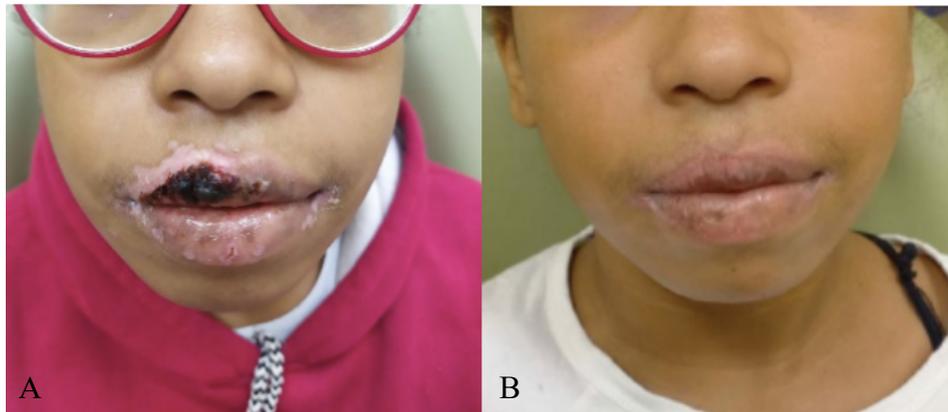


Fonte: Os autores.

Ao final de 5 dias de internação, a paciente se encontrava sem febre e outros sintomas, conseguindo falar e se alimentar, com melhora na abertura bucal e das lesões dérmicas labiais. Assim, foi concedida alta hospitalar, com suspensão do aciclovir e manutenção da ceftriaxona até a conclusão do sétimo dia (dose completa).

Figura 3

A: Quatro dias após a alta hospitalar. Redução das lesões, porém ainda há a presença de crostas. B: 14 dias da alta hospitalar. Há a remissão quase completa das lesões, além de demonstrar um processo cicatricial satisfatório, correspondente ao dia de alta ambulatorial.



Fonte: Os autores

DISCUSSÃO

O impetigo não bolhoso é caracterizado por um processo inflamatório superficial, com lesões pruriginosas e que causam ardor, mas normalmente não são dolorosas, assim, se iniciam com pápulas eritematosas que evoluem para vesículas e pústulas, e após o rompimento resultam em uma superfície com crostas melicéricas e uma base eritematosa. Por fim, sintomas sistêmicos como febre, mal estar e anorexia são incomuns, mas a linfadenite regional é mais frequente (Johnson, 2020).

Portanto, a paciente apresentava um quadro típico de impetigo não bolhoso, com a presença de vesículas e pústulas que após o rompimento resultaram nas características “crostas cor de mel” do impetigo. No entanto, observa-se algumas divergências quanto a literatura, salientando a gravidade do caso devido a presença de sintomatologia dolorosa e sintomas sistêmicos, como febre, mal-estar e odinofagia. Ademais, segundo a literatura, a faixa etária mais afetada são crianças entre 2 e 5 anos (Molina Felizola et al., 2023), contrastando com o caso clínico em que a paciente se apresentava com 12 anos de idade.

O impetigo não bolhoso pode ser classificado como primário, quando envolve uma pele previamente íntegra afetada por uma invasão direta das bactérias, ou secundário, quando envolve a formação da infecção em uma pele previamente lesionada, sendo que algumas condições podem danificar a pele aumentando a suscetibilidade a infecção, como: traumas, cortes, varicela, herpes, queimaduras, picadas de insetos, dermatite atópica, sarna (Molina Felizola et al., 2023). No caso clínico, foi importante observar a relação da dermatite atópica e psoríase, doenças já diagnosticadas na paciente desde a infância, com o surgimento desse quadro infeccioso, evidenciando a presença de um impetigo não bolhoso secundário.

O diagnóstico do impetigo é clínico, na maioria dos casos, assim como no apresentado neste trabalho. Contudo, segundo a literatura, também pode ser realizado exames laboratoriais para a confirmação do diagnóstico por meio de cultura do fluido de uma vesícula, pústula ou da área abaixo das bordas elevadas de uma placa crostosa ou ainda em situações de dúvida, a coloração de Gram pode auxiliar na obtenção de um diagnóstico presuntivo, embora seja menos sensível do que uma cultura. Caso, mesmo após a realização desses exames complementares o diagnóstico ainda seja inconclusivo, pode-se realizar uma biópsia da pele, no qual a análise histopatológica revelará a presença de vesículas ou pústulas na camada subcórnea ou granular da epiderme em conjunto com inflamação na derme (Zanoni et al., 2023).

Os diagnósticos diferenciais para o impetigo não bolhoso incluem: dermatite de contato, sarna, dermatofitose, eczema herpético e infecções por herpes simples (Johnson, 2020). Assim, as hipóteses diagnósticas discutidas pela equipe odontológica foram gengivoestomatite herpética primária, herpes-zóster e impetigo, devido a semelhança das características clínicas, porém, a diferenciação foi a partir do resultado dos exames laboratoriais.

A gengivoestomatite herpética primária aguda condiz com o primeiro contato de um indivíduo com o Vírus Herpes Simples (HSV) (Molina Felizola et al., 2023). Nessa infecção viral o período de incubação varia de 2 a 15 dias podendo demonstrar sinais prodrômicos, como febre, astenia, mialgia, náusea, perda de apetite, irritabilidade e cefaleia, e após 1 a 3 dias dessa fase, surgem as manifestações clínicas, caracterizadas por vesículas de 1-2 mm, aglomeradas, que se rompem facilmente gerando erosões irregulares e dolorosas com uma pseudomembrana branco-amarelada e eritema perilesional, além disso, as manifestações extraorais são menos frequentes, em contrapartida no caso apresentado as lesões periorais são as mais acentuadas. Em crianças, essas lesões podem limitar a alimentação devido dor intensa, resultando em desidratação com necessidade de hospitalização em alguns casos (Coppola et al., 2023).

Após a infecção primária pela catapora, o vírus varicela-zóster (VVZ) permanece de forma latente no sistema nervoso do indivíduo por toda a vida. Dessa forma, a reativação do vírus do VVZ resulta no herpes zóster, o qual é uma infecção viral caracterizada pelo surgimento de vesículas e bolhas na pele envolvidas em uma área eritematosa, e com dor intensa (Araújo, Silva & Cândido, 2020). Esse vírus se propaga pelos gânglios acompanhando o trajeto do nervo correspondente e infectando essa região da pele, por isso que normalmente afetam um lado do corpo. Entretanto, no presente caso as lesões não se limitavam a apenas um lado da face. O tratamento de ambas as infecções herpéticas envolve o uso de medicações antivirais, como aciclovir, auxiliando na redução da severidade da dor aguda e na aceleração da cicatrização das lesões cutâneas (Araújo et al., 2020; Coppola et al., 2023).

Alguns fatores de risco relacionados ao desenvolvimento da herpes zóster incluem o avanço da idade (a faixa etária mais atingida são os idosos), sexo feminino, raça negra e histórico familiar positivo para a doença (Araújo et al., 2020). Assim, apesar de ser uma paciente do sexo feminino, não se encontra na faixa etária mais afetada por essa doença, além de não apresentar histórico familiar.

Destarte, notamos que apesar das características clínicas serem semelhantes entre os quadros da infecção viral por herpes e impetigo, existem diferenças quanto há faixa etária, presença de lesões com aspecto de crosta e curso da doença. Todavia, é importante ressaltar que a paciente recebeu um tratamento empírico embasado nas principais hipóteses diagnósticas, visto que foi prescrito a medicação antiviral aciclovir, o qual denota no tratamento mais indicado para os dois tipos de infecção herpética.

A dermatite atópica consiste em uma condição inflamatória crônica recidivante que afeta a pele (Ribeiro et al., 2022). Geralmente se inicia na infância, e aproximadamente 85% de todos os casos se iniciam antes dos 5 anos de idade, como é o caso da paciente que foi diagnosticada aos 03 anos para a dermatite atópica e psoríase (Costa, 2021). Algumas comorbidades são menos comuns de atingir a população afetada por essa doença, como psoríase, diabetes mellitus tipo I e certos tipos de cancro são menos comuns (Wollenberg et al., 2023). Contudo, no caso descrito, observamos um caso de dermatite atópica associada a psoríase, discordando do relato da literatura.

A fisiopatologia da dermatite atópica está relacionada a uma deficiência da barreira epitelial, logo, a principal complicação associada a essa condição denota nas infecções, devido a presença de uma pele fragilizada com maior suscetibilidade a colonização e infecção por microrganismos, que conseqüentemente, agravam o quadro clínico da doença. Essas infecções ocorrem com maior frequência nesses pacientes devido a alteração do pH da pele, deficiência de peptídeos antimicrobianos e sistema imunológico comprometido. Deste modo, o patógeno mais comum dessas infecções cutâneas é o *Staphylococcus aureus*, que está presente em 90% dos locais lesionados pela dermatite atópica, entretanto, na pele saudável esse patógeno é encontrado em porcentagens inferiores (Wollenberg et al., 2023; Couto, Nunez, Dias, Pereira & Markus, 2021). Ou seja, essa bactéria é a principal responsável pelo desenvolvimento de impetigo, inclusive, o não bolhoso, comprovando a maior suscetibilidade da ocorrência desse tipo de infecção bacteriana nessa paciente devido a presença de duas doenças de pele gerando prejuízos na barreira epitelial e facilitando a colonização de microrganismos.

Ademais, outra complicação é o risco multiplicado em pacientes com dermatite atópica grave de desenvolver uma infecção disseminada pelo vírus herpes simples, necessitando de tratamento imediato e sistêmico com aciclovir (Wollenberg et al., 2023). Portanto, as hipóteses diagnósticas envolvendo infecções herpéticas são válidas, visto que também há uma associação entre o eczema e esse vírus da herpes, empregando o tratamento adequado.

A seleção de um regime tópico para impetigo deve levar em consideração o provável patógeno bacteriano, padrões locais de resistência bacteriana, doença subjacente e acessibilidade aos medicamentos (Johnson, 2020). No caso apresentando, as lesões eram extensas em região oral e perioral, além de apresentarem repercussões sistêmicas e necessidade de hospitalização, ou seja, um quadro grave e subsidiado por duas doenças de pele, por isso, a terapia sistêmica foi empregada como preferência.

A terapia por meio de antibióticos orais é indicada nos casos de lesões extensas ou quando a terapia tópica não obteve um resultado positivo (Johnson, 2020). É imprescindível que englobe medicamentos com ação contra a bactéria *Staphylococcus aureus*, assim, podemos prescrever cefalexina, cloxacilina e dicloxacilina, sendo que estes também combatem o *Streptococcus pyogenes*, nos casos de impetigo não bolhoso. Outros fármacos que também podem ser utilizados englobam amoxicilina, eritromicina oral, cefadroxila e amoxicilina associado ao clavulanato. Entretanto, nenhum desses medicamentos citados são eficazes contra *Staphylococcus aureus* resistente à metilicina, uma opção viável nesse caso seria o sulfametoxazol-trimetoprim, para crianças acima de 02 meses de idade (Zanoni et al., 2023). Desse modo, foi administrado uma cefalosporina de terceira geração, a ceftriaxona, o qual combate as bactérias gram-positivas e gram-negativas, logo, combate *Staphylococcus aureus* e *Streptococcus pyogenes* que são cocos Gram-positivos.

A paciente foi orientada pela equipe da odontologia hospitalar quanto ao modo de transmissão, evolução clínica, importância da higiene e precauções de retorno. Assim, as práticas de higiene são fundamentais para diminuir a propagação da doença abrangendo a lavagem das mãos, banho regular e evitar contato próximo com outras pessoas ou compartilhamento de objetos, já que essas bactérias podem se espalhar facilmente pela autoinoculação dos dedos (coçar) e em itens como toalhas e roupas. As crianças podem retornar para suas atividades escolares após 24 horas do início da antibioticoterapia, mas lesões com exsudato devem ser cobertas. Caso seja analisado ausência de melhora dos sinais e sintomas após uma semana de tratamento ou agravamentos deles, deve-se ficar alerta com cepas resistentes (Johnson, 2020).

O uso de antissépticos é frequentemente indicado, sendo que a clorexidina é comumente recomendada no tratamento de feridas cutâneas, irrigando e limpando a região, sendo que esse agente apresenta uma alta atividade antimicrobiana contra bactérias Gram-positivas, Gram-negativas e alguns fungos e vírus (Webb et al., 2021).

Ademais, no ambiente hospitalar, dependendo do grau de complexidade de cada paciente, há a necessidade de utilizar soluções antimicrobianas como métodos coadjuvantes ou até principais a fim de manter a higiene oral, sendo que a solução antimicrobiana oral mais efetiva para o controle do biofilme dental é o digluconato de clorexidina (Caldeira, Ditto & Almeida, 2024). Antisséptico de escolha para auxiliar na higiene das lesões, reduzir a carga bacteriana e manter a higiene oral da paciente, evitando o acúmulo de biofilme e outras bactérias.

O tratamento com laser de baixa potência em feridas promove um aumento na produção de tecido granulomatoso, epitelização acelerada, produção eficaz de fibroblastos e colágeno, e neovascularização ativa, ou seja, há uma aceleração no tempo de cicatrização e regeneração tecidual. Ademais, promovem um efeito analgésico devido a inibição de diversos estímulos nociceptivos, e possuem efeito anti-inflamatório, posto que limitam a produção de mediadores pró-inflamatórios. Além disso, reduz a contagem de células bacterianas no local de aplicação (Nadhreen, Alamoudi & Elkhodary, 2019; Ślebioda & Dorocka-Bobkowska, 2020).

Assim, a aplicação diária do laser de baixa potência foi empregado no caso devido seus benefícios comprovados na literatura, promovendo uma cicatrização mais rápida e organizada, além do efeito de analgesia, proporcionando maior conforto a paciente e capacidade de alimentação. Ademais, para a remoção das crostas foi fundamental a terapia de fotobiomodulação em conjunto com a aplicação tópica de óleos.

Por fim, a equipe odontológica deve propiciar conhecimento aos pacientes hospitalizados e incentivar a adoção de novos hábitos de saúde oral (Santana et al., 2021). Assim, ao receber alta, a paciente já possuía informações sobre o impetigo e como poderia se proteger, além de ensinar e conscientizar a mãe e a criança sobre a importância da saúde oral e como realizar a higiene oral de forma adequada.

CONCLUSÃO

Apesar do impetigo ser frequentemente considerado uma condição benigna, é essencial que os profissionais da área da saúde incluam o impetigo como um dos diagnósticos de lesões cutâneas periorais, para que assim o tratamento empregado seja o adequado promovendo um quadro clínico encurtado, com menos dor e menor impacto no ciclo social, permitindo o retorno às atividades em comunidade após 24 horas do emprego da antibioticoterapia.

Ademais, é indubitável a importância de cirurgiões-dentistas serem inseridos na equipe multiprofissional dos hospitais, possibilitando uma maior resolutividade de agravos preexistentes e desenvolvendo ações de promoção de saúde, concretizando o conceito de atenção integral à saúde.

REFERÊNCIAS

- Abrha, S., Tesfaye, W., & Thomas, J. (2020). Intolerable Burden of Impetigo in Endemic Settings: A Review of the Current State of Play and Future Directions for Alternative Treatments. *Antibiotics (Basel, Switzerland)*, 9(12), p. 909. doi: 10.3390/antibiotics9120909
- Araújo, C. R. de., Silva, T.S. da., & Cândido, W. P. (2020). Herpes-zoster: diagnóstico e implicações do vírus varicela-zoster. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 29 (1), pp. 120-123. Recuperado em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20191208_112915.pdf
- Bettega, P. V. C., Navarro, L. B., Bendo, C. B., Paiva, S. M., da Cruz, P. V., Martins, C. C., ... Johann, A. C. B. R. (2019). Lesões bucais de maior frequência clínica em crianças – revisão de literatura. *Revista Da Faculdade De Odontologia De Porto Alegre*, 60(2), pp. 66-82. doi: 10.22456/2177-0018.90274
- Caldeira, E. E., Jr, Ditto, T. D. B. B., & Almeida, R. T. (2024). Odontologia hospitalar: atuação do cirurgião dentista nas unidades de terapia intensiva. *Revista Multidisciplinar Do Nordeste Mineiro*, 4(1). doi: 10.61164/rmnm.v4i1.2313
- Coppola, N., Cantile, T., Adamo, D., Canfora, F., Baldares, S., Riccitiello, F., ... Leuci, S. (2023). Supportive care and antiviral treatments in primary herpetic gingivostomatitis: a systematic review. *Clinical oral investigations*, 27(11), pp. 6333-6344. doi: 10.1007/s00784-023-05250-5
- Costa, C. I. S. (2021). Influência do microbioma no desenvolvimento de dermatite atópica e psoríase (Dissertação de Mestrado). Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.
- Do Couto, G. B. F., Nunez, S. C., Dias, A. K., Pereira, R. A., & Markus G. W. S. (2021). Condutas terapêuticas na dermatite atópica: revisão de literatura. *Multidebates*, 5(2), pp. 174-180. recuperado de <https://revista.faculdadeitop.edu.br/index.php/revista/article/view/255>
- Hoffmann, T. C., Peiris, R., Glasziou, P., Cleo, G., & Mar, C. D. (2021). Natural history of non-bullous impetigo: a systematic review of time to resolution or improvement without antibiotic treatment. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, 71(704), pp. 237-242. doi: 10.3399/bjgp20X714149
- Johnson, M. K. (2020). Impetigo. *Advanced emergency nursing journal*, 42(4), pp. 262-269. doi: 10.1097/TME.0000000000000320
- Molina Felizola, V. G., Cruz, E., Mondragón, T., & Mendoza, A. (2023). Infecciones peribucales en la infancia: presentación de dos casos clínicos de impétigo. *Revista de Odontopediatria Latinoamericana*, 13, p. e-422552. doi: 10.47990/alop.v13i1.552
- Nadhreen, A. A., Alamoudi, N. M., & Elkhodary, H. M. (2019). Low-level laser therapy in dentistry: Extra-oral applications. *Nigerian journal of clinical practice*, 22(10), pp. 1313-1318. doi: 10.4103/njcp.njcp_53_19
- Ribeiro, N. F., de Araújo, A. L. S., Mesquita, B. K. F., Matoso, G. S., Perri, L. M. de M., Moser, L. L., ... Avancini, S. B. (2022). Pediatric atopic dermatitis: pathophysiology and therapeutic management. *Brazilian Journal of Development*, 8(5), pp. 39234-39250. doi: 10.34117/bjdv8n5-424

Santana, M. T. P., Fernandes, V. D. G., Alencar, J. A. de S., Lima, F. de O., Araújo, A. da S., Silva, Q. P. da., ... Oliveira Filho, A. A. de. (2021). Hospital dentistry: a brief review. *Research, Society and Development*, 10(2), p. e4310212171. doi: 10.33448/rsd-v10i2.12171

Ślebioda, Z., & Dorocka-Bobkowska, B. (2020). Low-level laser therapy in the treatment of recurrent aphthous stomatitis and oral lichen planus: a literature review. *Postępy dermatologii i alergologii*, 37(4), pp. 475-481. doi: 10.5114/ada.2020.98258

Webb, D. R., Churchill, S. R., Hill, G. D., McGee, C. A., Shi, M., King-Herbert, A. P., & Blankenship-Paris, T. L. (2021). Effects of Buprenorphine, Chlorhexidine, and Low-level Laser Therapy on Wound Healing in Mice. *Comparative medicine*, 71(3), pp. 191-202. doi: 10.30802/AALAS-CM-20-000104

Wollenberg, A., Werfel, T., Ring, J., Ott, H., Gieler, U., & Weidinger, S. (2023). Atopic Dermatitis in Children and Adults—Diagnosis and Treatment. *Deutsches Arzteblatt international*, 120(13), pp. 224-234. doi: 10.3238/arztebl.m2023.0011

Zanoni, R. D., Rodrigues, A. C. P., Bosch, A. L., Nery, D. L., Maia, D. C., Gonçalves, F. K. S., ... Cortês, M. C. (2023). Impetigo Infantil: Uma Revisão Abrangente das Considerações Dermatológicas e Pediátricas. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 5(5), pp. 1817-1828. doi: 10.36557/2674-8169.2023v5n5p1817-1828

Anexo A

NORMAS DE FORMATAÇÃO DO PERIÓDICO “UNINGÁ”

1. Título

O título deve ser redigido em português, somente com a primeira letra da frase maiúscula, a menos que se trate de nomes próprios ou nomes científicos, fonte 12, centralizado. Aconselha-se que o título tenha até 12 palavras. NÃO se utiliza ponto após o título.

2. Title

O título deve ser redigido em inglês, somente com a primeira letra da frase maiúscula, a menos que se trate de nomes próprios ou nomes científicos, fonte 12 e centralizado. NÃO se utiliza ponto após o título. É separado do título por um “enter” simples.

3. Nome dos autores e afiliação

Os nomes dos autores devem estar dispostos somente com a primeira letra maiúscula (maiúscula, minúscula), separados por vírgula, em tamanho de fonte 12, alinhamento justificado, com número de identificação de afiliação sobrescrito e asterisco (sobrescrito) no autor de correspondência.

Na afiliação, incluir a instituição a qual o autor estiver vinculado, seja profissionalmente ou enquanto discente de graduação, pós-graduação *Lato sensu* e *Stricto sensu*. Apresenta-se em tamanho de fonte 11, com alinhamento justificado. Elida todos os títulos (professor, doutor...) e graus. Se, por acaso, o autor estiver sem afiliação institucional, coloque a cidade e o estado de residência.

4. Resumo

Conforme à Associação Americana de Psicologia (doravante, APA), o resumo precisa estar justificado, sem parágrafo, contendo de 150 a 250 palavras, em espaçamento simples (1,0). Com relação à apresentação, é preciso conter breve contextualização, objetivo, método, principais resultados e conclusão.

4.1 Palavras-chave

Incluir de três a cinco palavras-chave linearmente, em português, organizadas em ordem alfabética e separadas por ponto “.”. Iniciar, após o ponto, com letra maiúscula.

5. Abstract

Tradução do resumo em inglês. Depois de receber a aprovação do manuscrito por e-mail, os autores deverão apresentar a versão traduzida do artigo e também uma declaração de um

profissional de língua inglesa que certifique a tradução do manuscrito e a correção do *abstract*.

5.1 Keywords

Incluir de três a cinco palavras-chave linearmente, em inglês, organizadas em ordem alfabética, independentemente de não coincidir com a ordem em português, separadas por ponto “.”. Iniciar, após o ponto, com letra maiúscula.

6. Citações

As citações seguem a APA. Todos os autores citados no texto devem constar nas referências.

6.1 Citações Diretas:

A citação direta é a transcrição literal do texto, isto é, reproduza fielmente aquilo que foi escrito pelo(s) autor(es). Indicar o autor, o ano e a página. Ressalta-se que NÃO deve existir apropriação do texto sem fazer as devidas menções (citações e referências).

Atenção: Use “p.” se constar o trecho em uma página e utilize “pp.” se ocupar mais de uma.

a) Citação direta, de um autor, com até 40 palavras inseridas entre aspas duplas, no meio do texto, o sobrenome sempre deverá se apresentar com a primeira letra maiúscula e as demais minúsculas.

b) Citação direta, de um autor, com mais de 40 palavras, recuo de 1,3 do parágrafo da margem esquerda, espaçamento simples entre linhas (1,0), fonte 12, em bloco independente, recuo antes e depois de 2 pontos.

c) Citação direta, de um autor, com mais de 40 palavras, em que há omissão de um trecho no meio do texto, recuo de 1,3 do parágrafo da margem esquerda, espaçamento simples entre linhas (1,0), fonte 12, em bloco independente, recuo antes e depois de 2 pontos, usar reticências com espaços.

d) Citação direta, com dois autores, com até 40 palavras inseridas entre aspas duplas, no meio do texto, o sobrenome sempre deverá se apresentar com a primeira letra maiúscula e as demais minúsculas. Observação: usa-se “e” quando estiver fora dos parênteses, exemplo: “Motta-Roth e Hendges”; porém, dentro dos parênteses, utiliza-se “&”, como: “(Motta-Roth & Hendges)”.

e) Citação direta, de três autores a cinco, com até 40 palavras, citar o sobrenome de todos os autores na primeira citação. Usar “et al.” nas subsequentes. Observação: O “et al.” não é grafado em itálico.

f) Em citação direta com seis ou sete autores, indica-se o sobrenome do autor principal e “et al.” na sequência. O “et al.” não é grafado em itálico. Observação: Acrescentam-se todos os autores nas referências.

g) Em citação direta com oito ou mais autores, indica-se o sobrenome do autor principal e “et al.” na sequência. O “et al.” não é grafado em itálico.

6.2 Citações Indiretas:

Na citação indireta, reproduzem-se as ideias de outros autores, sem transcrição literal.

a) Citação indireta, de um autor.

Ex: Todorov (2011) descreveu as estruturas narrativas como...

Ex: Consoante a Todorov (2011), as estruturas narrativas são...

Ex: As estruturas narrativas são descritas... (Todorov, 2011).

b) Citação indireta, de dois autores. Observação, usa-se “e” quando estiver fora dos parênteses, exemplo: “Cunha e Cintra”; porém, dentro dos parênteses, utiliza-se “&”, como: “(Cunha & Cintra)”.

c) Citação indireta de três a cinco autores:

- Na primeira citação fora dos parênteses: Nas palavras de Weinreich, Labov e Herzog (1968), a Teoria da Variação e Mudança linguística....

- Na primeira citação dentro dos parênteses: A Teoria da Variação e Mudança linguística consiste em problemas e princípios... (Weinreich, Labov & Herzog, 1968).

- Nas citações seguintes fora dos parênteses: Weinreich et al. (1968) afirmam que...

- Nas citações seguintes dentro dos parênteses: A questão da Teoria da Variação e Mudança linguística abrange... (Weinreich et al., 1968).

d) Em citação indireta com seis ou sete autores, indica-se o sobrenome do autor principal e “et al.” na sequência. Observação: Acrescentam-se todos os autores nas referências. O “et al.” não é grafado em itálico.

e) Em citação indireta com oito ou mais autores, indica-se o sobrenome do autor principal e “et al.” na sequência. Observação: Acrescentam-se todos os autores nas referências. O “et al.” não é grafado em itálico.

6.3 Citação de entidades (reconhecidas por abreviaturas) como autores:

- Primeira citação no texto fora dos parênteses:

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE, 2005)

- Primeira citação no texto dentro dos parênteses:

(Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico [OCDE], 2005)

- Citação subsequente fora dos parênteses: OCDE (2005)

- Citação subsequente dentro dos parênteses: (OCDE, 2005)

6.4 Citação de diversos autores que ratificam mesma ideia:

a) Se houver vários trabalhos que compartilham de mesma ideia, organizá-los por ordem cronológica primeiramente; a ordem alfabética fica para segundo plano.

Ex: Receber um Prêmio Nobel de Literatura é a maior honraria que um escritor poderia receber (Paz, 1990; Oe, 1994; Saramago, 1998; Ishiguro, 2017).

6.5 Citação de autores com sobrenome igual:

a) Quando houver autores que possuem mesmo sobrenome, colocar as iniciais do nome nas citações do texto.

- Fora dos parênteses: H. E. Costa (2003)
- Dentro dos parênteses: (H. E. Costa, 2003)
- Dois autores, fora dos parênteses: H. E. Costa e Ferreira (2009)
- Dois autores, dentro dos parênteses: (H. E. Costa & Ferreira, 2009)

6.6 Citação de mesmo autor com datas iguais de publicação:

- Carter (2001a)
- Carter (2001b)
- Carter (2001c)
- (Carter, 2001a, 2001b, 2001c)

6.7 Citação de mesmo autor com múltiplos trabalhos publicados:

- Fora dos parênteses: Shapovalov (2017, 2022, 2023) afirma que o tênis...
- Dentro dos parênteses: O tênis é considerado uma modalidade esportiva arduosa por ser individual (Shapovalov, 2017, 2022, 2023).

6.8 Citação de seis ou mais autores com múltiplos trabalhos publicados:

- Fora dos parênteses: A arte de estudar piano, conforme a Humbert et al. (2013, 2014, 2019), exige dedicação, esforço e disciplina.
- Dentro dos parênteses: A fim de suceder ao aprender um instrumento, faz-se necessário que haja dedicação, esforço e disciplina (Humbert et al., 2013, 2014, 2019).

6.9 Citação de sobrenomes contendo preposições ou artigos:

a) Em citações com sobrenomes contendo preposições ou artigos, estes não são inclusos nos elementos textuais, somente no pós-textual (referências).

6.10 Citação de sobrenomes contendo sufixos Filho, Neto, Sobrinho, Júnior etc.:

a) Em citações com sobrenomes contendo Filho, Neto, Júnior, os sufixos não são inclusos nos elementos textuais, somente no pós-textual (referências).

7. Equações e Fórmulas

Fórmulas e equações aparecem no texto com alinhamento justificado, são enumeradas apenas se tratar-se de mais de uma.

8. Medidas

Para a inserção de medidas, o periódico adota o padrão do Sistema Internacional de Medidas (SI).

9. Figuras

A Figura é a denominação genérica atribuída a fotografias, gravuras, mapas, plantas, desenhos, gráficos ou demais tipos ilustrativos. A revista exige que essa seja inserida em ótima qualidade, em modo editável e com a seguinte formatação: O título é colocado na parte superior, antes da figura, fonte Times New Roman, tamanho 12 (Figura 1/Caracterização...). A palavra “Figura” é redigida somente com a primeira letra em maiúsculo, com destaque em “negrito”. Apresentar a imagem em formato editável.

Já a Fonte deve estar com fonte Times New Roman, tamanho 10 (Fonte:). Caso a figura tenha sido confeccionada ou obtida pelos próprios autores, mencionar: Os autores. Se, todavia, for obtida de uma fonte e adaptada, informar: Silva (2015), adaptada pelos autores.

A Nota fica a critério dos autores colocá-la ou não, se optar por inseri-la, aparece em tamanho 9, grafada em itálico, seguida de ponto (*Nota.*).

10. Tabelas

A Tabela é usada para apresentar dados quantitativos ou qualitativos de modo resumido e seguro, oferecendo uma visão geral. Para citá-la no corpo do texto, é preciso escrever somente o número referente à tabela, por exemplo: Tabela 1, Tabela 2 etc. (a palavra “Tabela” deverá ser escrita somente com a primeira letra em maiúsculo, destacar com “negrito”).

Evite inserir ‘tabela abaixo’, ‘tabela acima’, ‘tabela da página . . .’ ou algo que indique posição da tabela, pois a numeração das páginas do trabalho poderá ser alterada durante a edição. O título da Tabela é escrito em fonte Times New Roman, tamanho 12 (Tabela 1/Caracterização...). Fonte e Nota devem ser apresentadas abaixo da tabela, a primeira em fonte Times New Roman tamanho 10 e a segunda em tamanho 9, grafada em itálico e seguida por ponto (Fonte: /*Notas.*). Já a Formatação para os dados do corpo da tabela fica com Fonte Times New Roman, fonte 10. Não se utilizam linhas verticais nas extremidades laterais da tabela.

11. Referências

As referências devem ser apresentadas em ordem alfabética, fonte Times New Roman, tamanho 12, alinhamento justificado, o espaçamento entre as linhas é simples (1,0), são separadas por 12pt depois e deslocamento na segunda linha de 0,75cm.

Recomenda-se que as referências sejam de trabalhos escritos em língua inglesa. Em caso de publicação bilíngue, usar a referência em inglês.

Preferencialmente, a escolha de bibliografia seja em primeiro lugar por artigos científicos ao invés de capítulos de livros, dissertações e teses. Se, entretanto, optar por inserir livros, que se trate da seleção de alguns capítulos e não de obra completa.

a) Artigo de periódico com DOI (Digital Object Identifier):

Para periódicos científicos, boletins informativos ou revistas, coloca-se, em itálico, o título e o volume (se houver).

Os elementos são: Sobrenome, Nome abreviado. (ano de publicação). Título do artigo. *Nome do periódico, volume*(número), páginas. doi:

b) Artigo de periódico sem DOI (ou indisponível):

Os elementos são: Sobrenome, Nome abreviado. (ano de publicação). Título do artigo. *Nome do periódico, volume*(número), páginas. Recuperado de endereço eletrônico completo sem ponto no final

c) Artigo de revista ou jornal:

Os elementos são: Sobrenome, Nome abreviado. (ano de publicação, dia e mês). Título do artigo. *Nome da Revista, volume*(número), páginas.

- Com seis ou sete autores, inclua o sobrenome e as iniciais dos nomes de todos os autores.
- Com oito ou mais autores, cite os sobrenomes e as iniciais dos nomes dos seis primeiros autores, insira três pontos e adicione o nome do último autor do trabalho.

d) Capítulo de livro:

Os elementos são: Sobrenome, Nome completo abreviado. (ano de publicação). Título do capítulo. In Nome completo abreviado, Sobrenome (Ed. ou Coord. ou Org.), *Título do livro: subtítulo* (informações adicionais se houver, volume, edição, páginas do capítulo). Local de publicação, abreviatura do estado ou nome do país: Editora.

e) Obras completas:

Os elementos são: Sobrenome, Nome completo abreviado. (ano de publicação). *Título: subtítulo* (se houver). Local de publicação, abreviatura do estado ou nome do país: Editora.

- Com informações adicionais, como volume, edição, páginas: Sobrenome, Nome completo abreviado. (ano de publicação). *Título: subtítulo* (se houver), (Vol., ed., pp.). Local de publicação, abreviatura do estado ou nome do país: Editora.

f) Teses, Dissertações, Monografias etc.:

Os elementos são: Sobrenome, Nome abreviado. (ano de publicação). *Título do trabalho* (Tipo de Documento). Instituição, cidade, sigla do estado ou nome do país.

g) Anais de eventos:

Sobrenome, Nome abreviado. (ano, mês de publicação). Título do trabalho. In *Anais do número do evento e nome* (p. ou pp.), Cidade, sigla do estado ou nome do país.

h) Com sobrenomes contendo preposições ou artigos: A preposição ou o artigo apresenta-se apenas se for relevante para a referência.

i) Legislações e Constituições:

Lei n....., de (dia) de (mês) de (ano). (ano). Nome, Cidade, sigla do estado. Recuperado de endereço eletrônico completo sem ponto no final
O número e a data da Lei devem vir grafados em itálico.

j) Com sobrenomes contendo Júnior, Sobrinho, Neto, Filho etc.: O sufixo deve estar após o último nome abreviado, depois da vírgula.

Sobrenome, Nome abreviado, Sufixo. *Título: subtítulo* (se houver), (Vol., ed., pp.). Local de publicação, abreviatura do estado ou nome do país : Editora.

12. Apêndice e Anexo

Não inclua anexos ou apêndices no arquivo submetido à Revista Uningá.