

**INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR
UNIÃO EDUCACIONAL DO VALE DO AÇO**

**Ana Laura Lucena Pereira
Thaynara Guimarães Martins
Yasmim Vilela Rodrigues**

**URTICÁRIA CRÔNICA ESPONTÂNEA:
revisão de literatura e relato de caso**

IPATINGA

2023

**Ana Laura Lucena Pereira
Thaynara Guimarães Martins
Yasmim Vilela Rodrigues**

**URTICÁRIA CRÔNICA ESPONTÂNEA:
revisão de literatura e relato de caso**

Trabalho de conclusão de curso apresentado a UNIVAÇO- União Educacional do Vale do Aço S.A, como requisito parcial à graduação no curso de Medicina.

Prof.^a orientadora: Aiala Xavier Felipe
Prof.^a coorientadora: Aiane Xavier Felipe Batalha

**IPATINGA
2023**

URTICÁRIA CRÔNICA ESPONTÂNEA: revisão de literatura e relato de caso

Ana Laura Lucena Pereira¹; Thaynara Guimarães Martins¹; Yasmim Vilela Rodrigues¹; Aiane Xavier Felipe Batalha²; **Aiala Xavier Felipe³**

1. Acadêmicos do curso de Medicina da UNIVAÇO – União Educacional do Vale do Aço, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil.
2. Docente do curso de Medicina da UNIVAÇO – União Educacional do Vale do Aço, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. Coorientadora do TCC.
3. Docente do curso de Medicina da UNIVAÇO – União Educacional do Vale do Aço, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. Orientadora do TCC.

Resumo

Introdução: a urticária crônica espontânea é caracterizada por placas transitórias pruriginosas, eritematosas e edematosas que cobrem a pele, podendo apresentar angioedema. Essas manifestações clínicas implicam na qualidade de vida do paciente. Esta patologia representa cerca de 70% de todas as urticárias crônicas sendo predominante no sexo feminino e as principais hipóteses para justificar sua ocorrência estão as causas autoimunes e auto alérgicas. O diagnóstico é clínico, com base na sintomatologia, anamnese e exame físico. O tratamento da urticária envolve uso de anti-histamínicos de segunda geração, imunossuppressores e anticorpos monoclonais. **Objetivo:** compreender a fisiopatologia, sinais e sintomas, diagnóstico, tratamento e prognóstico dessa doença por meio de revisão de literatura e exemplificar com um relato de caso. **Método:** trata-se de uma pesquisa exploratória do tipo relato de caso com abordagem qualitativa e revisão de literatura, no qual foi realizado um levantamento de informações a partir das bases SciELO, PubMed, Direct Science e MEDLINE. Além do ano da publicação, o critério de seleção dos artigos incluiu Qualis de A1 até B5, Fator de Impacto equivalente aos Qualis propostos e pertinência do conteúdo da publicação. O relato de caso foi escolhido devido a sua relevância em ilustrar a patologia. **Relato de caso:** paciente, feminina, 46 anos, sem comorbidades prévias conhecidas, apresentando sintomas sugestivos de urticária crônica espontânea desde 2005. Dessa forma apresentou dificuldade de concluir diagnóstico, sendo realizado diversos tratamentos de forma inadequada, sem melhora clínica. Após consulta com o especialista em 2017, obteve diagnóstico e tratamento correto, até controle completo do quadro clínico. **Conclusão:** portanto, a urticária crônica espontânea é uma doença de difícil diagnóstico, podendo acarretar diversos impactos negativos na vida do paciente, por isso é necessário aprofundar neste tema para melhor condução desta patologia.

Palavras chave: Urticária Crônica Espontânea. Diagnóstico. Tratamento.

Introdução

A urticária é uma patologia que cursa com o aparecimento súbito de erupções cutâneas, que se caracterizam por uma cor avermelhada de tamanhos diversos, quase sempre circundadas por eritema reflexo, acompanhada de forte prurido e ardência. Além disso, pode cursar em 40 a 50% dos pacientes com angioedema (localizado na lesão, de forma acentuada, uniforme acompanhado ou não de eritema) podendo desaparecer em até 72 horas (VALLE *et al.*, 2016).

É uma doença importante, pois implica na vida diária do paciente constituindo-se um problema de saúde pública. É uma patologia de difícil identificação, sendo uma das dermatoses mais comuns, aproximadamente 15% a 25% da população apresenta um episódio desta doença em algum momento da vida (AGONDI *et al.*, 2017).

Ademais, a urticária pode ser classificada quanto a seu período de duração em aguda e crônica. Sendo a Urticária Aguda (UA) com período abaixo de 6 semanas, composta por um único evento transitório e autolimitado, associado a infecções virais (principalmente em crianças), episódios espontâneos (idiopático) ou devido a alimentos e veneno de insetos himenópteros. Desse modo não é recomendado diagnóstico de rotina. Em contrapartida, a Urticária Crônica (UC) é recorrente por 6 semanas ou mais (PEREIRA *et al.*, 2020).

A UC pode ser dividida em dois tipos: urticária crônica indutível (UCIND) e urticária crônica espontânea (UCE). A UCIND pode ser acarretada por um fator externo identificado, sendo estes: dermatografismo sintomático imediato, urticária ao frio, urticária de pressão retardada, urticária solar, urticária ao calor, angioedema vibratório, urticária aquagênica, urticária colinérgica e urticária de contato. No entanto a UCE não se identifica um fator indutor (COSTA *et al.*, 2016; OJEDA *et al.*, 2018).

A UCE representa cerca de 70% de todas as urticárias crônicas tendo prevalência variável entre 0,5% e 1%, incidência de 0,10 a 1,5 por 100.000 habitantes predominante em adultos/jovens do sexo feminino (AGONDI *et al.*, 2017).

As principais hipóteses para explicar sua ocorrência são por causas autoimunes e auto alérgicas. Os sinais que ativam os mastócitos ainda não estão totalmente definidos. No entanto, acredita-se que estes não respondam apenas aos alérgenos que entram em contato com as moléculas de IgE em sua superfície, mas

também a estímulos como superantígenos, neuropeptídeos, anticorpos, agentes físicos, trifosfato de adenosina (ATP), anafilatoxinas e agentes químicos (KOLKHIR *et al.*, 2017).

O quadro clínico da UCE apresenta lesões maculo-papulares, eritematosas com pruridos fortes e constantes, ao exame físico pode-se observar lesões palpáveis, que empalidecem com a pressão, variando de tamanho e possuem o centro claro rodeado por halo eritematoso (KOCATÜRK *et al.*, 2019).

O diagnóstico é clínico, com base na anamnese, exame físico, aparência da lesão e testes a serem realizados no paciente, onde será encontrada urticária eritematosa e edemaciada que aumenta e diminui rapidamente, com ou sem angioedema acompanhado (HON *et al.*, 2019).

Em relação a terapia farmacológica, os fármacos de primeira escolha são os anti-histamínicos. Essa classe é dividida em primeira geração e segunda geração. Para o tratamento os mais utilizados são os de segunda geração pois demonstram maior perfil de segurança com menos efeitos adversos que em geral são bem aceitos e recomendados. Os de primeira geração não são escolhidos devido ao efeito sedativo e curta duração de ação. Para avaliar a atividade e a resposta ao tratamento, é proposto a utilização do índice de atividade da urticária (Weekly Urticaria Activity Score (UAS7) (KAYDRAN, 2019).

A importância da construção desse trabalho se deve a alta relevância sobre o tema, bem como, a sua dificuldade de diagnóstico. Devido a isso, foram levantadas informações acerca da UCE, no intuito de compreender seus aspectos fisiopatológicos, evolução, manifestações clínicas, diagnóstico, prognóstico e tratamento, com o objetivo de tornar essa patologia mais conhecida entre estudantes e profissionais da saúde.

Método

Este estudo trata-se de uma pesquisa exploratória do tipo relato de caso com abordagem qualitativa e revisão de literatura. A paciente em questão realizou acompanhamento periódico com médico especialista em alergia, que a convidou a fazer parte do relato de caso, informando-a sobre os seguintes tópicos: objetivo do estudo, justificativa, procedimento, contribuição, garantia do anonimato, fidedignidade da análise dos dados e o direito de participar ou não da pesquisa.

Além disso, a paciente encontra-se ciente do direito de desistir da sua participação no estudo em qualquer instante, sem acarretar nenhum prejuízo. Após essa explicação e dos tópicos presentes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), a paciente aceitou e assinou o termo.

Em relação ao relato de caso foram utilizados para coleta de informações os dados da história clínica, resultados de exames e cópias de prontuários.

É garantido que o seguinte trabalho adotou as diretrizes éticas que abrangem a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, norma que regulamentariza as pesquisas no Brasil envolvendo seres humanos, sobretudo ao se tratar de autorização espontânea e esclarecida dos participantes, bem como o anonimato e sigilo de suas informações e de seus dados.

A busca para revisão de literatura foi realizada nas bases de dados científicas Scielo, PubMed, Direct Science, Medline. Utilizando os seguintes descritores que são cadastrados nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS): Urticária Crônica and Diagnóstico and Tratamento and atenção primária. Sendo estabelecidos como critérios de inclusão artigos relevantes e conceituados para a temática publicados nos idiomas português e inglês nos anos 2016 a 2023. Foram excluídos os artigos que diferem do tema norteador e da temporalidade. Além do ano da publicação, o critério de seleção dos artigos incluiu Qualis, Fator de Impacto, conteúdo da publicação e base de dados os quais, suas respectivas classificações encontram-se no quadro 1 apresentado no final deste trabalho (Apêndice B).

Relato do caso

Paciente, 46 anos, sexo feminino, solteira, autônoma, sem comorbidades prévias conhecidas; histórico familiar de psoríase e dermatite atópica. Em setembro de 2005, após um tratamento dentário, iniciou os primeiros sintomas com lesões de pele características de urticária, apresentando: hiperemia generalizada, calor local, edema, prurido intenso, angioedema em olhos, boca e nariz, acarretando desconforto respiratório. Durante este episódio, a paciente residia na Itália e procurou atendimento para resolução do quadro, onde foi medicada com corticóide, devido a suspeita de um quadro alérgico.

Com o decorrer dos anos, a paciente continuou apresentando os mesmos sintomas, como representado em Figura 1. Entretanto, não soube mensurar a

recorrência correta das crises, mas referiu que havia relação com períodos de estresse e tristeza. Devido a isto, iniciou acompanhamento com psicólogo e fitoterápicos, sem melhora do quadro. A paciente relatou ter realizado exames para diagnóstico de possíveis patologias como lúpus eritematoso, alergias alimentares, artrite reumatóide entre outras, todas sendo descartadas.

Figura 1 – Paciente durante crise de urticária.



Fonte: Paciente (2006).

Apesar das crises diminuírem sua frequência, apresentou urticas mais extensas com duração de até 24 horas, como demonstra a Figura 2. Contudo negou acometimento de sistema digestivo. Iniciou o seu tratamento na Itália com ciclosporina (imunossupressor) e altas doses de corticoide (segundo informações colhidas), obtendo assim melhora dos quadros, mas não sua remissão, e permaneceu sem confirmação diagnóstica. Paciente informou que nos anos de 2007 e 2008 estava grávida e durante o período gestacional permaneceu assintomática, com retorno do quadro clínico no puerpério.

Figura 2 – Paciente durante crise de urticária.



Fonte: Paciente (2007).

Em 2008, voltou para o Brasil e suspendeu o uso das medicações supracitadas, sendo assim, o quadro clínico da paciente foi agravando-se de forma contínua, impactando diretamente na sua qualidade de vida, em que a mesma referiu baixa autoestima por causa das lesões, insônia devido ao prurido intenso, dificuldade em manter uma vida profissional e social.

No ano de 2012, voltou a procurar atendimento para diagnóstico e tratamento do quadro alérgico. Foi receitado loratadina 10 mg (anti-histamínico de segunda geração) durante as crises. Foram solicitados novos exames em 11/09/2012: fator anti-nuclear (FAN), venereal disease research laboratory (VDRL) e ferro sérico (Anexo 1). Em 29/11/2012 realizou: Thyroid Stimulating Hormone (TSH), ferritina sérica, tiroxina livre (T4 livre) e anticorpos anti-tpo (Anexo 2). Contudo, todos os exames estavam dentro do padrão de normalidade.

Adentrou em 2014 apresentando quadros alérgicos, como demonstra Figura 3, fazendo uso de anti-histamínicos em dose habitual. Além disso, permaneceu em investigação, sendo realizados em 23/09/2014: fator reumatóide latex, proteína c reativa (PCR), waller – rose e célula LE, (Anexo 3), sendo PCR positivo e demais exames dentro da normalidade.

Em 2017, a paciente retornou com os mesmos sintomas sendo necessário substituição de medicação e conseqüentemente duplicação de dose, passou a utilizar desloratadina 5 mg de 12/12 horas de uso contínuo. Em 04/04/2017 realizou: IgE dermatophagoides pteronyssinus, IgE dermatophagoides farinae, IgE total, magnésio, PCR, fator reumatoide latex (Anexo 4); resultado de PCR aumentado. Neste mesmo ano consultou uma especialista em alergia, apresentando todos os exames já realizados. Ao avaliar os exames, a médica definiu como principal hipótese diagnóstica UCE, devido ao quadro clínico persistente. Dessa forma, aplicou o UAS7, com pontuação sugestiva de gravidade, segundo relato da paciente e da médica, entretanto não possuem documento de comprovação para anexar neste artigo.

A especialista definiu diagnóstico e começou o tratamento em 14/09/2017 com anti-histamínico de segunda geração em dose quadruplicada de Ebastina 10 mg de 6/6 horas por 3 meses.

Após falha de tratamento com anti-histamínico de segunda geração de forma isolada, além de obter escore de gravidade no UAS, foi determinado em 2018 a associação com o anticorpo monoclonal humanizado anti IgE (Omalizumabe) via

subcutânea com duas doses de 150 mg a cada 4 semanas no total de 18 aplicações. Devido ao alto custo, entrou com processo judicial para conseguir a medicação. Houve melhora clínica, depois da aplicação da primeira dose do fármaco e suspendeu Ebastina por conta própria, utilizando uma dose a cada 4 semanas por 1 ano. A partir da 12ª aplicação houve um espaço de 6 em 6 semanas, depois de 8 em 8 semanas.

O tratamento com o Omalizumabe durou aproximadamente 3 anos, atualmente, a paciente encontra-se assintomática e sem uso de medicações.

Figura 3 – Paciente durante crise de urticária.



Fonte: Paciente (2014).

Revisão da literatura

DEFINIÇÃO E EPIDEMIOLOGIA

A urticária é determinada pelo acelerado surgimento de urticas, que podem ser acompanhadas pelo angioedema. O edema da derme superficial é nomeado urticária e, o edema da derme profunda, do subcutâneo e do trato gastrointestinal é denominado de angioedema, que acompanha 40% dos pacientes. Geralmente é relacionada a uma forma de urticária mais grave, duradoura e mais resistente ao tratamento (ENSINA *et al.*, 2019).

A urtica é lesão da pele caracterizada por três aspectos típicos: I) edema central de diversos tamanhos, rodeado por eritema reflexo; II) prurido; III) natureza efêmera, com a derme retornando a sua composição normal em um período de 1 a

24 horas. O angioedema é determinado por: I) edema abrupto evidenciado na derme profunda e subcutâneo; II) prevalência de dor em relação ao prurido; III) acometimento regular das membranas mucosas, IV) solução do quadro em média com 72 horas, de maneira mais lenta do que as urticais. A UCE persiste por mais de 6 semanas, até mesmo meses ou anos, sem fator externo identificado (ZUBERBIER, 2021).

A prevalência da UC é de 0,05 e 3%, variando entre populações estudadas. Diversas pesquisas referem prevalência de até 5%; sua incidência está estimada em 1,4% ao ano podendo atingir 5 a 15% das pessoas, geralmente observada entre a terceira e sexta década de vida, com pico aos 40 anos (KAPLAN., 2019).

É uma doença autolimitada por um período de 1-5 anos, porém em até 20% dos pacientes pode atingir entre 5-10 anos, estando descritos casos raros que ultrapassem 50 anos de acometimento (VALLE, *et al.*, 2016). A UCE representa cerca de 70% de todas as urticárias com predomínio em pacientes adultos do sexo feminino, pois cerca de 35 a 40% são relacionados a causas autoimunes. Além disso, os episódios aparecem em qualquer parte do dia persistindo por horas, sendo mais comum em adultos/jovens (20 e 40 anos) (COSTA *et al.*, 2016).

ETIOLOGIA

Em 90% dos casos de UCE não se encontra fator desencadeante. Entretanto, alguns estudos associaram a etiologia às causas autoimunes e auto alérgicas (SÁNCHEZ *et al.*, 2021).

Outras causas da UCE possuem dados científicos escassos, porém, existem teorias a respeito de alguns fármacos como anti-inflamatórios não esteroides e codeína que podem desencadear uma reação de urticária não alérgica ou piora do quadro. Além disso, infecções bacterianas como estafilococos, podem provocar reações desconhecidas e fomentar o aparecimento de lesões na derme (GENN; ELIAN, 2022).

FISIOLOGIA DA PELE

A pele é o maior órgão do corpo, sendo responsável por 16% do peso corpóreo e sua principal função é proteger as estruturas internas do meio externo. Ela é constituída por três camadas: epiderme, derme e hipoderme.

A camada externa da pele é a epiderme, sendo avascular apresentando proteção contra agentes externos, além disso, é constituída de células epiteliais achatadas e estão dispostas em: basal ou germinativa, espinhosa, granulosa, lúcida e córnea (BERNARDO *et al.*, 2019).

A derme é composta por fibras elásticas e colágenas sendo as principais células: mastócitos, histiócitos, fibroblastos e células dendríticas, ademais podem estar presentes em graus variados: linfócitos, plasmócitos, eosinófilos e neutrófilos (BERNARDO *et al.*, 2019).

A hipoderme é constituída por lóbulos de adipócitos limitados por septos de tecido conectivo vascularizados e inervados, tendo como função isolamento térmico e mecânico, bem como depósito de calorías, além de possibilitar a motricidade da pele sobre os músculos. É considerada um local fundamental para produção e modificação hormonal (BERNARDO *et al.*, 2019).

FISIOPATOLOGIA DA URTICÁRIA CRÔNICA ESPÔNTANEA

O mecanismo fisiopatológico primordial da UCE consiste na desgranulação dos mastócitos e basófilos, que resulta na liberação de inúmeros mediadores, em especial a histamina, que levam à vasodilatação e aumento da permeabilidade capilar, induzindo placas eritematosas delimitadas e/ou o angioedema. Há presença de pápulas devido a degranulação do mastócito e eosinófilo, ativação das células endoteliais (expressão de moléculas de adesão CD31/PECAM-1) proliferação vascular, dependente do VEGF (vascular endothelial growth factor), além da ativação da coagulação sanguínea (OCAK *et al.*, 2020). Em sincronia ocorre a estimulação de terminações nervosas sensoriais que causam o prurido. Entre os possíveis mecanismos fisiopatológicos da degranulação mastocitária são identificados fatores autoimunes e/ou auto-alérgicos, tal como a ativação de cascatas inflamatórias ou da coagulação (VESTERGAARD; DELEURAN, 2016).

A teoria autoimune demonstra a presença de anticorpos da classe IgG contra os receptores de alta afinidade da IgE (IgG anti-FcεRI) da superfície dos mastócitos e basófilos, assim como IgG contra a própria IgE (IgG anti-IgE) da superfície celular (autoimunidade tipo IIb) (CABALLERO; FERRER; GUILARTE, 2022). Entretanto, não existe consenso quanto à prevalência destes auto-anticorpos em doentes com UCE. Na presença de outros cofatores, não identificados, as IgG anti-FcεRI e IgG anti-IgE

ativam e induzem a desgranulação de mastócitos e basófilos, a ativação destes últimos pode ser detectada devido a basopenia em doentes com UCE, devido ao seu recrutamento para a pele durante a crise aguda de urticária, ou a sua desgranulação e/ou destruição por estes anticorpos (FUKUNAGA *et al.*, 2022). Em doentes com UCE há maior prevalência de patologias autoimunes como: artrite reumatoide, lúpus eritematoso sistêmico e tireoidite autoimune, reforçando assim teoria da autoimunidade. Ademais, pode ser detectado IgE contra autoantígenos, como IgE antiperoxidase tireoideia (IgE anti-TPO), IgE anti-IL-24 e anti-dsDNA, que se prendem à superfície de mastócitos e basófilos, sendo capazes de induzir a sua desgranulação quando expostos ao auto-antígeno (autoimunidade tipo I ou auto-alergia) (RENKE *et al.*, 2019).

O teste de soro autólogo (ASST - autologous serum skin test) e o teste de ativação de basófilos (BAT - basophil activation test) possibilitam identificar se o doente possui uma base autoimune tipo IIb. A constatação destes anticorpos aponta uma causa autoimune/auto-alérgica em uma população de doentes, em contrapartida essa condição não constitui o suficiente para o seu desenvolvimento (VOLLONO *et al.*, 2019).

Sendo a autoimunidade uma das causas de UCE, é possível pensar nesta doença como um estado pró-inflamatório. Dessa forma, os pacientes acometidos por ela podem ter níveis de proteína C-reativa (PCR) superiores. Pode estar associado a um aumento da velocidade de hemossedimentação (VHS), porém pouco significativo. Em relação aos doentes com PCR alto ou normal, não é identificado diferença nos marcadores de autoimunidade, como imunoglobulinas e autoanticorpos. O sobrepeso, obesidade e a síndrome metabólica são estados pró-inflamatórios mais comuns na UCE do que na população em geral, sendo associados a uma patologia mais severa e a marcadores inflamatórios elevados (TERHORST *et al.*, 2023).

Estudos atestam que a cascata da coagulação pode ser ativada em doentes com UCE, sem identificação da causa para o seu desenvolvimento. A ativação pode ocorrer pela expressão do fator tecidual nos eosinófilos ou da lesão de vasos sanguíneos. Contudo, na UCE não há alterações da hemostase que sejam clinicamente importantes, nem evidências de aumento dos eventos trombóticos. O marcador da coagulação (D-dímeros) estão aumentados nos pacientes e geralmente

tem associação com um quadro mais severo desta patologia (NUNES; GONÇALO, 2021).

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

A urticária é caracterizada pelo surgimento de lesões maculopapulares eritematosas que variam de tamanho e empalidecem a digito-pressão, diversas vezes confluentes e possuem o centro claro rodeado por um halo eritematoso. As lesões são pruriginosas, flutuantes, recorrentes e com duração inferior a 24 horas, que desaparecem frequentemente sem qualquer lesão residual. Ademais, há o aparecimento de urticas que perduram no mesmo local por no máximo um dia, retornando em outras áreas do corpo, por esse motivo o paciente pode relatar lesões efêmeras que aparecem em diferentes locais. Os episódios de UCE aparecem em qualquer parte do dia persistindo por horas (MAURER *et al.*, 2016).

O angioedema, está presente em até 40% das pessoas com UC, sendo em 10% dos pacientes com UCE, o único sinal presente. Aproximadamente 20% da população pode apresentar essa manifestação sem possuir nenhuma patologia associada. Este sinal é caracterizado como edema súbito, que pode acometer a derme, tecido subcutâneo, mucosas com sensação de dor e possui resolução mais lenta do que as urticas, podendo durar até 72 horas. Em alguns casos, o angioedema também pode acometer o sistema digestivo, provocando dor abdominal e problemas intestinais. Habitualmente tende a ser leve, entretanto pode evoluir afetando tecidos envolvidos com a respiração, sendo capaz de edemaciar as vias aéreas (BECK; BERNSTEIN; MAURER, 2017).

Devido as lesões na pele o paciente tem sua imagem corporal afetada, acarretando de forma negativa no desempenho das atividades diárias. A presença de prurido e angioedema desencadeiam a privação de sono, afetando diretamente a sua qualidade de vida. Além do mais, os custos das medicações são consideráveis, associado a constante utilização dos serviços de saúde em busca da resolução dos sintomas (ZUBERBIER; BERNSTEIN, 2018).

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da UCE é clínico, deve ser realizado uma anamnese minuciosa com questionamentos a respeito dos sinais, sintomas, fatores desencadeantes e

exacerbantes como exemplificado no Quadro 2. Essa entrevista inicial tem como principal função descartar patologias que se assemelham a UCE realizando assim o seu diagnóstico diferencial. O exame físico consiste em avaliar o local das lesões, sua extensão e seu aspecto (KOLKHIR *et al.*, 2020).

A pesquisa laboratorial não deve ser extensa pois aumenta o custo e não modifica o tratamento. Inicialmente é limitada, sendo efetuada por meio de análise sanguíneas com hemograma completo, prova de atividade inflamatória, PCR ou VHS que devem ser realizadas em todos os pacientes. O PCR é um marcador importante para o diagnóstico e avaliação da urticária, sendo que em altos níveis está relacionado com urticária mais grave (HUANG; CHICHESTER; SAINI, 2020)

Em caso de doença mal controlada é necessária uma investigação detalhada por meio de exames como: D-dímeros, anticorpos anti-tiroideus e anti-nucleares, fatores do complemento, IgE sérica total, não sendo recomendada a análise de IgE específica para alérgenos e alimentos, visto que, a alergia mediada por IgE não é causa de UCE. Ainda que não existam modificações laboratoriais específicas na patologia, a biopsia cutânea da lesão é útil para excluir outras doenças (WEDI; TRAILDL, 2021).

Adicionalmente pode ser executado o TSA, é um teste intradérmico do soro do paciente e é utilizado para constatar o mecanismo de auto reatividade da UCE, entretanto o TSA não é um auto anticorpo específico, porém quando o resultado é positivo indica a presença de uma substância desgranulante do mastócito em circulação e na detecção de anticorpos IgG anti-IgE ou anti-FcεRI sendo realizado também o teste de ativação dos basófilos (BAT) (KOLKHIR *et al.*, 2017).

O TPA é um exame pouco utilizado sendo aplicado no mesmo local do TSA. Porém, este é administrado em conjunto com o soro para controle negativo e de histamina, sendo considerado positivo se ocorrer a formação de uma pápula de 1,5 mm acima do controle negativo (BORALLI *et al.*, 2017).

Quadro 2– Questionamentos durante anamnese do paciente com suspeita de urticária.

Tempo de início da doença;
Forma, tamanho, frequência, duração e distribuição das urticais/angioedema;
Associação com angioedema;
Sintomas associados, como dores ósseas ou articulares, febre, dor abdominal;

História pessoal e familiar de urticas e angioedema;
Indução por agentes físicos ou exercício;
Ocorrência em relação a alimentos ou medicações (anti-inflamatórios não-hormonais, inibidores da enzima conversora da angiotensina;
Ocorrência em relação a infecções ou estresse emocional;
Ocorrência em relação ao horário do dia, finais de semana, ciclo menstrual, feriados e viagens a países do exterior;
Alergias prévias ou concorrentes, infecções, doenças internas ou autoimunes, problemas gastrointestinais ou outras desordens;
Histórico social e ocupacional, atividades de lazer;
Tratamentos prévios e resposta aos tratamentos, incluindo doses e duração do uso;
Procedimentos diagnósticos prévios e seus resultados.

Fonte: Adaptado de Zuberbier *et al.*, 2021

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

É necessário considerar diagnósticos diferenciais em todos os pacientes com manifestações clínicas sugestivas da UC como: distúrbios mastocitários (incluindo mastocitose), síndrome hipereosinofílica, vasculite cutânea (urticária vasculite), eritema multiforme, lúpus eritematoso e doenças auto inflamatórias (KIM *et al.*, 2017)

Acerca destas suspeitas é fundamental a investigação por exames complementares e biópsia cutânea com o objetivo de excluir as possíveis patologias que se assemelham a UCE (VALLE *et al.*, 2016).

Diante disso, a mastocitose é um conjunto de patologias definidas pela proliferação de mastócitos e sua infiltração na pele, em outros órgãos ou ambos. Os sintomas ocorrem pela liberação dos mediadores e são: rubor, prurido, e dispepsia decorrente de hipersecreção gástrica (COSTA *et al.*, 2016).

A urticária vasculite é caracterizada por lesões que persistem por mais do que 24 horas no mesmo local, apresenta ardor e evolui para máculas hipercrômicas residuais (DOONG *et al.*, 2017).

As síndromes auto-inflamatórias, como a febre familiar do Mediterrâneo e as síndromes periódicas associadas a criopirina (síndrome auto-inflamatória familiar ao frio e a síndrome de Muckle-Wells) são um conjunto diverso e raro de doenças definidas por episódios recorrentes de lesões urticariformes associada a febre e inflamação local ou sistêmica, com ausência de agentes infecciosos, linfócitos ou

fatores autoimunes. Além disso, existe também a síndrome de Schnitzler descrita por lesões urticariformes, pouco pruriginosas, geralmente com gamapatia monoclonal (como IgMκ), febre assídua, linfadenomegalias, dor osteoarticular e que pode evoluir para síndromes linfoproliferativas (LAPI *et al.*, 2016).

AValiação DA ATIVIDADE, IMPACTO E CONTROLE DA URTICÁRIA

A UC impacta significativamente na qualidade de vida dos pacientes por seus respectivos sintomas e imprevisibilidade da doença. Sendo assim é necessária uma avaliação detalhada do quadro clínico para o controle adequado desta patologia (MAURER *et al.*, 2016).

Diante disso, é utilizado como ferramenta de auxílio o Patient Reported Outcomes (PROs) que é o relato da doença tanto pelo paciente como também pelo acompanhante. Ele consiste em entrevista detalhada que será primordial para a tomada de decisão pelo médico a respeito do tratamento (AGONDI *et al.*, 2017).

Existem três instrumentos que podem ser utilizados mais especificamente para análise da UC, que são: Urticaria Activity Score (UAS), Urticaria Control Test (UCT) e Chronic Urticaria Quality of Life Questionnaire (CU-Q2oL); e dois para o angioedema, o Angioedema Activity Score (AAS) e o Angioedema Quality of Life Questionnaire (AE-QoL) (VALLE, 2018).

O UAS7 (Anexo 5) é um escore fundamental para avaliar a intensidade e atividade da urticária monitorando sua evolução e o tratamento, por meio de um questionário embasado no relato dos pacientes acerca dos sintomas: prurido e urticas, durante sete dias consecutivos entre o intervalo das consultas ou nos sete dias anteriores ao retorno. As anotações devem ser realizadas no mesmo horário diariamente variando o escore de 0 a 42 sendo que sem sintomas (0); bem controlada (1-6); leve (7-15); moderada (16-27) e grave (28-42), sendo adequado um $UAS7 \leq 6$, mas de preferência igual a zero (VALLE., 2018).

O UAS é o padrão ouro para determinar a atividade da UCE, porém não possui a avaliação do angioedema do paciente pois não avalia UCIND e nem o controle da doença, sendo assim, apresenta restrições e depende do comprometimento do paciente (VALLE, 2018).

O UCT (Anexo 6) foi elaborado para complementar o UAS7 levando em consideração a visão do paciente sobre os seus sintomas nas quatro semanas

anteriores a sua consulta de retorno. É uma ferramenta utilizada durante a consulta médica e na prática clínica que avalia a UCE, UCIND e o angioedema, além disso auxilia em ajustes terapêuticos (VALLE, 2018).

O questionário consiste em quatro perguntas com cinco opções e por meio delas é avaliado escore de 0 a 16, podendo mensurar a qualidade de vida do paciente sendo que, quanto maior o valor melhor o prognóstico, em que maior ou acima de 12 considera-se controlada (VALLE, 2018).

O CU-Q2OI (Anexo 7) possui vinte e três perguntas associado com a escala Likert que analisam a qualidade de vida do paciente com UC, sendo realizado de acordo com as duas semanas anteriores à consulta. Além de possuir limitações como o uso restrito para avaliar UCE em adultos e com menos enfoque sobre a repercussão do angioedema. O questionário tem como pontuação mínima 23 pontos e máxima 115 pontos que atribui uma pior qualidade de vida do paciente. Deve ser aplicado na sala de espera ou durante a consulta, respondido apenas pelo paciente, sendo realizado a cada seis meses (VALLE, 2018).

O AAS (Anexo 8) é o primeiro instrumento seguro para indicar a recorrência do angioedema, possui cinco perguntas com pontuação entre 0 e 3 e máxima de 15. Este questionário pode ser realizado em 7 dias (AAS7) e 4 semanas (AAS28). Ele deve ser solicitado em toda consulta de preferência o ASS28, para especificar a quantidade de dias que o paciente manifestou o angioedema sendo exclusivo para essa avaliação (VALLE, 2018).

O AE-QoL (Anexo 9) é um questionário que valida a qualidade de vida em pacientes com angioedema recorrente que consiste em dezessete perguntas e cinco opções de resposta variando de 1 (nunca) a 5 (muito frequente) em quatro dimensões, com pontuação de 17 a 85, em que, quanto maior o escore pior seu comprometimento. Entretanto, apresenta limitações como a ausência de cut-offs para especificar em leve, moderado ou grave (VALLE, 2018).

TRATAMENTO

O tratamento da UC é prolongado e tem como finalidade atingir o controle completo da patologia e de seus sintomas visando a melhoria da qualidade de vida do paciente (ENSINA *et al.*, 2019).

O princípio básico é realizar o tratamento até que as manifestações clínicas estejam controladas pelo tempo necessário e o mínimo possível, utilizando as

medicações diariamente e não apenas quando há presença dos sintomas (NUNES; GONÇALO, 2021).

Atingido o controle da doença ($UCT \geq 12$ e/ou $UAS7 \leq 6$) no qual não apresenta sintomas o suporte farmacológico deve ser realizado até a remissão da urticária e para que isso aconteça é necessária uma reavaliação regular do paciente através do índice de atividade da urticária UAS7 (ENSINA *et al.*, 2019).

Devido a muitos sintomas da doença serem mediados pela ação da histamina sobre os receptores H1 presentes nas células endoteliais e em nervos sensitivos, deste modo, a classe medicamentosa de escolha são os anti-histamínicos. Os anti-histamínicos H1 de 1ª geração não são utilizados pois apresentam efeitos sedativos e anticolinérgicos (taquicardia, xerostomia) sendo preteridos os de segunda geração (KAPLAN, 2019).

PRIMEIRA LINHA: ANTI-HISTAMÍNICOS NÃO-SEDANTES DE SEGUNDA GERAÇÃO

A primeira linha de tratamento da UC são os anti-histamínicos antagonistas dos receptores H1 de segunda geração devido a sua segurança, eficácia e redução de efeitos colaterais. Sendo utilizados os seguintes medicamentos: bilastina, cetirizina, desloratadina, ebastina, fexofenadina, levocetirizina, loratadina e rupatadina em dose padrão inicial diariamente de forma regular, pois o seu uso intermitente não implica em uma melhora clínica significativa (VALLE, 2018).

Comparando os representantes dessa classe não há diferença quanto a sua ação, porém há respostas distintas entre os pacientes e não existem evidências para realizar a troca do medicamento por outro da mesma classe, pois não modifica a resposta clínica, longe disso, posterga o controle da patologia e estende o sofrimento do paciente (MAURER, 2017).

SEGUNDA LINHA: ANTI-HISTAMÍNICOS NÃO SEDANTES DE SEGUNDA GERAÇÃO EM DOSES ALTAS

O tratamento de primeira linha em dose padrão descrita em bula deve ser utilizado por 2 a 4 semanas, se não houver resolutividade dos sintomas de acordo com UAS7, é recomendado a duplicação da dose deste medicamento e após a

reavaliação, não apresentando melhora, pode quadruplicar a dose padrão. Deve-se explicar ao paciente que apesar desta dosagem não estar na bula, esta demonstrou ser segura em pesquisas. De acordo com estudos de segurança, os fármacos utilizados para a dose máxima do tratamento são: bilastina, cetirizina, desloratadina, ebastina, fexofenadina, levocetirizina e rupatadina. Essa conduta resulta em um aumento significativo do custo do tratamento em contrapartida há benefícios na qualidade de vida (ENSINA *et al.*, 2019).

Não é recomendado utilizar doses mais altas do que quatro vezes a dose padrão, pois não existem evidências clínicas que comprovem o benefício desta medida farmacológica, além do aumento dos efeitos colaterais. Dessa forma, a utilização da dose máxima é a escolha para a segunda linha do tratamento visto que a combinação de diferentes anti-histamínicos não deve ser realizada (OCAK *et al.*, 2020).

TERCEIRA LINHA: OMALIZUMABE

Em caso de falha do tratamento com altas doses de anti-histamínico de segunda geração após 2 a 4 semanas, é recomendado associar o omalizumabe (PEREIRA *et al.*, 2020).

O Omalizumabe é um anticorpo monoclonal humanizado anti-IgE que impede a ligação ao receptor mastocitário diminuindo sua ativação. É um fármaco seguro com poucos efeitos colaterais, dentre eles cefaleia, artralgia, astenia e reação local (NUNES; GONÇALO, 2021).

A imunoglobulina é utilizada por via subcutânea na dose de 300mg a cada 4 semanas, com os anti-histamínicos de segunda geração por 12 a 24 semanas (KAPLAN, 2019). De acordo com evidências clínicas a combinação dos fármacos se mostrou eficiente no controle dos sintomas de 73% dos pacientes com UCE que não obtiveram melhora com o tratamento de segunda linha (ENSINA *et al.*, 2016).

Existem dois tipos de resposta ao tratamento proposto, em que 70% são aqueles que respondem rápido e apresentam o controle dos sintomas em até 8 dias, porém, há pacientes que postergam sua resposta por até 6 meses. Sendo assim, não deve ser considerado falha terapêutica em um prazo menor que 6 meses. A avaliação da resposta ao tratamento é realizada através de variáveis dependentes de escore de atividade da urticária UAS7 e de qualidade de vida (Dermatology Life

Quality Index – DLQI). Além disso, um dos marcadores que elucida melhor a resposta terapêutica é a IgE sérica que deve ser dosada antes do início do tratamento e durante o processo (WEDI; TRAILDL, 2021).

QUARTA LINHA: CICLOSPORINA A

Após seis meses do tratamento com a terceira linha se não houver resposta é recomendado a substituição do omalizumabe pela ciclosporina A associada a altas doses com anti-histaminicos H1 de segunda geração (KAPLAN, 2019).

A ciclosporina A é um imunossupressor que inibe os linfócitos T. Este medicamento não é preconizado para tratamento da urticária, porém tem apresentado benefício em 65% dos casos tratados. A posologia indicada é de 3 a 5 mg/kg/dia via oral, não há um consenso sobre iniciar o fármaco com doses mais baixas e aumentar progressivamente ou começar com doses altas e diminuí-las, entretanto, segundo os autores citados neste parágrafo é recomendado iniciar com doses reduzidas e aumenta-la na ausência de resposta (WEDI; TRAILDL, 2021).

A ciclosporina é recomendada como quarta linha devido a seu risco de efeitos colaterais graves tais como hiperplasia gengival, hipertensão arterial, alteração de função renal, hepática, tremor, hirsutismo e efeito imunossupressor podendo apresentar maior risco de infecções quando utilizadas doses mais altas e por longos períodos. Dessa forma, os pacientes devem ser monitorizados mensalmente e após mudança de dose, por meio de exames clínicos e laboratoriais como dosagem sérica da ureia, creatinina, magnésio, hemograma completo, lipídios, função hepática, potássio, ácido úrico e avaliação de pressão arterial em duas ocasiões separadas (AGONDI *et al.*, 2017).

O USO DOS CORTICOSTEROIDES SISTÊMICOS NO TRATAMENTO DA URTICÁRIA

Os corticosteroides sistêmicos podem ser utilizados na UA grave e UC em casos de exacerbação da patologia. Porém não é indicado o seu uso por longo período, pois os riscos são maiores que os benefícios podendo acarretar problemas em diversos sistemas como a supressão do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal levando a disfunções hormonais e metabólicas (ENSINA *et al.*, 2019).

Os fármacos mais utilizados dessa classe são prednisona ou prednisolona administrados em ciclos de 3 a 10 dias na dose de 1 mg/kg/dia, não podendo ultrapassar 60 mg/dia, nessas doses não são observados efeitos adversos importantes (NUNES; GONÇALO, 2021).

ANTI-HISTAMÍNICOS H2 NO TRATAMENTO DA URTICÁRIA

Sobre o uso de anti-histamínicos H2 (como a ranitidina) não há indícios a respeito do malefício ou benefício da sua combinação com anti-histamínicos H1. Por mais que não possuam evidências na literatura e que não seja recomendado o uso da ranitidina ainda é utilizada em conjunto com anti-histamínicos H1 em casos de urticária crônica refratária, devido a sua boa segurança e baixo custo (OJEDA *et al.*, 2018).

ANTAGONISTAS DOS LEUCOTRIENOS NO TRATAMENTO DA URTICÁRIA

Os antileucotrienos, como o montelucaste, foram alvos de pesquisas para o tratamento da UCE, entretanto, os estudos foram efetuados com pacientes que apresentavam hipersensibilidade a anti inflamatório não esteroideal dificultando uma análise dos dados. Por outro lado, de acordo com estudos o seu uso pode ser útil em determinadas situações, mas sem benefício em todos os pacientes com essa patologia, por isso não é recomendado o uso desse fármaco como terapia adjunta aos anti-histamínicos H1 (OCAK *et al.*, 2020).

OUTROS TRATAMENTOS

Quando houver falha nos tratamentos anteriores por mais que não tenha recomendação pode ser empregado outras escolhas de fármacos como anti-inflamatórios, dapsona e colchicina, imunossupressores, metotrexato, sulfassalazina, mofetil-micofenolato, ciclofosfamida, azatioprina e tacrolimo sendo esses medicamentos utilizados dependendo da situação clínica de cada paciente (CABALLERO; FERRER; GUILARTE, 2022).

SITUAÇÕES PARTICULARES

Os casos particulares incluem gestantes e lactantes, faixa etária pediátrica e geriátrica, sendo importante avaliar as especificidades dessas idades, como a posologia e formulação dos fármacos, bem como sua intervenção na evolução do feto (BECK; BERNSTEIN; MAURER, 2017).

Não há diferença entre a UCE nos adultos e na população pediátrica, porém nas crianças não há predomínio pelo sexo feminino e seu curso é menor, não sendo comum a presença de angioedema. O tratamento de primeira linha são os anti-histamínicos H1 de segunda geração, levando em consideração ajustes de formulação e doses de acordo com seu peso (DOONG *et al.*, 2017).

Além disso, pode ser necessário a utilização do omalizumabe, ciclosporina ou montelucaste. Há evidências sobre a eficácia da ciclosporina em alguns casos específicos, mas devido a seus efeitos adversos seu uso deve ser avaliado. O omalizumabe pode ser utilizado em crianças com doze anos ou mais. Em casos de exacerbação pode ser administrados corticoides sistêmicos por até 10 dias, no entanto deve ser levado em conta seus efeitos colaterais como atraso no crescimento da criança (SÁNCHEZ *et al.*, 2021).

Nos doentes geriátricos (≥ 65 anos) deve ser levado em conta que possuem algumas patologias de base com o uso de alguns medicamentos, por isso é importante atentar-se a prováveis interações entre os fármacos, principalmente com a ciclosporina. Deve sempre ser avaliadas a função hepática e renal pois as medicações loratadina e desloratadina não devem ser indicadas para pessoas com acometimento nesses órgãos. Em pacientes com hipertensão arterial sistêmica e com baixa filtração glomerular pode ter mais efeitos adversos ao utilizarem ciclosporina e corticoides (WEDI; TRAUDL, 2021).

Nas gestantes e lactantes há relatos de melhora do quadro clínico da doença no período gestacional com retorno no pós parto, entretanto há pacientes que pioram durante a gestação. Dessa forma, pode ser utilizado tratamento medicamentoso seguro durante essa fase sendo a terapia de primeira linha mais utilizada os anti-H1ns. Além disso, nos períodos de exacerbação pode ser prescrito corticoide sistêmico por curto tempo e menor dosagem. Em relação ao omalizumabe e ao montelucaste ainda não há estudos que evidenciam sua segurança e benefício, já a ciclosporina não é muito utilizada devido a seus efeitos teratogênicos e a toxicidade ao embrião (VESTERGAARD; DELEURAN, 2016).

Existem marcadores que auxiliam na validação da resposta terapêutica sendo eles: IgE, ASST, BAT, FceRI, PCR e D-dímero, exemplificado no quadro abaixo.

Quadro 3 – Tratamento da UCE e seus marcadores de resposta.

Fármaco	Possíveis Marcadores de Resposta	
	Boa Resposta	Má Resposta
Anti-histamínicos	IgE alta ou normal ASST e BAT negativos	ASST e BAT positivos D-dímeros elevados
Omalizumab	ASST e BAT negativos (se positivos – resposta lenta) FceRI elevados PCR normal D-dímeros normais	IgE normal/baixa ASST e BAT positivos FceRI diminuídos PCR elevado D-dímeros elevados Obesidade, Síndrome Metabólica e angioedema
Ciclosporina	ASST e BAT positivos IgE diminuída D-dímeros normais	ASST e BAT negativos IgE elevada D-dímeros elevados
UAS7, UCT e CU-Q2oL devem ser aplicados em todos os doentes com qualquer uma das terapêuticas, de forma a avaliar a resposta ao fármaco.		

Fonte: KAPLAN *et al.*, 2019

PROGNÓSTICO

A UCE, é pouco abordada, porém é o tipo mais comum de urticária crônica. Há uma ausência de informações sobre a doença e por isso é difícil realizar seu diagnóstico (MAURER *et al.*, 2016).

Apesar de ser um número significativo de pessoas afetadas pela patologia, as principais complicações estão relacionadas ao impacto social, como um menor desempenho escolar e profissional (VOLLONO *et al.*, 2019). Devido a imprevisibilidade do quadro clínico da doença, a qualidade de vida do paciente é afetada diretamente em diversas vertentes como: qualidade e quantidade de sono acarretando em uma sonolência diurna, diminuindo assim sua capacidade de concentração, auto estima baixa devido as lesões que se desenvolvem pelo corpo e que podem ocasionar o isolamento do paciente. Além de alterações psicológicas, ansiedade, depressão e alterações de humor. Dessa forma, há um impacto negativo no cotidiano, sendo superior a outras doenças dermatológicas crônicas como a psoríase e o eczema atópico (COSTA *et al.*, 2016).

Dessa maneira, o prognóstico está diretamente relacionado ao diagnóstico, ou seja, com o atraso do mesmo, o paciente não é tratado da maneira correta, desenvolvendo assim uma menor qualidade de vida. Em contrapartida se ocorrer o diagnóstico precoce os pacientes conseguem conviver com os sintomas de uma forma mais branda devido ao tratamento correto (RENKE *et al.*, 2019).

Discussão

A UCE cursa com o aparecimento de urticas, que são lesões cutâneas de cor avermelhada, tamanhos diversos e pruriginosas. Cerca de 40 a 50% dos pacientes desenvolvem angioedema como manifestação clínica. Não há identificação na literatura de qualquer fator externo desencadeante (COSTA; GONÇALO, 2016).

A paciente do relato de caso acima, apresentava sintomatologia clássica da UCE, como descrito nas bibliografias. Apresentou inúmeras crises, acarretando diversas idas a rede de saúde em busca de diagnóstico e tratamento adequado.

Embora na revisão de literatura tenha sido pautado que não existe um fator externo desencadeante, a paciente apresentou o quadro clínico, após procedimento odontológico, o qual pode ter relação direta ou indiretamente com o surgimento das urticas e o angioedema. Ademais em alguns estudos, existem teorias que relacionam o uso de alguns fármacos como: AINES, codeína e presença de infecções bacterianas por estafilococos, sendo estes fatos relevantes na história clínica da paciente.

As lesões impactaram diretamente na qualidade de vida, pois os sinais e sintomas eram recorrentes, imprevisíveis e a presença delas, causaram repercussão no âmbito estético da paciente, gerando assim uma baixa autoestima, afetando seus vínculos sociais, passando a se isolar, apresentando humor deprimido e ansiedade. Além disso, sua vida profissional conseqüentemente foi prejudicada, pois não tinha disposição para cumprir suas atividades laborais.

A maioria dos casos de UCE podem ser diagnosticados clinicamente após uma história detalhada com a anamnese completa, exame físico minucioso concomitante com o escore UAS. Entretanto, na prática há uma dificuldade de diagnóstico devido a esta patologia não ser abordada de forma recorrente entre os profissionais de saúde, sendo realizado diagnóstico por exclusão (KAYDRAN, 2019). Dessa forma, semelhante a paciente do estudo que por 12 anos não obteve a

identificação correta da sua doença e foi submetida a diversos exames laboratoriais exaustivos com tratamentos ineficazes. Apenas em 2017, realizou consulta com especialista em alergia, em que foi aplicado o escore UAS, obtendo pontuação máxima, auxiliando no reconhecimento da UCE (GENN; ELIAN, 2022).

Em relação à terapia farmacológica, os fármacos de primeira escolha são os anti-histamínicos. Para o tratamento os mais utilizados são os de segunda geração, pois possuem menos efeitos adversos. Com a falha terapêutica desta classe, há outras opções como: anticorpo monoclonal humanizado anti IgE (Omalizumabe) e imunossupressor (Ciclosporina) (KOLKHIR *et al.*, 2020). No caso citado, o tratamento inicial foi com corticosteroides, no qual não obteve sucesso em cessar o quadro clínico, ocasionando efeitos colaterais. Após o episódio, fez uso de ciclosporina, sendo submetida erroneamente a esta medicação, considerando que a sequência de tratamento deveria ser com anti-histamínicos. Entretanto, os mesmos só foram iniciados de forma correta pela especialista em 2017. Devido a não remissão da patologia, foi indicado a utilização do Omalizumabe (FUKUNAGA *et al.*, 2022).

Destarte, com o tratamento realizado de forma assertiva, a paciente apresentou melhora completa do quadro clínico, encontrando-se assintomática atualmente.

Conclusão

A UCE é uma patologia que cursa com alterações cutâneas, com duração superior a seis semanas e prevalente no sexo feminino. Esta doença gera um impacto significativo na qualidade de vida, afetando de forma negativa o paciente. Alguns estudos sugerem que as principais causas são autoimunes e auto alérgicas. Sendo assim, possui dificuldade em realizar seu diagnóstico clínico. Desta forma, o tratamento é prolongado, pois tem como finalidade atingir a remissão completa dos sintomas. Como foi visto no relato de caso acima no qual a paciente demorou para obter o reconhecimento de sua patologia, devido a isso foi prescrito medicações de forma incorreta.

Ao serem alcançados os objetivos iniciais deste trabalho, foi possível compreender melhor as particularidades da UCE. O principal motivador deste estudo é a necessidade de aprofundarmos nesse tema pouco explorado entre os profissionais e assim deixarmos registrado mais fontes de divulgação para

diagnóstico e tratamento. Este relato serve para fomentar novos estudos que guiarão esquemas terapêuticos para os pacientes com UCE.

Agradecimentos

Agradecemos aos orientadores pela supervisão, paciência e auxílio no projeto.

A paciente que nos autorizou e se dispôs a contribuir com esse trabalho.

A todos que participaram da confecção deste trabalho, por todo empenho, disposição e dedicação.

CHRONIC SPONTANEOUS URTICARIA: literature review and case report

Abstract

Introduction: chronic spontaneous urticaria is characterized by pruritic, erythematous and edematous transient plaques that cover the skin and may present with angioedema. These clinical manifestations affect the patient's quality of life. This pathology represents about 70% of all chronic urticaria, predominantly in females, and the main hypothesis to justify its occurrence are autoimmune and autoallergenic causes. The diagnosis is clinical, based on symptomatology, anamnesis and physical examination. The treatment of urticaria involves the use of second-generation antihistamines, immunosuppressants and monoclonal antibodies. **Objective:** to understand the pathophysiology, signs and symptoms, diagnosis, treatment and prognosis of this disease through a literature review and exemplify with a case report. **Method:** this is an exploratory research of the case report type with a qualitative approach and literature review, in which a survey of information was carried out from the SciELO, PubMed, Direct Science and MEDLINE databases. In addition to the year of publication, the criteria for selecting articles included Qualis from A1 to B5, Impact Factor equivalent to the proposed Qualis and relevance of the publication's content. The case report was chosen due to its relevance in illustrating the pathology. **Case report:** patient, female, 46 years old, with no known previous comorbidities, presenting symptoms suggestive of chronic spontaneous urticaria since 2005. Thus, it was difficult to conclude the diagnosis, being performed several treatments inappropriately, without clinical improvement. After consultation with the specialist in 2017, she obtained the correct diagnosis and treatment, until complete control of the clinical condition. **Conclusion:** therefore, chronic spontaneous urticaria is a disease that is difficult to diagnose, and may have several negative impacts on the patient's life.

Keywords: Spontaneous. Chronic Urticaria. Diagnosis. Treatment.

Referências

- AGONDI, R.C.; CRISPIM, L.; ALMONFREY, F B.; KALIL, J; MOTTA, A. A. A.Urticária crônica espontânea refratária aos anti- histamínicos: opção por ciclosporina. **Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia**, [S.L.], v. 1, n. 2, p. 1-3, 2017. Trimestral. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/2526-5393.20170026>. Disponível em: http://aaai-asbai.org.br/detalhe_artigo.asp?id=779. Acesso em: 10 jun. 2021.
- BECK, L; BERNSTEIN, J; MAURER, M. A Review of International Recommendations for the Diagnosis and Management of Chronic Urticaria. **Acta Dermato Venereologica**, [S.L.], v. 97, n. 2, p. 149-158, 2017. Medical Journals Sweden AB. <http://dx.doi.org/10.2340/00015555-2496>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27349620/>. Acesso em: 17 fev. 2023.
- BERNARDO, A. F. C. PELE: ALTERAÇÕES ANATÔMICAS E FISIOLÓGICAS DO NASCIMENTO À MATURIDADE. **Saúde em Foco**, Itajúba, v. 11, n. 2, p. 1221-1233, fev. 2019. Disponível em: <https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2019/11/PELE-ALTERA%C3%87%C3%95ES-ANAT%C3%94MICAS-E-FISIOLOGICAS-DO-NASCIMENTO-%C3%80-MATURIDADE-1.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2021.
- BORALLI, C. F. M.; DORTAS JÚNIOR, S. D; OLIVEIRA, B. E. C.; FRANÇA, A. T.; VALLE, S. O. R.; Avaliação do teste do soro autólogo e do teste do plasma autólogona urticária crônica espontânea. **Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia**, [S.L.], v. 1, n. 3, p. 279-286, 24 jul. 2017. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/2526-5393.20170039>. Disponível em: http://aaai-asbai.org.br/detalhe_artigo.asp?id=792. Acesso em 21 fev. 2022
- CABALLERO, T.; FERRER, M.; GUILARTE, M. Classification and Treatment of Angioedema without Wheals: a spanish delphi consensus. **American Journal Of Clinical Dermatology**, [S.L.], v. 24, n. 1, p. 135-141, 30 out. 2022. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s40257-022-00735-7>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36310330/>. Acesso em: 21 nov. 2022.
- COSTA, A. C.; CAMPINA, S.; ANDRADE, P.; FILIPE, P.; GUILHERME, A.; GONÇALO, M. Urticária Crônica: do diagnóstico ao tratamento. **Journal Of The Portuguese Society Of Dermatology And Venereology**. Lisboa, p. 315-325. 12 out. 2016.
- COSTA, C.; GONÇALO, M. Abordagem Diagnóstica e Terapêutica da Urticária Crônica Espontânea: recomendações em Portugal. **Acta Médica Portuguesa**, Portugal, v. 5, n. 8, p. 763-781, 29 nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.20344/amp.8294>. Disponível em: <https://repositorio.hff.min-saude.pt/handle/10400.10/1879>. Acesso em: 02 mar. 2022.

DOONG, J. C.; CHICHESTER, K.; OLIVER, E. T.; SCHWARTZ, L. B.; SAINI, S. S. Chronic Idiopathic Urticaria: systemic complaints and their relationship with disease and immune measures. **The Journal Of Allergy And Clinical Immunology: In Practice**, [S.L.], v. 5, n. 5, p. 1314-1318, set. 2017. Elsevier BV.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jaip.2016.11.037>. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28302451/>. Acesso em: 12 dez. 2022.

ENSINA, L. F. VALLE, S O. R.; CAMPOS, R. A.; AGONDI, R.; CRIADO, P.; BEDRIKOW, R B.; *et al.* Guia prático da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia para o diagnóstico e tratamento das urticárias baseado em diretrizes internacionais. **Brazilian Journal Of Allergy And Immunology (Bjai)**, [S.L.], v. 3, n.4, p. 382-392, 16 dez. 2019. GN1 Genesis Network.

<http://dx.doi.org/10.5935/2526-5393.20190052>. Disponível em:

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1381342>. Acesso em 25 jun. 2022

ENSINA, L. F; VALLE, S. O. R.; JULIANI, A. P; GALEANE, M. ARRUDA, L. K.; SANTOS, R. V.; *et al.* Omalizumab in Chronic Spontaneous Urticaria: **A Brazilian Real-Life Experience. Int Arch Allergy Immunol.** V.169,p.121-124, 2016.

Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32418171/>. Acesso em: 29 jun. 2022.

FUKUNAGA, A.; ODA, Y.; IMAMURA, S; MIZUNO, M.; FUKUMOTO, T.; WASHIO, K. Cholinergic Urticaria: subtype classification and clinical approach. **American Journal Of Clinical Dermatology**, [S.L.], v. 24, n. 1, p. 41-54, 15 set. 2022. Springer Scienceand Business Media LLC.

<http://dx.doi.org/10.1007/s40257-022-00728-6>. Disponível:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36107396/>. Acesso 14 fev. 2022.

GENN, L. S.; ELIAN, A. H. Urticária crônica espontânea e estresse psicológico. **Brazilian Journal Of Health Review**, [S.L.], v. 5, n. 5, p. 20407-20417, 10 out. 2022. South Florida Publishing LLC.

<http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv5n5-210>.

Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/52952/39444>. Acesso em: 22 fev. 2023.

HON, K. L.; LEUNG, A. K.C.; NG, Wing G.G.; LOO, S. K. Chronic Urticaria: an overview of treatment and recent patents. **Recent Patents On Inflammation & Allergy Drug Discovery**, [S.L.], v. 13, n. 1, p. 27-37, 5 ago. 2019. Bentham Science Publishers Ltd..

<http://dx.doi.org/10.2174/1872213x1366619032816493>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30924425/>. Acesso em: 02 jul. 2022.

HUANG, A H.; CHICHESTER, K. L.; SAINI, S. S. Association of basophil parameters with disease severity and duration in chronic spontaneous urticaria (CSU). **The Journal Of Allergy And Clinical Immunology: In Practice**, [S.L.], v. 8, n. 2, p. 793-795.6, fev. 2020. Elsevier BV.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jaip.2019.08.004>. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31421279/>. Acesso em: 12 nov. 2022.

KAPLAN, A. P. Treatment of urticaria: a clinical and mechanistic approach. **Current Opinion In Allergy & Clinical Immunology**, [S.L.], v. 19, n. 4, p. 392, ago. 2019. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/aci.0000000000000538>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31246664/>. Acesso em: 09 jun. 2022.

KAYDRAN, M. A. Diagnosis and Treatment of Urticaria in Primary Care. Northern Clinics Of Istanbul, [S.L.], v. 1, n. 6, p. 93-99, 14 fev. 2019. Mensal. **Kare Publishing**. <http://dx.doi.org/10.14744/nci.2018.75010>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6526977/>. Acesso em: 12 jun. 2022.

KIM, Y. S.; HAN, K.; LEE, J. H.; KIM, N. I.; ROH, J. Y.; SEO, S. J.; *et al.* Increased Risk of Chronic Spontaneous Urticaria in Patients With Autoimmune Thyroid Diseases: a nationwide, population-based study. **Allergy, Asthma & Immunology Research**, [S.L.], v. 9, n. 4, p. 373, 2017. The Korean Academy of Asthma, Allergy and Clinical Immunology and The Korean Academy of Pediatric All. <http://dx.doi.org/10.4168/aaair.2017.9.4.373>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28497925/>. Acesso em: 15 fev. 2023.

KOCATÜRK, E.; KÖZDİLTAÇ, U.; CAN, P.; KARA, R. Ö.; ERDEM, T.; KÖZDİLTAÇ, K.; *et al.* Validation of the Turkish version of the Urticaria Control Test: correlation with other tools and comparison between spontaneous and inducible chronic urticaria. **World Allergy Organization Journal**, [S.L.], v. 12, n. 1, p. 100009, 2019. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.waojou.2018.11.007>. Disponível em: [https://www.worldallergyorganizationjournal.org/article/S1939-4551\(19\)30054-7/fulltext](https://www.worldallergyorganizationjournal.org/article/S1939-4551(19)30054-7/fulltext). Acesso em: 20 mar. 2023.

KOLKHIR, P.; ALTRICHTER, S.; HAWRO, T.; MAURER, M. C-reactive protein is linked to disease activity, impact, and response to treatment in patients with chronic spontaneous urticaria. **Allergy**, [S.L.], v. 73, n. 4, p. 940-948, 7 dez. 2017. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/all.13352>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/all.13352>. Acesso em: 11 fev. 2023.

KOLKHIR, P.; CHURCH, M. K.; ALTRICHTER, S.; SKOV, P. S.; HAWRO, T.; FRISCHBUTTER, S.; *et al.* Eosinopenia, in Chronic Spontaneous Urticaria, Is Associated with High Disease Activity, Autoimmunity, and Poor Response to Treatment. **The Journal Of Allergy And Clinical Immunology: In Practice**, [S.L.], v.8, n. 1, p. 318-325.5, jan. 2020. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaip.2019.08.025>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31472293/>. Acesso em: 12 fev. 2023.

KOLKHIR, P.; CHURCH, M. K.; WELLER, K.; METZ, M.; SCHMETZER, O.; MAURER, M. Autoimmune chronic spontaneous urticaria: what we know and what we do not know. **Journal Of Allergy And Clinical Immunology**, [S.L.], v. 139, n. 6, p. 1772-1781.1, jun. 2017. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.116/j.jaci.2016.08.050>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27777182/>. Acesso em: 03 jun. 2022.

LAPI, F.; CASSANO, N.; PEGORARO, V.; CATALDO, N.; HEIMAN, F.; CRICELLI, I *et al.* C.. Epidemiology of chronic spontaneous urticaria: results from a nationwide, population-based study in Italy. **British Journal Of Dermatology**, [S.L.], v. 174, n. 5, p. 996-1004, 15 mar. 2016. Oxford University Press (OUP).

<http://dx.doi.org/10.1111/bjd.14470>. Disponível em:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/bjd.14470>. Acesso em: 15 fev. 2023.

MAURER, M.; ABUZAKOUK, M.; BÉRARD, F.; CANONICA, W.; ELBERINK, H. Oude; GIMÉNEZ-ARNAU, A *et al.* - P.. The burden of chronic spontaneous urticaria is substantial: real-world evidence from assure-csu. **Allergy**, [S.L.], v. 72, n. 12, p. 2005-2016, 10 jul. 2017. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/all.13209>. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28543019/>. Acesso em: 13 fev. 2023.

MAURER, M.; CHURCH, M. K.; MARSLAND, A. M.; SUSSMAN, G.; SIEBENHAAR, F.; VESTERGAARD *et al.* Questions and answers in chronic urticaria: where do we stand and where do we go? **Journal Of The European Academy Of Dermatology And Venereology**, [S.L.], v. 30, p. 7-15, 10 jun. 2016. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.13695>. Disponível em:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.13695>. Acesso em: 25 jun. 2022.

MAURER, M.; STAUBACH, P.; RAAP, U.; RICHTER-HUHN, G.; BAIER-EBERT, M.; CHAPMAN-ROTHER, N. ATTENTUS, a German online survey of patients with chronic urticaria highlighting the burden of disease, unmet needs and real-life clinical practice. **British Journal Of Dermatology**, [S.L.], v. 174, n. 4, p. 892-894, 4 jan. 2016. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1111/bjd.14203>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/bjd.14203>. Acesso em: 13 dez. 2022.

NUNES, I P. GONÇALO, M. Biomarcadores na Urticária Crónica Espontânea. **Journal Of The Portuguese Society Of Dermatology And Venereology**, [S.L.], v. 79, n.2, p. 147-154, 26 jun. 2021. **Portuguese Society of Dermatology and Venereology**. <http://dx.doi.org/10.29021/spdv.79.2.1394>. Acesso em: 10 jan. 2022.

OCAK, M.; SOYER, O.; BUYUKTIRYAKI, B.; SEKEREL, B.e.; SAHINER, U.M.. Omalizumab treatment in adolescents with chronic spontaneous urticaria: efficacy and safety. **Allergologia Et Immunopathologia**, [S.L.], v. 48, n. 4, p. 368-373, jul. 2020. Trimestral. Codon Publications.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aller.2020.03.011>. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0301054620300720>. Acesso em: 23 jan. 2023.

OJEDA, I. C.; VANEGAS, E.; FELIX, M.; MATA, V.; CHERREZ, S.; SIMANCAS-RACINES, D *et al.* Etiology of chronic urticaria: the Ecuadorian experience. **World Allergy Organization Journal**, [S.L.], v. 11, p. 1, 2018. Elsevier BV.

<http://dx.doi.org/10.1186/s40413-017-0181-0>. Disponível em:

[https://www.worldallergyorganizationjournal.org/article/S19394551\(18\)301595/fulltext](https://www.worldallergyorganizationjournal.org/article/S19394551(18)301595/fulltext). Acesso em: 20 fev. 2023.

PEREIRA, A. R. F.; MOTTA, A. A.; KALIL, J.; AGONDI, R. C. Chronic inducible urticaria: confirmation through challenge tests and response to treatment. *Einstein* (São Paulo), [S.L.], v. 18, p. 1-8, 2020. Trimestral. **Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein.**

http://dx.doi.org/10.31744/einstein_journal/2020ao5175. Disponível em: <https://journal.einstein.br/article/chronic-inducible-urticaria-confirmation-through-challenge-tests-and-response-to-treatment/>. Acesso em: 29 maio 2021.

RENKE, J.; KĘDZIERSKA-MIESZKOWSKA, S.; LANGE, M.; NEDOSZYTKO, B.; WASILEWSKA, E.; LIBEREK, A.; *et al.* Mast cells in mastocytosis and allergy — Important player in metabolic and immunological homeostasis. *Advances In Medical Sciences*, [S.L.], v. 64, n. 1, p. 124-130, mar. 2019. Elsevier BV.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.advms.2018.08.013>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1896112618303420/> Acesso em: 18 fev.2023.

SÁNCHEZ-BORGES, M.; ANSOTEGUI, I. J.; BAIARDINI, I.; BERNSTEIN, J.; CANONICA, G. W.; EBISAWA, M.; *et al.* The challenges of chronic urticaria part 1: epidemiology, immunopathogenesis, comorbidities, quality of life, and management. **World Allergy Organization Journal**, [S.L.], v. 14, n. 6, p. 100533, jun. 2021. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.waojou.2021.100533>. Disponível em: [https://www.worldallergyorganizationjournal.org/article/S1939-4551\(21\)00027-2/fulltext](https://www.worldallergyorganizationjournal.org/article/S1939-4551(21)00027-2/fulltext). Acesso em: 13 mar. 2023.

SÁNCHEZ-BORGES, M.; ANSOTEGUI, I. J.; BAIARDINI, I.; BERNSTEIN, J.; CANONICA, G. W.; EBISAWA, M.; *et al.* The challenges of chronic urticaria part 2: pharmacological treatment, chronic inducible urticaria, urticaria in special situations. **World Allergy Organization Journal**, [S.L.], v. 14, n. 6, p. 100546, jun. 2021. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.waojou.2021.100546>. Disponível em: [https://www.worldallergyorganizationjournal.org/article/S1939-4551\(21\)00040-5/fulltext](https://www.worldallergyorganizationjournal.org/article/S1939-4551(21)00040-5/fulltext). Acesso em: 13 mar. 2023.

TERHORST-MOLAWI, D.; FOX, L.; SIEBENHAAR, F.; METZ, M.; MAURER, M.; Stepping Down Treatment in Chronic Spontaneous Urticaria: what we know and what we dont know. **American Journal Of Clinical Dermatology**, [S.L.], v. 5, n. 8, p. 30- 150, 22 fev. 2023. Springer Science and Business Media LLC.

<http://dx.doi.org/10.1007/s40257-023-00761-z>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36810982/> Acesso em: 16 dez. 2022.

VALLE, S. O. R.; MOTTA, A. A.; AMARAL, C. S. F.; ENSINA, L. F. C.; MALLOZI, M.C.; SPENGLER, M. G. M. T.; *et al.* What is new in chronic spontaneous urticaria? **Brazilian Journal Of Allergy And Immunology (Bjai)**, [S.L.], v. 4, n. 1, p. 9-25, 24 nov. 2016. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/2318-5015.20160002>. Disponível em: http://aaai-asbai.org.br/detalhe_artigo.asp?id=749. Acesso em: 25 ago. 2022.

VALLE, S. O. R. Ferramentas para avaliação e acompanhamento da urticária crônica: patient-reported outcomes for the evaluation and follow-up of chronic urticaria. **Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 209-224, 10 mar. 2018. Disponível em: <http://aaai->

asbai.org.br/detalhe_artigo.asp?id=869. Acesso em: 13 jul. 2022.

VESTERGAARD, C; DELEURAN, M. Chronic spontaneous urticaria: latest developments in aetiology, diagnosis and therapy. **Therapeutic Advances In Chronic Disease**, [S.L.], v. 6, n. 6, p. 304-313, 29 set. 2016. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/2040622315603951>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4622315/>. Acesso em: 25 jun. 2022.

VOLLONO, L.; PICCOLO, A.; LANNA, C.; ESPOSITO, M.; BAVETTA, M.; CAMPIONE, E.; *et al.* Omalizumab for chronic spontaneous urticaria in “complex” patients: data from real-life clinical practice. **Drug Design, Development And Therapy**, [S.L.], v. 13, p. 3181-3186, set. 2019. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.2147/dddt.s214307>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6735630/>. Acesso em: 20 jun. 2022.

WEDI, B.; TRAILDL, S. Anti-IgE for the Treatment of Chronic Urticaria. **Immunotargets And Therapy**, [S.L.], v. 10, p. 27-45, 17 fev. 2021. **Informa UK Limited**. <http://dx.doi.org/10.2147/itt.s261416>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33628747/>. Acesso em: 30 mar. 2023.

ZUBERBIER, T.; BERNSTEIN, J. A. A Comparison of the United States and International Perspective on Chronic Urticaria Guidelines. **The Journal Of Allergy And Clinical Immunology: In Practice**, [S.L.], v. 6, n. 4, p. 1144-1151, jul. 2018. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaip.2018.04.012>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29779967/>. Acesso em: 14 fev. 2023.

ZUBERBIER, T. The international EAACI/GA²LEN/EuroGuiDerm/APAAACI guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria. **Allergy**, [S.L.], v. 77, n. 3, p. 734-766, 20 out. 2021. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/all.15090>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34536239/>. Acesso em: 20 nov. 2021.

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA RELATO DE CASO

Título da pesquisa: _____

Pesquisador (a) Responsável: _____

E-mail: _____

Período total de duração da pesquisa: _____

1. A (o) Sra. (Sr.) _____, está sendo convidada (o) a permitir que o seu caso clínico seja estudado e publicado pelos pesquisadores

.....

.....

na forma de um relato de caso, em encontros científicos e acadêmicos além de possível publicação em revista científica;

2. O objetivo da pesquisa é compreender e acompanhar o cotidiano da paciente com Urticária Crônica Espontânea e relatar sua convivência com a doença;

3. Sua participação incluirá responder às perguntas feitas pelos pesquisadores para fornecer informações acerca da história clínica da sua doença, autorizar a coleta dos dados dos resultados de exames realizados e das informações contidas na cópia do prontuário médico bem como permitir o uso de imagens, desde que estas sejam para fins científicos e sem identificação pessoal;

4. Ao participar desta pesquisa a (o) Sra. (Sr.) pode não ter benefício direto. Entretanto, as informações adquiridas poderão proporcionar um maior conhecimento dos aspectos relacionados à sua condição clínica e com isso contribuir com a literatura médica para que o estudo de seu caso possa beneficiar além de você outros pacientes;

5. Sua participação nesta pesquisa não terá complicações legais. Os riscos ou desconfortos previstos, se concordar em participar deste estudo, estão relacionados à exposição do seu caso e uma expectativa pessoal de que mais estudos acerca deste tema possam ser elaborados. Salienta-se que sua identidade será totalmente preservada e que possíveis benefícios da realização do estudo, quando existirem serão compartilhados e discutidos com você;

6. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e, portanto, esta pesquisa não oferece riscos à minha dignidade. Ao participar não irá sofrer nenhum preconceito, discriminação ou desigualdade social;

7. A (o) Sra. (Sr.) tem liberdade de se recusar a permitir que seu caso seja publicado e ainda se recusar a continuar participando até que o trabalho seja publicado, sem qualquer prejuízo. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre este estudo através do telefone dos pesquisadores;

8. A (o) Sra. (Sr.) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa e também não haverá compensação financeira relacionada a sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, esta será absorvida pelo orçamento da pesquisa;

9. Qualquer dúvida quanto aos seus direitos como participante desta pesquisa, ou se sentir que foi colocado (a) em riscos não previstos, poderá contatar um Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos para esclarecimentos.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Li as informações acima, recebi as explicações sobre a natureza, os riscos e benefícios do projeto. Comprometo-me a colaborar voluntariamente e compreendo que posso retirar meu consentimento e interrompê-lo a qualquer momento, sem penalidade ou perda de benefício.

Ao assinar duas vias deste termo, não estou desistindo de quaisquer direitos meus. Uma via deste termo me foi dada e a outra arquivada.

Nome do Participante: _____

Assinatura do Participante: _____

CPF: _____ Data: ____/____/____

Nome do Pesquisador Responsável: _____

Assinatura do Pesquisador Responsável: _____

CPF: _____ Data: ____/____/____

APÊNDICE B

Quadro 1: Lista das revistas científicas utilizadas no artigo com as respectivas classificações.

Título da Revista	Dados da Revista
JOURNAL OF ALLERGY AND CLINICAL IMMUNOLOGY	Qualis A1
ACTA MÉDICA PORTUGUESA	Qualis B3
ALLERGOLOGIA ET IMMUNOPATHOLOGIA	Qualis B2
BENTHAM SCIENCE PUBLISHERS LTD	Qualis B3
ALLERGY	Fator de Impacto – 14.710
BRAZILIAN JOURNAL OF ALLERGY AND IMMUNOLOGY	Qualis B5
JOURNAL OF THE EUROPEAN ACADEMY OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY	Qualis A2
DRUG DESIGN, DEVELOPMENT AND THERAPY	Qualis A2
WORLD ALLERGY ORGANIZATION JOURNAL	Qualis A3
CURRENT OPINION IN ALLERGY AND CLINICAL IMMUNOLOGY	Fator de Impacto – 3.253
THERAPEUTIC ADVANCES IN CHRONIC DISEASE	Fator de Impacto – 1.027
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA HOSPITAL ALBERT EINSTEIN	Fator de Impacto – 0.843
JOURNAL OF ALLERGY AND CLINICAL IMMUNOLOGY IN PRACTICE	A1
ACTA DERMATO VENEREOLOGICA	A1
ALLERGY, ASTHMA & IMMUNOLOGY RESERC	A2
BRITISH JOURNAL OF DERMATOLOGY	A1
BRAZILIAN JOURNAL OF HEALTH REVIEW	B3
JOURNAL OF THE EUROPEAN ACADEMY OF DERMATOLOGY AND VENEEOLOGY	A1
AMERICAN JOURNAL OF CLINICAL DERMATOLOGY	A1
ADVANCES IN MEDICAL SCIENCES	A3
RECENT PATENTS ON INFLAMMATION & ALLERGY DRUG DISCOVERY	Fator de Impacto: 5.901

ANEXO 1 – Exames laboratoriais – 11/09/2012

 LABORATÓRIO SÃO SEBASTIÃO		UNIDADE I - Rua Maria Matos, 231 - Centro - Cel. Fabriciano/MG - 35170-111 / Tel/Fax: 0(xx)31 3841-3560 / 3841-3827 CNPJ: 21.228.432/0001-24 - CRF/MG 8761 R.T. Elias José de Sales Filho - CRFB/MG: 4001 UNIDADE II - Rua Dr. Fernando Pinheiro Ávila 200 - Stª Terezinha (Hospital São Lucas) - Cel. Fabriciano/MG - Fone: 3842-1399 - CNPJ: 21.228.432/0002-05 - CRF/MG: 18.896 / R.T. Renata Sena de Sousa - CRFB/MG: 7628 UNIDADE III - Av. Claudio Moura, 945 - Centro - Ipatinga/MG - Fone: 31 88651892 - CNPJ: 21.228.432/0003-96 - CRF/MG: 24380 / R.T. Elias José de Sales Filho - CRFB/MG: 4001 UNIDADE IV - Av. Antonieta M. de Carvalho, 66 - Loja 02 - Timirim - Timóteo/MG - Fone: 31 3848-4082 - CNPJ: 21.228.432/0004-77 - CRF/MG: 25507 / R.T. Renata Sena de Sousa - CRFB/MG: 7628
UNIDADE V - Av. Juscelino Kubitschek, 1170 - Jardim Panorama - Ipatinga/MG Fone: 31 38225193 - CNPJ: 21.228.432/0005-58 - CRF/MG: 27718 R.T: Ana Olívia Sena Souza Sales - CRF/MG 27457		
Paciente		Idade/Sexo
Atendimento	11/09/2012 07:22	36-F
20-002164		Convênio
Médico Dr(a)		SUS IPATINGA - UNICO
		Impressão: 17/09/2012 08:04

FATOR ANTI-NUCLEAR (HEP2)

Material: Sangue

Método: IMUNOFLUORESCENCIA INDIRETA - SUBSTRATO: CELULAS Hep2

Núcleo.....: NEGATIVO
 Nucléolo.....: NEGATIVO
 Citoplasma.....: NEGATIVO
 Aparelho Mitótico.....: NEGATIVO
 Placa Metafásica Cromossômica: NEGATIVO
 Interpretação.....: AMOSTRA NAO REAGENTE PARA ANTICORPOS CONTRA ANTIGENOS INTRACELULARES (FAN).

Nota: RESULTADOS POSITIVOS DA PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENOS CELULARES EM CELULAS Hep-2 PODEM SER ENCONTRADOS EM INDIVIDUOS SEM EVIDENCIA CLINICA OU LABORATORIAL APARENTE DE DOENCA AUTOIMUNE. TRIAGEM INICIAL REALIZADA COM SORO DILUIDO NO TITULO DE 1:80

Valor de Referência: Negativo

 LABORATÓRIO SÃO SEBASTIÃO		UNIDADE I - Rua Maria Matos, 231 - Centro - Cel. Fabriciano/MG - 35170-111 / Tel/Fax: 0(xx)31 3841-3560 / 3841-3827 CNPJ: 21.228.432/0001-24 - CRF/MG 8761 R.T. Elias José de Sales Filho - CRFB/MG: 4001 UNIDADE II - Rua Dr. Fernando Pinheiro Ávila 200 - Stª Terezinha (Hospital São Lucas) - Cel. Fabriciano/MG - Fone: 3842-1399 - CNPJ: 21.228.432/0002-05 - CRF/MG: 18.896 / R.T. Renata Sena de Sousa - CRFB/MG: 7628 UNIDADE III - Av. Claudio Moura, 945 - Centro - Ipatinga/MG - Fone: 31 88651892 - CNPJ: 21.228.432/0003-96 - CRF/MG: 24380 / R.T. Elias José de Sales Filho - CRFB/MG: 4001 UNIDADE IV - Av. Antonieta M. de Carvalho, 66 - Loja 02 - Timirim - Timóteo/MG - Fone: 31 3848-4082 - CNPJ: 21.228.432/0004-77 - CRF/MG: 25507 / R.T. Renata Sena de Sousa - CRFB/MG: 7628
UNIDADE V - Av. Juscelino Kubitschek, 1170 - Jardim Panorama - Ipatinga/MG Fone: 31 38225193 - CNPJ: 21.228.432/0005-58 - CRF/MG: 27718 R.T: Ana Olívia Sena Souza Sales - CRF/MG 27457		
Paciente		Idade/Sexo
Atendimento	11/09/2012 07:22	36-F
20-002164		Convênio
Médico Dr(a)		SUS IPATINGA - UNICO
		Impressão: 12/09/2012 08:36

V.D.R.L.Método: Reação de Floculação
Material: SangueResultado: **Não Reagente**

VR: Não Reagente

FERRO SERICOMétodo: Ferrozina
Material: SangueResultado: **82,0 microg/dL**

VR: 50,0 a 170,0 microg/dL

ANEXO 2 – Exames laboratoriais – 29/11/2012

 LABORATÓRIO SÃO SEBASTIÃO		UNIDADE I - Rua Maria Matos, 231 - Centro - Cel. Fabriciano/MG - 35170-111 / Tel/Fax: 0(xxx)31 3841-3580 / 3841-3827 CNPJ: 21.228.432/0001-24 - CRF/MG 8761 R.T: Elias José de Sales Filho - CRFB/MG: 4001 UNIDADE II - Rua Dr. Fernando Pinheiro Ávila 200 - Sít. Terezinha (Hospital São Lucas) - Cel. Fabriciano/MG - Fone:3842-1399 - CNPJ: 21.228.432/0002-05 - CRF/MG: 18.896 /R.T: Renata Sena de Sousa - CRFB/MG: 7628 UNIDADE III - Av. Claudio Moura, 945 - Centro - Ipatinga/MG - Fone: 31 88651892 - CNPJ: 21.228.432/0003-96 - CRF/MG: 24380 / R.T: Elias José de Sales Filho - CRFB/MG: 4001 UNIDADE IV - Av. Antonieta M. de Carvalho, 66 - Loja 02 - Timirim - Timóteo/MG - Fone: 31 3848-4082 - CNPJ: 21.228.432/0004-77 - CRF/MG: 25507 / R.T: Renata Sena de Sousa - CRFB/MG: 7628
UNIDADE V - Av. Juscelino Kubitschek, 1170 - Jardim Panorama - Ipatinga/MG Fone:31 38225193 - CNPJ: 21.228.432/0005-58 - CRF/MG: 27718 R.T: Ana Olívia Sena Souza Sales - CRF/MG 27457		
Paciente 20-002870 Médico Dr(a)		Idade/Sexo 36-F Convênio SUS IPATINGA - UNICO Impressão: 04/12/2012 08:42
TSH ULTRA SENSIVEL		
Método: Quimioluminescência Material: Sangue		
Resultado: 1,85 microUI/mL		VR: 0,34 A 5,60 micro UI/mL
Resultados Anteriores 11/09/2012		0,16 MICRO UI/ML

 LABORATÓRIO SÃO SEBASTIÃO		UNIDADE I - Rua Maria Matos, 231 - Centro - Cel. Fabriciano/MG - 35170-111 / Tel/Fax: 0(xxx)31 3841-3580 / 3841-3827 CNPJ: 21.228.432/0001-24 - CRF/MG 8761 R.T: Elias José de Sales Filho - CRFB/MG: 4001 UNIDADE II - Rua Dr. Fernando Pinheiro Ávila 200 - Sít. Terezinha (Hospital São Lucas) - Cel. Fabriciano/MG - Fone:3842-1399 - CNPJ: 21.228.432/0002-05 - CRF/MG: 18.896 /R.T: Renata Sena de Sousa - CRFB/MG: 7628 UNIDADE III - Av. Claudio Moura, 945 - Centro - Ipatinga/MG - Fone: 31 88651892 - CNPJ: 21.228.432/0003-96 - CRF/MG: 24380 / R.T: Elias José de Sales Filho - CRFB/MG: 4001 UNIDADE IV - Av. Antonieta M. de Carvalho, 66 - Loja 02 - Timirim - Timóteo/MG - Fone: 31 3848-4082 - CNPJ: 21.228.432/0004-77 - CRF/MG: 25507 / R.T: Renata Sena de Sousa - CRFB/MG: 7628
UNIDADE V - Av. Juscelino Kubitschek, 1170 - Jardim Panorama - Ipatinga/MG Fone:31 38225193 - CNPJ: 21.228.432/0005-58 - CRF/MG: 27718 R.T: Ana Olívia Sena Souza Sales - CRF/MG 27457		
Paciente 20-002870 Médico Dr(a)		Idade/Sexo 36-F Convênio SUS IPATINGA - UNICO Impressão: 04/12/2012 08:42
FERRITINA SERICA		
Método: Quimioluminescência Material: Sangue		
Resultado: 28,5 ng/dL		VR: 11,0 A 306,8 ng/mL
T4 LIVRE		
Método: Quimioluminescência Material: Sangue		
Resultado: 0,67 ng/dL VR: 0,54 a 1,24 ng/dL Gestante - 1º trimestre:0,47 a 1,27 ng/dl 2º trimestre:0,40 a 1,08 ng/dl 3º trimestre:0,45 a 1,23 ng/dl		
TPO, ANTICORPOS ANTI		
Método: Quimioluminescência Material: Sangue		
Resultado: 1,00 UI/mL		VR: Inferior a 9 UI/mL

ANEXO 3 – Exames laboratoriais – 23/09/2014

 <p>LABORATÓRIO SÃO SEBASTIÃO DESDE 1984</p>		<p>UNIDADE II - Rua Belo Horizonte, 797 - Loja A - Caladinho de Baixo - Coronel Fabriciano / MG - 35171-167 Tel: (31) 3846-4273 / (31) 8865-1892 - CNPJ 21.228.432/0002-05 - CRF/MG: 18.898 R.T. Renata Sena de Sousa - CRF/MG: 7.628</p>
<p>UNIDADE I - Rua Maria Matos, 231 - Centro - Coronel Fabriciano / MG 35170-111 / Tel / Fax: (31) 3841-3560 / 3841-3827 CNPJ: 21.228.432/0001-24 - CRF/MG: 8.761 R.T. Elias José de Sales Filho - CRF/MG: 4001</p>	<p>UNIDADE III - Av. Fortaleza, 104 - Loja 04 - Amaro Laranj - Coronel Fabriciano / MG - 35171-327 Tel: (31) 3842-1399 - CNPJ 21.228.432/0003-96 - CRF/MG: 32.597 R.T. Elias José de Sales Filho - CRF/MG: 4.001</p>	<p>UNIDADE IV - Av. Juscelino Kubitschek, 1170 - Jardim Panorama - Ipatinga / MG - 35164-245 Tel: (31) 3822-5193 - CNPJ 21.228.432/0005-58 - CRF/MG: 27.718 R.T. Ana Olívia Sena Souza Sales - CRF/MG: 27.457</p>
<p>UNIDADE V - Av. Antônia M. de Carvalho, 66 - Loja 02 - Timirim - Timóteo / MG - 35182-382 Tel/Fax: (31) 3848-4082 - CNPJ 21.228.432/0004-77 - CRF/MG: 25.507 R.T. Renata Sena de Sousa - CRF/MG: 7.628</p>	<p>Paciente: 20-009231 23/09/2014 09:17</p> <p>Médico Dr(a):</p>	
		<p>Idade/Sexo: 38-F Convênio: SUS IPATINGA - UNICO Impressão: 08/10/2014 14:11</p>
HEMOSEDIMENTAÇÃO		
<p>Método: Westergreen Material: Sangue</p>		
<p>Resultado: 25 mm VR: 0 a 20 mm</p>		
<p>Resultados Anteriores 09/12/2013 14 mm 11/09/2012 16 mm</p>		

 <p>LABORATÓRIO SÃO SEBASTIÃO DESDE 1984</p>		<p>UNIDADE II - Rua Belo Horizonte, 797 - Loja A - Caladinho de Baixo - Coronel Fabriciano / MG - 35171-167 Tel: (31) 3846-4273 / (31) 8865-1892 - CNPJ 21.228.432/0002-05 - CRF/MG: 18.898 R.T. Renata Sena de Sousa - CRF/MG: 7.628</p>
<p>UNIDADE I - Rua Maria Matos, 231 - Centro - Coronel Fabriciano / MG 35170-111 / Tel / Fax: (31) 3841-3560 / 3841-3827 CNPJ: 21.228.432/0001-24 - CRF/MG: 8.761 R.T. Elias José de Sales Filho - CRF/MG: 4001</p>	<p>UNIDADE III - Av. Fortaleza, 104 - Loja 04 - Amaro Laranj - Coronel Fabriciano / MG - 35171-327 Tel: (31) 3842-1399 - CNPJ 21.228.432/0003-96 - CRF/MG: 32.597 R.T. Elias José de Sales Filho - CRF/MG: 4.001</p>	<p>UNIDADE IV - Av. Juscelino Kubitschek, 1170 - Jardim Panorama - Ipatinga / MG - 35164-245 Tel: (31) 3822-5193 - CNPJ 21.228.432/0005-58 - CRF/MG: 27.718 R.T. Ana Olívia Sena Souza Sales - CRF/MG: 27.457</p>
<p>UNIDADE V - Av. Antônia M. de Carvalho, 66 - Loja 02 - Timirim - Timóteo / MG - 35182-382 Tel/Fax: (31) 3848-4082 - CNPJ 21.228.432/0004-77 - CRF/MG: 25.507 R.T. Renata Sena de Sousa - CRF/MG: 7.628</p>	<p>Paciente: 20-009231 23/09/2014 09:17</p> <p>Médico Dr(a):</p>	
		<p>Idade/Sexo: 38-F Convênio: SUS IPATINGA - UNICO Impressão: 08/10/2014 14:11</p>
FATOR REUMATOIDE LATEX		
<p>Método: Aglutinação Direta de Partículas de Látex Material: Sangue</p>		
<p>Resultado: Inferior a 8 UI/mL VR: Inferior a 8 UI/mL</p>		
PROTEINA C REATIVA		
<p>Método: AGLUTINACAO DE LATEX Material: Sangue</p>		
<p>Resultado: Positivo VR: Negativo</p>		
WALLER-ROSE		
<p>Método: Aglutinação Material: Sangue</p>		
<p>Resultado: Inferior a 8 UI/mL VR: Inferior a 8 UI/mL</p>		



LABORATÓRIO
SÃO SEBASTIÃO
DESDE 1984

UNIDADE I - Rua Maria Matos, 231 - Centro - Coronel Fabriciano / MG
35170-111 / Tel / Fax: (31) 3841-3560 / 3841-3827
CNPJ: 21.228.432/0001-24 - CRF/MG: 8.761
R.T.: Elias José de Sales Filho - CRF/MG: 4001

UNIDADE II - Rua Belo Horizonte, 797 - Loja A - Caladinho de Baixo - Coronel Fabriciano / MG - 35171-167
Tel: (31) 3846-4273 / (31) 8865-1802 - CNPJ: 21.228.432/0002-05 - CRF/MG: 18.896
R.T.: Renata Sena de Souza - CRF/MG: 7.628

UNIDADE III - Av. Fortaleza, 104 - Loja 04 - Amaro Lanari - Coronel Fabriciano / MG - 35171-327
Tel: (31) 3843-1399 - CNPJ: 21.228.432/0003-96 - CRF/MG: 32.597
R.T.: Elias José de Sales Filho - CRF/MG: 4.001

UNIDADE IV - Av. Juscelino Kubitschek, 1170 - Jardim Panorama - Ipatinga / MG - 35164-245
Tel: (31) 3822-5193 - CNPJ: 21.228.432/0005-58 - CRF/MG: 27.718
R.T.: Ana Olívia Sena Souza Sales - CRF/MG: 27.457

UNIDADE V - Av. Antonieta M. de Carvalho, 66 - Loja 02 - Timirim - Timóteo / MG - 35182-382
Tel/Fax: (31) 3848-4082 - CNPJ: 21.228.432/0004-77 - CRF/MG: 25.507
R.T.: Renato Sena de Souza - CRF/MG: 7.628

Paciente

0-009231

23/09/2014 09:17

Médico (Dr/a)

Idade/Sexo

38-F

Convênio

SUS IPATINGA - UNICO

Impressão

08/10/2014 14:11

CÉLULAS LE - PESQUISA

RESULTADO

Material: Sangue
Método: Hargraves

Resultado: **Negativo**

Valor de Referência: Negativo



EM CASO DE INCOMPATIBILIDADE COM A CLÍNICA MÉDICA PROCURAR O LABORATÓRIO PARA ESCLARECIMENTO OU REPETIÇÃO DOS MESMOS (CEL: 9090.8876-1067)

RT. Elias José de Sales Filho

ANEXO 4 – Exames laboratoriais – 04/04/2017

laboratório
ALISVOCE
Paciente.....

Médico Dr(a): |

Convênio.....: PAS /CMV

Número.: 0816130/24
Coleta.: 04/04/2017
Horario: 09h23min

IGE DERMATOPHAGOIDES PTERONYSSINUS
Metodologia:IMMUNOCAP - FLUOROENZIMAIMUNOENSAIO
Amostra.....: SORO Coleta.: 04/04/2017 09h23min

Resultado.....: MENOR QUE 0,1 KU/L

Valor de Referência: Concentração (KU/L) Grau de Sensibilização
(Correlação Clínica)

0,1 - 0,7	Baixo
0,7 - 3,5	Moderado
Maior que 3,5	Alto

Limite de detecção do método: 0,1 KU/L

IGE DERMATOPHAGOIDES FARINAE (D2)
Metodologia:IMMUNOCAP
Amostra.....: SORO Coleta.: 04/04/2017 09h23min

Resultado.....: MENOR QUE 0,1 KU/L

Valor de Referência: Concentração (KU/L) Grau de Sensibilização
(Correlação Clínica)

0,1 - 0,7	Baixo
0,7 - 3,5	Moderado
Maior que 3,5	Alto

Limite de detecção do método: 0,1 KU/L

IGE TOTAL
Metodologia:IMMUNOCAP - FLUOROENZIMAIMUNOENSAIO
Amostra.....: SORO Coleta.: 04/04/2017 09h23min

RESULTADO.....: 132,0 KU/L

Valor de Referência:

RECEM-NASCIDO	: Menor que 2,3 KU/L
1 a 11 MESES	: Menor que 8,6 KU/L
1 a 3 ANOS	: Menor que 24,0 KU/L
4 a 6 ANOS	: Menor que 30,0 KU/L
7 a 10 ANOS	: Menor que 116,0 KU/L
Maior de 10 ANOS	: Menor que 140,0 KU/L

Liberação: 18/04/2017



Médico Dr(a):

Convênio.....: PAS

/CMV

Número.: 0816130/24

Coleta.: 04/04/2017

Horario: 09h23min

MAGNESIO

Metodologia:COLORIMETRICO

Amostra.....: SORO

Coleta.: 04/04/2017 09h23min

RESULTADO.....: 1,55 mg/dL

Valor de Referencia: 1,6 a 2,6 mg/dL

PROTEINA C REATIVA

Metodologia:AUTOMATIZADO - TURBIDIMETRIA

Amostra.....: SORO

Coleta.: 04/04/2017 09h23min

Resultado.....: 48 mg/l

Valor de Referencia: Menor que 6 mg/l

FATOR REUMATOIDE (LATEX)

Metodologia:AUTOMATIZADO - TURBIDIMETRIA

Amostra.....: SORO

Coleta.: 04/04/2017 09h23min

Resultado.....: Menor que 8 UI/mL UI/ML

Valor de referência: (V.R Menor que 8 UI/mL)

Liberação: 18/04/2017

ANEXO 5 - Escore de Atividade da Urticaria - Urticária Activity Score 7 - UAS 7

Nome: _____

Caro paciente,

O preenchimento desta escala irá nos ajudar a entender melhor a sua urticária. Comece uma semana antes da próxima consulta neste ambulatório, sendo que o sétimo (último) dia é o dia da consulta. Por favor, preencha uma vez por dia, tendo sempre como referência as suas queixas nas últimas 24 horas. Em cada dia, marque um X na melhor resposta para o número de lesões, e outro X para a intensidade da coceira. Não se esqueça de responder tudo.

Dias	Número de urticas (lesões de urticária) que apareceram na pele nas últimas 24 horas					Prurido (coceira) nas últimas 24 horas			Pontuação urticas	Pontuação prurido
	Nenhuma (0)	Menos de 20 lesões (1)	De 20 a 50 lesões (2)	Mais de 50 lesões (3)	Nenhum (0)	Leve, presente mas não incomoda nem atrapalha (1)	Moderado, incomoda mas não interfere nas atividades diárias e sono (2)	Grave, incomoda e interfere nas atividades diárias e sono (3)		
1	___									
2	___									
3	___									
4	___									
5	___									
6	___									
7	___									
Pontuação parcial										
Pontuação total										

Pontuação:

– Diária: Número de lesões - 0 a 3 pontos;

Prurido – 0 a 3;

Total diária: 0 a 6.

– UAS 7: 0-42

0: ausência de lesões e prurido – sem atividade da doença.

42: > 50 lesões e prurido intenso – atividade exacerbada da doença.

Categorização:

- UAS7 = 0: Livre de prurido e pápulas por 7 dias.

- UAS7 = 1-6: Indica UCE bem controlada tipicamente com prurido leve sem pápulas ou menos de 20 pápulas por 24 horas.

- UAS7 = 7-15: UCE LEVE – o prurido não incomoda e apresenta até 20 pápulas por 24 horas.

- UAS7 = 16-27: UCE MODERADA – prurido incômodo e apresenta até 50 pápulas por 24 horas. -

UAS7 = 28-42: UCE GRAVE – prurido intenso e > 50 pápulas ou grandes áreas confluentes.

ANEXO 6 - Urticaria Crontrol Test

UCT – versão curta

Nome: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____

Instruções: Você sofre de urticária. Com as seguintes perguntas, nós gostaríamos de avaliar o estado atual da sua doença. Por favor, leia atentamente cada pergunta e escolha, entre as cinco respostas existentes, aquela que mais se aproxima do seu caso. Por favor, não demore a pensar na resposta e lembre-se de responder a todas as perguntas e escolher apenas uma resposta para cada pergunta.

- Quanto você sofreu com os **sintomas físicos da urticária (coceira, empolgação e/ou inchaço)** nas últimas 4 semanas?
 Bastante Muito Mais ou menos Pouco Nada
- Quanto a sua **qualidade de vida** foi afetada negativamente por causa da urticária nas últimas 4 semanas?
 Bastante Muito Mais ou menos Pouco Nada
- Com que frequência o **seu tratamento** para urticária não foi suficiente para controlar os sintomas da urticária nas últimas 4 semanas?
 Muito frequente Frequente Algumas vezes Raramente Nunca
- De maneira geral**, quanto você conseguiu ter a sua urticária sob controle nas últimas 4 semanas?
 Nada Pouco Mais ou menos Bem Totalmente

O escore total na versão curta varia de no mínimo 0 (zero), e no máximo 16 (dezesseis), definindo, respectivamente, pior e melhor controle da enfermidade. Não há uma versão validada do UCT para a língua portuguesa falada no Brasil. Por este motivo, a adaptação transcultural do UCT, um instrumento válido e confiável, é a melhor opção e está sendo realizada pelo grupo da UFRJ.

Urticaria Control Test – UCT – Teste de controle da urticária

UCT – versão estendida

Nome: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____

Instruções: Você sofre de urticária. Com as seguintes perguntas nós gostaríamos de avaliar o estado atual da sua doença. Por favor, leia atentamente cada pergunta e escolha, entre as cinco respostas existentes, aquela que mais se aproxima do seu caso. Por favor, não demore a pensar na resposta e lembre-se de responder a todas as perguntas e escolher apenas uma resposta para cada pergunta.

- Quanto você sofreu com os sintomas físicos da urticária (coceira, empolgação e/ou inchaço) nas últimas 4 semanas?
 Bastante Muito Mais ou menos Pouco Nada
- Quanto a urticária afetou negativamente você no trabalho, nos estudos, no seu tempo livre e/ou nas suas atividades esportivas nas últimas 4 semanas?
 Bastante Muito Mais ou menos Pouco Nada
- Quanto a urticária impediu você de ter um sono normal nas últimas 4 semanas?
 Bastante Muito Mais ou menos Pouco Nada
- Quanto você sentiu que a sua aparência foi afetada negativamente pela urticária nas últimas 4 semanas?
 Bastante Muito Mais ou menos Pouco Nada
- Quanto a sua qualidade de vida foi afetada negativamente por causa da urticária nas últimas 4 semanas?
 Bastante Muito Mais ou menos Pouco Nada
- Quanto você teve que evitar esforços físicos ou outros estímulos como calor, frio, pressão, luz ou fricção, por causa da urticária, nas últimas 4 semanas?
 Bastante Muito Mais ou menos Pouco Nada
- Com que frequência o seu tratamento para urticária não foi suficiente para controlar os sintomas da urticária nas últimas 4 semanas?
 Muito frequente Frequente Algumas vezes Raramente Nunca
- De maneira geral, quanto você conseguiu ter a sua urticária sob controle nas últimas 4 semanas?
 Nada Pouco Mais ou menos Bem Totalmente

ANEXO 7 - Chronic Urticaria Quality of Life Questionnaire (CU-Q2oL)

CUQ2oL

Nome: _____

O objetivo deste questionário é medir o quanto a URTICÁRIA afetou a sua vida, NO DECORRER DOS ÚLTIMOS 15 DIAS. Cada pergunta tem 5 opções de respostas: NADA, POUCO, MAIS OU MENOS, MUITO OU MUITÍSSIMO. Marque com um X UMA RESPOSTA para cada pergunta.

Pedimos a gentileza de verificar se todas as perguntas foram respondidas. Muito obrigada!

Quanto você se sentiu incomodado(a), nos últimos 15 dias, com os seguintes sintomas?

1. Coceira:

<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Mais ou menos	<input type="checkbox"/> Muito	<input type="checkbox"/> MUITÍSSIMO
-------------------------------	--------------------------------	--	--------------------------------	-------------------------------------
2. Placas avermelhadas:

<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Mais ou menos	<input type="checkbox"/> Muito	<input type="checkbox"/> MUITÍSSIMO
-------------------------------	--------------------------------	--	--------------------------------	-------------------------------------
3. Olhos inchados:

<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Mais ou menos	<input type="checkbox"/> Muito	<input type="checkbox"/> MUITÍSSIMO
-------------------------------	--------------------------------	--	--------------------------------	-------------------------------------
4. Lábios inchados:

<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Mais ou menos	<input type="checkbox"/> Muito	<input type="checkbox"/> MUITÍSSIMO
-------------------------------	--------------------------------	--	--------------------------------	-------------------------------------

Você pode nos dizer quanto a urticária lhe atrapalhou, nos últimos 15 dias, nos seguintes momentos do seu dia a dia?

5. Trabalho:

<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Mais ou menos	<input type="checkbox"/> Muito	<input type="checkbox"/> MUITÍSSIMO
-------------------------------	--------------------------------	--	--------------------------------	-------------------------------------
6. Atividade física:

<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Mais ou menos	<input type="checkbox"/> Muito	<input type="checkbox"/> MUITÍSSIMO
-------------------------------	--------------------------------	--	--------------------------------	-------------------------------------
7. Sono:

<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Mais ou menos	<input type="checkbox"/> Muito	<input type="checkbox"/> MUITÍSSIMO
-------------------------------	--------------------------------	--	--------------------------------	-------------------------------------
8. Lazer:

<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Mais ou menos	<input type="checkbox"/> Muito	<input type="checkbox"/> MUITÍSSIMO
-------------------------------	--------------------------------	--	--------------------------------	-------------------------------------
9. Relacionamentos sociais (com parceiro(a), amigos e parentes):

<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Mais ou menos	<input type="checkbox"/> Muito	<input type="checkbox"/> MUITÍSSIMO
-------------------------------	--------------------------------	--	--------------------------------	-------------------------------------
10. Alimentação:

<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Mais ou menos	<input type="checkbox"/> Muito	<input type="checkbox"/> MUITÍSSIMO
-------------------------------	--------------------------------	--	--------------------------------	-------------------------------------

Através das seguintes perguntas, gostaríamos de aprofundar as dificuldades e os problemas que podem estar ligados à urticária (referentes aos últimos 15 dias).

11. Você tem dificuldade para dormir?

<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Mais ou menos	<input type="checkbox"/> Muito	<input type="checkbox"/> MUITÍSSIMO
-------------------------------	--------------------------------	--	--------------------------------	-------------------------------------
12. Você acorda durante a noite?

<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Mais ou menos	<input type="checkbox"/> Muito	<input type="checkbox"/> MUITÍSSIMO
-------------------------------	--------------------------------	--	--------------------------------	-------------------------------------
13. Durante o dia, você se sente cansado(a) porque não dorme bem à noite?

<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Mais ou menos	<input type="checkbox"/> Muito	<input type="checkbox"/> MUITÍSSIMO
-------------------------------	--------------------------------	--	--------------------------------	-------------------------------------
14. Você tem dificuldade para se concentrar?

<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Mais ou menos	<input type="checkbox"/> Muito	<input type="checkbox"/> MUITÍSSIMO
-------------------------------	--------------------------------	--	--------------------------------	-------------------------------------
15. Você se sente nervoso(a)?

<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Mais ou menos	<input type="checkbox"/> Muito	<input type="checkbox"/> MUITÍSSIMO
-------------------------------	--------------------------------	--	--------------------------------	-------------------------------------
16. Você se sente pra baixo?

<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Mais ou menos	<input type="checkbox"/> Muito	<input type="checkbox"/> MUITÍSSIMO
-------------------------------	--------------------------------	--	--------------------------------	-------------------------------------
17. Você se sente limitado(a) na escolha da sua comida?

<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Mais ou menos	<input type="checkbox"/> Muito	<input type="checkbox"/> MUITÍSSIMO
-------------------------------	--------------------------------	--	--------------------------------	-------------------------------------
18. Você fica com vergonha das lesões da urticária que aparecem no seu corpo?

<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Mais ou menos	<input type="checkbox"/> Muito	<input type="checkbox"/> MUITÍSSIMO
-------------------------------	--------------------------------	--	--------------------------------	-------------------------------------
19. Você fica com vergonha de frequentar lugares públicos?

<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Mais ou menos	<input type="checkbox"/> Muito	<input type="checkbox"/> MUITÍSSIMO
-------------------------------	--------------------------------	--	--------------------------------	-------------------------------------
20. É um problema para você usar determinados cosméticos (perfumes, cremes, loções, sabonetes e maquiagens)?

<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Mais ou menos	<input type="checkbox"/> Muito	<input type="checkbox"/> MUITÍSSIMO
-------------------------------	--------------------------------	--	--------------------------------	-------------------------------------
21. Você se sente limitado(a) na escolha das suas roupas?

<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Mais ou menos	<input type="checkbox"/> Muito	<input type="checkbox"/> MUITÍSSIMO
-------------------------------	--------------------------------	--	--------------------------------	-------------------------------------
22. Suas atividades esportivas são limitadas por causa da urticária?

<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Mais ou menos	<input type="checkbox"/> Muito	<input type="checkbox"/> MUITÍSSIMO
-------------------------------	--------------------------------	--	--------------------------------	-------------------------------------
23. Você fica incomodado(a) com os efeitos colaterais causados pelos remédios usados no tratamento da urticária?

<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Mais ou menos	<input type="checkbox"/> Muito	<input type="checkbox"/> MUITÍSSIMO
-------------------------------	--------------------------------	--	--------------------------------	-------------------------------------

Objetivo: avaliar o impacto da urticária crônica na qualidade de vida dos pacientes acometidos.

Método:

- Na primeira consulta médica em serviço de alergia/dermatologia, após ser realizado o diagnóstico de urticária crônica, o paciente deve ser apresentado ao questionário. Deve ser enfatizado que o paciente deve avaliar apenas o quanto a urticária interferiu na sua vida nos últimos 15 DIAS, e que o questionário é para avaliar apenas a URTICÁRIA. O paciente não deve levar em conta outros aspectos da vida e doenças que possam interferir na sua qualidade de vida;
- O paciente, durante a consulta médica, preenche o questionário composto por 23 perguntas;
- O profissional de saúde pode auxiliar na compreensão do questionário, porém sem interferir nas respostas.

Pontuação:

O CUQ2oL apresenta 23 perguntas.

Cada pergunta possui cinco opções de resposta, com a seguinte pontuação:

1: Nada 2: Pouco 3: Mais ou menos 4: Muito 5: MUITÍSSIMO.

O escore total mínimo do questionário é 23, e o máximo é 115.

23: excelente qualidade de vida – 115: pior qualidade de vida

Pode ser avaliado o escore total e de cada dimensão. O CUQ2oL, na versão em português brasileiro, apresenta 3 dimensões:

Dimensões	Perguntas
I - Sono/estado mental/alimentação	10,11,12,13,14,15,16,17
II - Prurido/ Impacto nas atividades diárias	1,2,5,6,7,8,9,22
III - Edema/limitações/aparência	3,4,18,19,20,21,23

Não existe ainda um ponto de corte para definir prejuízo significativo da QV em pacientes com UC no Brasil, mas o questionário CU-Q2oL pode ser útil para: avaliar a evolução e/ou resposta ao tratamento em um mesmo paciente ao longo do tempo; caracterizar grupos de pacientes de um mesmo Serviço ou comparar grupos de pacientes de Serviços diferentes; selecionar perfil de pacientes para um determinado estudo, de acordo com o comprometimento da QV pela UC.

Questionário de qualidade de vida para Urticária Crônica - CU-Q2oL						
		Avaliações				
	Pergunta: nos últimos 15 dias	1	2	3	4	5
	Quanto você se sentiu incomodado com os seguintes sintomas?					
1	Cocleira					
2	Placas avermelhadas					
3	Olhos inchados					
4	Lábios inchados					
	Quanto a urticária lhe atrapalhou nos seguintes momentos do seu dia a dia?					
5	Trabalho					
6	Atividade física					
7	Sono					
8	Lazer					
9	Relacionamentos sociais (com parceiro(a), amigos e parentes)					
10	Alimentação					
	Dificuldades e problemas que podem estar ligados à urticária					
11	Você tem dificuldade para dormir?					
12	Você acorda durante a noite?					
13	Durante o dia, você se sente cansado(a) porque não dorme bem à noite?					
14	Você tem dificuldade para se concentrar?					
15	Você se sente nervoso?					
16	Você se sente "pra baixo"?					
17	Você se sente limitado(a) na escolha da sua comida?					
18	Você fica com vergonha das lesões da urticária que aparecem no seu corpo?					
19	Você fica com vergonha de frequentar lugares públicos					
20	É um problema para você usar determinados cosméticos (perfumes, cremes, loções, sabonetes e maquiagens?)					
21	Você se sente limitado(a) na escolha das suas roupas?					
22	Suas atividades esportivas são limitadas por causa da urticária?					
23	Você fica incomodado(a) com os efeitos colaterais causados pelos remédios usados no tratamento da urticária?					
		1	2	3	4	5
		Nada	Pouco	Mais ou Menos	Muito	Multíssimo

ANEXO 8 - Angioedema Activity Score (AAS)

Angioedema Activity Score - AAS

Nome: _____

Questionário preenchido em: _____ / _____ / _____

Instruções: Você sofre de urticária. Com as seguintes perguntas nós gostaríamos de avaliar o estado atual da sua doença. Por favor, leia atentamente cada pergunta e escolha, entre as cinco respostas existentes, aquela que mais se aproxima do seu caso. Por favor, não demore a pensar na resposta e lembre-se de responder a todas as perguntas e escolher apenas uma resposta para cada pergunta.

Semana 1

Por favor, preencha o questionário, uma vez ao dia, sobre os seus sintomas nas últimas 24 horas. O Sr.(a) deve se referir às últimas 24 horas em cada sintoma. Por favor, responda a todas as perguntas da forma mais completa possível.

		Dia						
		1	2	3	4	5	6	7
O(a) Sr.(a) teve nas últimas 24 horas um inchaço?	Não							
	Sim							
Por favor, preencha as seguintes linhas somente se houve um inchaço nas últimas 24 horas								
Em qual ou quais espaços de tempo houve inchaços? (Por favor, marque todos os espaços de tempo)	0 – 8 horas							
	8 – 16 horas							
	16 - 24 horas							
Quais são ou foram as queixas fisiológicas causadas pelo(s) inchaço(s) (por exemplo, dores, queimação, coceira)?	Nenhuma							
	Leve							
	Média							
	Forte							
O Sr.(a) pode ou pôde exercer as atividades diárias por causa do(s) inchaço(s) atuais das últimas 24 horas?	Nenhuma limitação							
	Leve limitação							
	Forte limitação							
	Atividade impossível							
	Não							
O Sr.(a) se sente ou sentiu incomodado na estética corporal por causa do(s) inchaço(s) atuais das últimas 24 horas?	Levemente							
	Medianamente							
	Fortemente							
Como o(a) Sr.(a) classifica ou classificaria no conjunto a intensidade do inchaço atual das últimas 24 horas?	Pode ser ignorada							
	Leve							
	Média							
	Forte							

Método e pontuação:

- O paciente deve receber instruções detalhadas sobre o preenchimento do AAS, e o instrumento é preenchido diariamente, 1 vez/dia, pelo paciente, durante as 4 semanas anteriores à consulta médica. Há um documento por semana;
- A primeira pergunta: "Teve algum inchaço nas últimas 24 horas?" é usada para contar o número de dias que o paciente apresentou angioedema durante a realização do AAS, e não pontua. Caso o paciente responda não, ele não precisa responder às perguntas seguintes.

O AAS apresenta 5 perguntas que pontuam.

Na pergunta: "Em que período(s) tem/teve o(s) seu(s) inchaço(s)" o paciente deve selecionar todos os períodos que considerar adequados. Há 3 opções: De meia-noite às 8hs, das 8 às 16h, e das 16 às 24h. Cada resposta recebe 1 ponto. O paciente pode marcar uma, duas ou as três opções.

As 4 perguntas seguintes apresentam escore que varia de 0 a 3 para cada questão.

A soma dos escores das respostas dadas em cada dia forma o escore diário (AAS). A soma do escore de sete dias seguidos é o AAS7, e a soma dos escores de 4 semanas, o AAS28.

AAS: 0-15 pontos

AAS7: 0-105 pontos

AAS28: 0-420 pontos

ANEXO 9 - Angioedema Quality of Life Questionnaire (AE-QoL)

AE-QoL

Questionário de qualidade de vida para pacientes com inchaço recorrente

Nome: _____

Questionário preenchido em: _____ / _____ / _____

Instruções: Neste questionário o Sr.(a) encontrará uma série de perguntas. Por favor, leia com atenção cada questão e escolha apenas uma das cinco respostas, aquela que seja a mais correta para você, ou seja, marque apenas um quadradinho em cada pergunta. Não precisa pensar muito, e lembre-se de responder a todas perguntas.

Informe com que frequência nas últimas 4 semanas você precisou de restrições em áreas da vida cotidianas listadas abaixo, devido ao inchaço (angioedema) recorrente (independentemente de ter havido ou não os inchaços neste período de tempo).	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequente	Muito frequente
1. Trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Atividades físicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tempo livre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Relacionamentos sociais (pessoal e profissional)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Alimentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Com as próximas perguntas, gostaríamos de saber sobre a dificuldade e sobre os problemas que podem estar associados ao seu inchaço recorrente (angioedema) (com relação às últimas 4 semanas)	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequente	Muito frequente
6. Tem dificuldade em adormecer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Acorda durante a noite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Durante o dia está cansado(a), em consequência da noite mal dormida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tem dificuldade para se concentrar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Se sente abatido(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tem que limitar a escolha de alimentos ou bebidas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Os episódios de inchaço o(a) sobrecarregam/incomodam?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Você tem medo que o(s) inchaço(s) possa/possam aparecer de repente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Você tem medo de que a frequência do inchaço possa aumentar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Você sente vergonha de frequentar lugares públicos por causa do inchaço recorrente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Os inchaços recorrentes o(a) deixam constrangido(a) ou inibido(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Tem medo de que o tratamento do inchaço recorrente traga efeitos negativos a longo prazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Orientações para o preenchimento e pontuação – AE-QoL

- **Objetivo:** avaliar o impacto dos episódios de angioedema recorrentes na qualidade de vida dos pacientes acometidos.
- **Método:** na primeira consulta médica em serviço de alergia/dermatologia, após ser realizado o diagnóstico de angioedema crônico, o paciente deve ser apresentado ao questionário. Deve ser enfatizado que o paciente deve avaliar apenas o quanto o angioedema interferiu na sua vida nas últimas 4 SEMANAS, e que o questionário é para avaliar apenas o ANGIOEDEMA. O paciente não deve levar em conta outros aspectos da vida e doenças que possam interferir na sua qualidade de vida;
- O paciente durante a consulta médica preenche o questionário composto por 17 perguntas;
- O profissional de saúde pode auxiliar na compreensão do questionário, porém sem interferir nas respostas;
- **Pontuação:**
 - O AE-QoL apresenta 17 perguntas. Cada pergunta possui cinco opções de resposta, com a seguinte pontuação: 1: Nunca, 2: Raramente, 3: Ocasionalmente, 4: Frequente, 5: Muito frequente.
 - O escore total mínimo do questionário é 17, e o máximo é 85.
 - 17: Excelente qualidade de vida – 85: Pior qualidade de vida**

Pode ser avaliado o escore total e de cada dimensão. O AE-QoL possui 4 dimensões.

Dimensões	Perguntas
I – Funcionalidade	1,2,3,4
II – Fadiga/humor	6,7,8,9,10
III – Sentimentos/vergonha	12,13,14,15,16,17
IV – Nutrição	5,11