



SÃO PAULO
GOVERNO DO ESTADO

ETEC ORLANDO QUAGLIATO
Técnico em Enfermagem

Gabrieli Eduarda Messias Da Silva
Maria Clara Rabello De Camargo
Rauama Antunes Da Silva Maitan

CASOS DE DERMATOFIToses EM CRIANÇAS-
TINEA CAPITIS E TINEA CORPORIS.

Santa Cruz do Rio Pardo - SP
2025

**Gabrieli Eduarda Messias Da Silva
Maria Clara Rabello De Camargo
Rauama Antunes Da Silva Maitan**

**CASOS DE DERMATOFITOSE EM CRIANÇAS-
TINEA CAPITIS E TINEA CORPORIS.**

Trabalho apresentado à Escola Técnica Estadual de Santa Cruz Do Rio Pardo como requisito para obtenção do título de Técnico em Enfermagem sob orientação da Profa.Ma. Ana Paula Morguetti Camargo.

**Santa Cruz do Rio Pardo - SP
2025**

**Gabrieli Eduarda Messias Da Silva
Maria Clara Rabello De Camargo
Rauama Antunes Da Silva Maitan**

**CASOS DE DERMATOFITOSE EM CRIANÇAS- TINEA CAPITIS E
TINEA CORPORIS.**

Aprovada em: ____/____/____

Conceito: _____

Banca de Validação:

Presidente da Banca

Profa.Ma. Ana Paula Morguetti Camargo

ETEC “Orlando Quagliato”

Orientador _____

Professora Lígia de Souza Pichinin

ETEC “Orlando Quagliato”

Professor Renan Tavares Vieira

ETEC “Orlando Quagliato”

SANTA CRUZ DO RIO PARDO – SP
2025

Este trabalho é dedicado aos nossos familiares que em todos os momentos nos apoiaram e incentivaram a sempre persistir, a nossa professora por nos orientar na construção e conclusão deste trabalho.

Agradecemos a Deus por ter nos orientado e permitido que tivéssemos saúde e determinação para não desanimar durante toda a trajetória para a realização e conclusão desse trabalho.

A persistência é o caminho do êxito
Charlie Chaplin

SILVA, Gabrieli Eduarda Messias Da; CAMARGO, Maria Clara Rabello De; MAITAN, Rauama Antunes Da Silva. **Casos de Dermatofitose em crianças- Tinea capitis e Tinea corporis.** Trabalho de Conclusão de Curso. Curso Técnico em Enfermagem. 2025. Etec Orlando Quagliato – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza. Orientador (a) Prof.^a Ma. Ana Paula Morguetti Camargo. Santa Cruz do Rio Pardo – SP: 2025.

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo apresentar o aumento dos casos de dermatofitose em crianças, além de analisar como essa infecção fúngica, causada por dermatófitos, ainda é pouco conhecida pela população. Buscou-se trazer informações sobre a infecção fúngica, incluindo conceitos, sintomas, diagnóstico e tratamento. A pesquisa foi realizada em ambiente escolar, por meio da plataforma Google Forms, com aplicação de questionários com perguntas abertas e fechadas sobre o tema. O público-alvo respondeu de acordo com seus conhecimentos prévios. Durante o projeto, foram levantadas informações sobre os fungos que mais acometem crianças e as regiões com maior prevalência. Os resultados indicaram que os fungos responsáveis são *Tinea capitis* e *Tinea Corporis* e apresentam as maiores taxas de transmissão, sendo mais comuns em crianças principalmente em regiões tropicais e subtropicais. O objetivo final deste trabalho é divulgar conhecimentos gerais sobre essa doença fúngica e destacar sua incidência em diferentes regiões do território brasileiro.

Palavras-chave: Crianças; Dermatofitose; Infecção Fúngica; Tinea capitis, Tinea Corporis

ABSTRACT

This project aims to present the increase in cases of dermatophytosis in children, in addition to analyzing how this fungal infection, caused by dermatophytes, is still little known by the population. The aim was to provide information about the fungal infection, including concepts, symptoms, diagnosis and treatment. The research was conducted in a school environment, using the Google Forms platform, with questionnaires with open and closed questions on the subject. The target audience responded according to their previous knowledge. During the project, information was collected about the fungi that most affect children and the regions with the highest prevalence. The results indicated that the fungi responsible are *Tinea capitis* and *Tinea corporis* and have the highest transmission rates, being more common in children, especially in tropical and subtropical regions. The ultimate goal of this work is to disseminate general knowledge about this fungal disease and highlight its incidence in different regions of Brazil.

Keywords: Children; Dermatophytosis; Fungal Infection; *Tinea capitis*, *Tinea corporis*

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1: Couro Cabeludo acometido por Tinea Capitis.....	16
FIGURA 2: Couro Cabeludo com Tinea Capitis visível há luz Fosforescente	17
FIGURA 3: Fungo Tinea Corporis, presente na região abdominal.....	18
FIGURA 4: Criança parcialmente com face, orelhas e couro do cabelo pelo fungo Dermatofito	18

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO	13
2.1 BREVE HISTORIA	13
2.2 CONCEITO	14
2.3 SINTOMAS	15
2.3.1 Tinea capitis (couro cabeludo)	15
2.3.2 Tinea corporis (corpo).....	16
2.4 TRANSMISSÃO	18
2.5 TRATAMENTO.....	18
2.6 PREVALÊNCIA.....	19
2.7 DIAGNÓSTICO	20
2.7.1 Processos.....	20
2.7.2 Critérios	20
2.8 DESINFORMAÇÃO POPULAR.....	20
2.9 NOMES POPULARES.....	21
3 METODOLOGIA	23
3.1 CONTEXTO.....	23
3.2 PARTICIPANTES.....	23
3.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	23
3.4 TRATAMENTO DOS DADOS.....	23
4 APRESENTAÇÃO DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	25
Gráfico 1: Conhecimento sobre Dermatofitose.....	25
Gráfico 2: Conhecimento sobre tipos da doença.....	26
Gráfico 3: Conhecimento sobre contágio.....	26
Gráfico 4: Termos populares	27
Gráfico 5: Local de aparição de lesões	28
Gráfico 6: Conhecimento sobre crianças apresentando lesões	28
Gráfico 7: Meios de contágio.	29
Gráfico 8: Progressão das lesões.....	30
Gráfico 9: Locais comuns de apresentar lesões.....	30
Gráfico 10: Agente etiológico.....	31
Gráfico 11: Crenças populares	32
Gráfico 12: Tratamento caseiros.....	32
Gráfico 13: Contágio mais frequente em adultos ou crianças	33
Gráfico 14: Transmissão	34

Gráfico 15: Frequência da patologia.....	34
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS	37
APÊNDICE	40
ANEXOS.....	41
ANEXO A – IMAGEM EXEMPLAR DE LESÕES DE TINEA CORPORIS PRESENTE NA QUESTÃO 4	41

1 INTRODUÇÃO

A informação da população é um dos pilares para o desenvolvimento da sociedade, mas pode se observar que nos últimos anos acontece uma grande massa de compartilhamento de informações incorretas e/ou inexistentes em conjunto com a escassez de campanhas e projetos de ações de promoções para a população (Pereira, 2024), assim causando uma dificuldade social. A área da saúde tem como um dos principais meios de profilaxia as campanhas que atuam para conscientizar os cidadãos das causas, sinais e sintomas que possam apresentar. Com a onda de desinformação doenças como a dermatofitose principalmente em crianças tem um aumento significativo em suas incidências. A dermatofitose ao longo dos anos foi associada a palavra “impinge” que é muito frequente em climas tropicais; nas regiões da cabeça; couro cabeludo e no corpo em geral. Ela por ser uma patologia de fácil reconhecimento, a população recorre a tratamentos caseiros que em muitas das vezes não trata, piorando a gravidade.

Este é um tema de grande relevância tanto academicamente quanto na prática, dado que o compartilhamento de informações validas é essencial para o combate a desinformação, diminuindo assim os índices dessa enfermidade. Se considera que o tema precisa ser discutido com maior frequência para promover um maior entendimento sobre ele. Opta por estudar os dois tipos de fungos específicos causadores de dermatofitoses que apresentam maior incidência em crianças em países de clima tropical, com foco no Brasil, pois acredita-se que essa abordagem pode gerar um impacto significativo na disseminação de informações. O estudo será a partir de pesquisas bibliográficas e de campo, com a proposta de questionários com a população para identificar quais são as principais lacunas de conhecimentos, assim, apresentar uma abordagem clara e didática com base em análises de literatura e estudo prático. A Dermatofitose é uma infecção fúngica superficial causadas por fungos Dermatófitos, que afeta a pele, cabelos e unhas, tecidos queratinosos. Nas crianças, essa condição pode se manifestar de maneiras variadas e pode causar desconforto significativo, além de impactar a qualidade de vida.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 BREVE HISTORIA

Segundo (Mukhopadhyay AK, 2019) “essa doença de pele comum tem sido descrita desde a antiguidade em tratados religiosos e médicos, ilustrada sob muitos títulos, confundida com muitas doenças não relacionadas, com vários nomes” podendo compreender que sua origem é relatada há milhares de anos, porem seus estudos começaram somente a dois séculos atrás com o médico francês Guy de Chauliac (1300-1368 d.C.) denominando a palavra Tinea para várias doenças da pele, ao longo dos anos variadas personalidades históricas criavam teorias e suas descobertas sobre as micoses. Em 1835 foi publicado o livro de Rayer, P. “*A Theoretical and Practical Treatise on the Diseases of the Skin*” onde descreveu aspectos sobre micoses adotando o termo de *Impetigo annulata* em seus estudos.

Em 1841 um médico húngaro, David Gruby (1810–1898), iniciou estudos de meios de cultura dos fungos, em favos de batata na tentativa de isolar o microrganismo e reproduzir as suas lesões como se representasse uma pele saudável. Suas descobertas foram imprescindíveis para o avanço da medicina em compreender mais as formas de desenvoltura dos fungos. Quase setenta anos depois foi publicado em 1910 o manuscrito “*Les Teignes*” por Raymond Sabouraud um médico, pintor e escultor francês de renome foi o pioneiro em propor uma classificação para as “micoses” em 4 classificações essas sendo: *Achrion*, *Epidermophyton*, *Microsporum* e *Trichophyton*, porem em 1934 veio a modernização com base nas morfologias dos fungos através de Emmons descartando *Achrion*.

Ao decorrer dos séculos foram realizados diversos estudos sobre os fungos e conforme a modernidade foi se apresentando é possível ter uma maior compreensão sobre sua origem, descobertas fundamentais de Gruby foram os primeiros passos para o entendimento mais aprofundado dos domínios dos meios de culturas. “Se considerarmos o trabalho de Willan (1817) como o início do estudo moderno das dermatofitoses, então *Les Tignes*, de Raymond Sabouraud, em 1910, marca o auge” (Mukhopadhyay AK, 2019). A partir de manuscritos como esses a visão da medicina dermatológica foi capaz de compreender todos os aspectos básicos como as vias de transmissão, como funciona suas morfologias e posteriormente seus tratamentos.

2.2 CONCEITO

A dermatofitose é atribuída a infecções fúngicas superficiais. (Silva *et al*; 2021, p.3) “esses fungos podem ser divididos em nove gêneros diferentes, sendo eles: *Trichophyton*, *Epidermophyton*, *Nannizzia*, *Microsporum*, *Lophophyton*, *Arthroderma*, *Ctenomyces*, *Guarromyces* e *Paraphyton*”. Dentre esses gêneros há três subgêneros com um acometimento maior em seres humanos que são: *Trichophyton*, *Microsporum* e *Epidermophyton* se configurando como microrganismos que conseguem adquirir seus nutrientes através dos tecidos com queratina, sendo uma micose que acomete a primeira camada da pele, sendo que, a cada local aonde se localiza as lesões é elaborada uma nomenclatura científicas correspondente, como, em cabelos e pelos é chamada de *Tinea capitis*.

No entanto, fatores como sistema imunológico comprometidos, alta ingestão de açúcar ou alergias (Ministério da Saúde, 2012) também podem afetar a inflamação, especialmente quando o calor e a umidade são altos dilatando os poros da epiderme facilitando o inserimento dos fungos dermatófitos no tecido queratinoso.

As doenças como a psoríase pode ser confundida com a dermatofitoses, uma vez que apresentam aparência semelhantes. Os pacientes que apresentam esses sinais pensam que são as mesmas doenças, mas, apesar de aparentarem semelhanças em suas aparências, se trata de patologias distintas. A psoríase é uma doença imunomediada, ou seja, pode afetar não somente o tecido cutâneo, mas também as articulações, provocando hipertensão e diabetes tipo 2 (Pfizer, 2017) além de estar associada a sintomas mais intensos de acordo com o estado emocional.

Já a dermatofitose é causada pelos fungos dermatófitos, que têm origem na terra, animais e humanos aonde os microrganismos atingem a epiderme por lesões superficiais em tecidos queratinosos. Segundo (Ministério da Saúde, 2016) a psoríase é uma doença não contagiosa com formatos rubros e escamosos mesmo não havendo comprovações concretas das causas específicas para o seu surgimento, porém, é compreendido que traumas como luz solar contínua, estresse emocional pode propagar melhoras ou quedas significativas na cicatrização das lesões. A dúvida da população é recorrente por refere-se de doenças comuns entre todos os tipos de indivíduos, mas se distingue em ser patologias singulares com uma apresentação física semelhante para a população.

De acordo com a (Ministério da Saúde, 2022). Impinge é um nome comum para vários tipos de infecções de pele causadas por fungos. Que cresce em áreas de pele podendo aparecer em qualquer parte do corpo, como mãos, pés, corpo, rosto e couro cabeludo (esse tipo é comum em crianças). Os fungos são encontrados todos os ambientes climatizados e ambientados.

2.3 SINTOMAS

Conforme (Silva *et al*; 2021, p. 3) “Os sinais e sintomas caraterísticos são: coceira, inflamação, descamação e vermelhidão local e, diante dos locais que podem ser acometidos” esses indícios físicos afloram conforme a enfermidade evolui, as lesões de diversos tamanhos e formas ovais são um incomodo nos portadores afetando tanto a qualidade de vida quando na autoestima.

2.3.1 Tinea capitis (couro cabeludo)

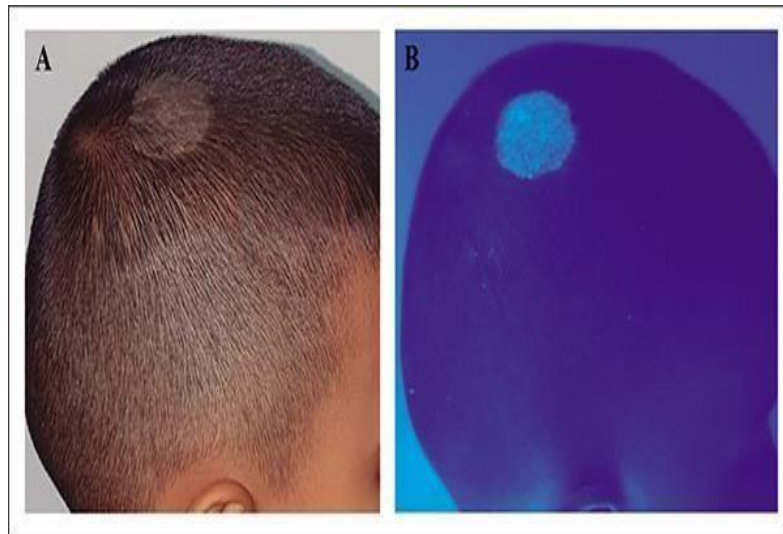
A Tinea Capitis é acometida pelos fungos na região da cabeça, afetando o couro cabeludo com escamação de placas secas, coceira na região afetada, vermelhidão, podendo causar até alopecia no local afetado. Existe também a Tinea capitis inflamatória que pode causar manchas dolorosas com pus nos locais afetados. De acordo com a (figura 1) podemos observar um couro cabeludo com fungo Tinea Capitis, com queda de cabelos em estado avançado (Alopecia) causando coceira e uma camada de escamas queratinosas com placas esbranquiçadas e algumas feridas, essa inflamação intensa pode evoluir para cicatrizes e perda permanente dos fios do cabelo. Na (figura 2) é possível identificar com mais clareza como o Fungo Tinea Capitis é visível a luz Fosforescente visibilizando a descamação presente no couro cabeludo.

FIGURA 1- Couro cabeludo acometido por Tinea capitis, apresentando alopecia em estado avançado.



Fonte: <https://www.medway.com.br/conteudos/dermatofitose-micoses-da-cabeca-aos-pes/>

FIGURA 2- Couro Cabeludo com Tinea capitis visível há luz Fosforescente



Fonte: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062020000500773

2.3.2 Tinea corporis (corpo)

A tinea corporis pode se desenvolver em qualquer parte do corpo, formando rodela escamosas de variados tamanhos com coloração avermelhada ou rosada podendo se distribuir para outras partes do corpo e também podendo contaminar outras pessoas se tiver contato direto com a pessoa infectada com o fungo dermatófito (Aaron, 2024). Ela está presente em crianças de 6 a 12 anos, fase escolar, sendo muito comum o contato direto entre as crianças, ou compartilhar objetos, podendo ser contaminados também. (Oliveira, 2024). Na (figura 3) é mostrado a região do tronco que apresenta várias lesões cutâneas em formatos de discos, com descamação e irritação do tecido, elas são causadas pelo fungo *Microsporum*, que acomete tecidos queratinosos normalmente com lesões ovais com bordas rubras e escamosas podendo apresentar em estados severos e avançados bolhas no centro das feridas. Pode em sua maioria apresentar escamações, prurido por toda região acometida pelo fungo. Na (figura 4) nota-se uma criança com uma infecção micótica em seu lado esquerdo do rosto e orelha em estado severo de infecção, apresentando irritação cutânea, formação de bolha em conjunto de alopecia parcial em região temporal de sua face.

FIGURA 3- Abdômen acometido pelo fungo Tinea Corporis apresentando lesões avermelhadas em bordas salientes e marcadas.



Fonte: <https://med.estrategia.com/portal/conteudosgratis/doencas/resumo-de-dermatofitose-tinea-diagnostico-tratamento-e-mais/>

FIGURA 4- Criança com parte da Face, Orelhas e Couro do Cabelo com fungo Dermatófito.



Fonte: <https://www.microbiologybook.org/Portuguese%20Mycology/port-mycology-4.htm>

2.4 TRANSMISSÃO

A transmissão dos fungos dermatófitos pode ocorrer por contato direto de animais, humanos infectados e indiretos com contato com partículas de células contaminadas presentes em solos ou objetos pessoais de portadores da patologia. Por se tratar de microrganismos queratinofílicos que se alimentam da queratina presente na pele, unhas e cabelos podendo acometer com uma maior facilidade em regiões que tem contato mais frequentes em locais quentes, fechados, úmidos e possibilitam uma acessibilidade para acontecer o contágio com os fungos. De acordo com (Rezende *et al*, 2016).

Como aponta a pesquisa de (Schechtman RC, 2015), foram conduzidas em amostras de couro cabeludo provenientes de casos suspeitos de tinea capitis, nas regiões sul, sudeste, norte, nordeste e centro-oeste do Brasil, no período de 1983 a 2017. A quantidade de amostras examinadas oscilou entre 11 e 1.332, dependendo do período e local de execução dos estudos. Em relação à distribuição da tinea capitis, a incidência dessa infecção fúngica varia, uma vez que sua incidência está atrelada a fatores geográficos, como temperatura e umidade, condições socioeconômicas da região, além das características individuais de cada paciente.

2.5 TRATAMENTO

O tratamento dessas Dermatofitoses começa primeiro por um diagnóstico para saber o tipo de dermatofitose a ser tratada e por meio de cuidados individuais e do uso de medicamentos antifúngicos. A tinea corporis é tratada com imidazol, ciclopirox, naftifina ou terbinafina em creme, loção ou gel aplicado diretamente na área afetada prescrita pelo médico dermatologista e a tinea capitis é tratada com xampus com forte teor de sulfeto de selênio prescrito também por um médico dermatologista, o que leva cerca de 2 a 3 semanas para ser curada se seguido todas as orientações médicas corretamente. (Aaron, 2024).

Com base nos estudos é possível observar que a Tinea capitis e a Tinea corporis são as dermatofitoses mais presentes em crianças no Brasil (Oliveira, 2024) apesar disso é extremamente necessário que haja um controle epidemiológico maior dessas infecções e mais desenvolvimento nos estudos sobre a dermatofitose e palestras para os pais e as crianças estejam mais cientes sobre todos os cuidados e prevenção.

2.6 PREVALÊNCIA

De acordo com (Oliveira; 2024, p. 12) “Dermatófitos compreendem fungos pertencentes a três gêneros: *Trichophyton*, *Microsporum* e *Epidermophyton*” Essas infecções fúngicas causam lesões na pele conhecida como tineas, sendo *Tinea capitis* e *Tinea corporis* as mais frequentes em crianças, a *Tinea Capitis* acomete o couro cabeludo, sobrancelha e cílios prejudicando e a *Tinea Corporis* infecções fúngicas na epiderme. Essas condições são prevalentes globalmente, especialmente em regiões tropicais e subtropicais, afetando principalmente crianças.

Foi elaborado um estudo investigativo realizado por (Proença e Assumpção, 1979) aonde relata que maioria dos casos clínicos de dermatofitose é originado pelas tineas da *capitis* e *corporis*, através dos fungos *Microsporum canis* e *Trichophyton tonsurans*, que têm predileção pelo couro cabeludo, face, parte superior do tronco e pescoço. Foram divulgados 10.698 casos no total, sendo 73 em crianças, representando 0,71% do total, a maioria desses casos foi confirmada por exames de cultura ou direto. O estudo foi conduzido em uma clínica particular e mostrou que a economia social e a localização geográfica são determinantes importantes, o que confirma a observação de que a maioria dos casos clínicos que afetam pacientes de classe média tem uma maior procura de tratamento médico. Percebe-se que esses fatores têm uma influência importante tanto nos casos de dermatofitoses quanto na composição da flora de fungos.

Conforme estudos as Dermatofitoses são mais prevalentes em países de clima tropical e subtropical, incluindo o Brasil, sendo assim tendo ainda mais concentração em regiões quentes e húmidas do país (Lana *et al*; 2016, p. 230) os principais agentes causais o *Trichophyton tonsurans* nas regiões Norte e Nordeste e o *Microsporum canis* no Sul-Sudeste do país (Marques *et al*, 2005) que são os agentes da *tinea capitis* (região do couro cabeludo) e *tinea corporis* (região do corpo).

Essas dermatofitoses são prejudiciais em todas as regiões do Brasil (Costa *et al*, 2002) quando não tratadas adequadamente elas podem trazer uma má qualidade de vida para as crianças, em algumas regiões do Brasil são ainda mais prevalentes por essa falta de cuidados adequados com a higiene e o compartilhamento de objetos pessoais, como roupas e toalhas isso aumenta ainda mais as chances e riscos de contaminação entre as crianças (Oliveira, 2024). Ambas as infecções requerem um diagnóstico e tratamento adequados para evitar complicações e recorrências e reduzir a incidência dessas condições entre as crianças.

2.7 DIAGNÓSTICO

De acordos com pesquisas bibliográficas, o diagnóstico da dermatófitose era baseada em observações clínicas e, posteriormente, métodos laboratoriais, como a cultura e a identificação microscópio. Os critérios diagnósticos incluem lesões características que variam segundo a área corporal acometida, os sintomas mais comuns incluem despigmentação, placas anulares, prurido e perda de cabelo entre outros de acordo com a área afetada.

2.7.1 Processos

Segundo (Santos, 2022) “é realizado raspagens da pele ou unhas das áreas afetadas ou, no caso dos pelos, retirados com uma pinça” Esse método tem como foco coleta direta do tecido infectado como a biopse da lesão, quando coletado com materiais estéril é direcionada para a análise com o uso do microscópio com uma diluição de KOH 10% e 20% em temperatura levemente elevada. Com esses métodos de coleta direta tem como vantagem a obtenção do resultado em curto prazo.

2.7.2 Critérios

Para elaborar um resultado concisamente é preciso a combinação de fatores determinantes como a localização, características das lesões, histórico do paciente como também o uso de cremes, pomadas, hidratantes e remédios caseiros depositadas nas feridas é um dos empecilhos para a efetividade dos diagnósticos. (Silva *et al*; 2021, p.3).

2.8 DESINFORMAÇÃO POPULAR

O desconhecimento da grande parte da população sobre tópicos como as profilaxias apropriadas, a forma de transmissão e a busca nos estágios iniciais, segundo (Pereira; 2024, p. 1) "considerando o fato de que as dermatofitoses não são doenças consideradas de notificação obrigatória e não há grandes projetos que visam a importância de um diagnóstico e tratamento correto" pode se compreender que a falta de companhias e a alta prevalência dos fungos dermatófitos acomete a maioria da população sem distinguir classe social ou idade, é possível entender como a escassez sobre as prevenções e propagações desencadeia uma incidência crescente dos casos da dermatofitose, pautas como crenças populares e tratamentos caseiros podem além de comprometer os resultados de exames precisos para um diagnóstico conciso propondo tratamentos adequados e efetivos tem o efeito contrário podendo causar uma recaída no processo de melhora, transformar em lesões de estágios severos.

Por ser uma infecção que tem como característica lesões ovais presente em tecidos queratinosos a procura por recursos hospitalares se é buscado muitas vezes por conta do constrangimento estético tratando-se de uma doença assintomática sua aparência e incomodo pela sensação de coceira faz com que os indivíduos vão atrás de tratamentos rápidos e de fácil acesso, muitos por conhecimento popular.

A desinformação normalmente é passada de geração a geração, como ideias errôneas sem nenhuma comprovação científica, assim, dificulta a diminuição dos casos confirmados de dermatofitose, as crianças por serem dependentes de seus responsáveis não tem capacidade de entenderem a importância das prevenções corretas e assíduas recomendadas por órgãos de saúde, assim, por estarem sempre em contato com animais, solo e objetos compartilhados entre si sem uma supervisão consciente dos riscos de transmissão e de como prevenir a contaminação direta ou indireta faz com que essa faixa etária seja uma das mais atingidas por essa infecção fúngica.

2.9 NOMES POPULARES

Conforme (Pazutti, 2025) "Dermatofitose ganha diferentes nomes de acordo com a parte do corpo onde ocorre" podendo ter vários nomes esses científicos, por se tratar de uma família de fungos que se alimentam de tecidos queratinosos atuando todas as regiões do corpo a cada lugar em específico que ela infecta há um termo correto para ele, mas por ser uma doença globalmente frequente com ênfase em países tropicais como o Brasil é comum a população de acordo com a região geográfica identificar por distintos termos, um deles sendo a impinge frequentemente associado mas também há exemplos como o pé-de-atleta ou frieiras que é utilizados

normalmente quando há lesões nas regiões dos pés. A diversidade de denominações pode ser um empecilho para um pro diagnóstico.

3 METODOLOGIA

3.1 CONTEXTO

Nesta seção, será apresentada os procedimentos e estratégias utilizadas na pesquisa feita de maneira online na ETEC Orlando Quagliato em Santa Cruz Do Rio Pardo/SP, o formulário propôs questões fechadas e abertas que buscam respostas mais elaboradas em conjunto com relatos de experiências pessoais com o intuito de coletar dados contendo informações essenciais para a compreensão e atribuição para a formação e conclusão este trabalho.

3.2 PARTICIPANTES

O convite foi direcionado para 39 alunos do curso de técnico de enfermagem do primeiro modulo até o quarto modulo com o objetivo de levantar questionamento sobre o tema proposto neste trabalho.

3.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foi utilizado o método de formulário online desenvolvido pela plataforma Google Forms de modo que foi possível o compartilhamento seguro e sucinto para a coleta clara dos dados sem comprometer a integridade e identidade de todos os colaboradores.

3.4 TRATAMENTO DOS DADOS

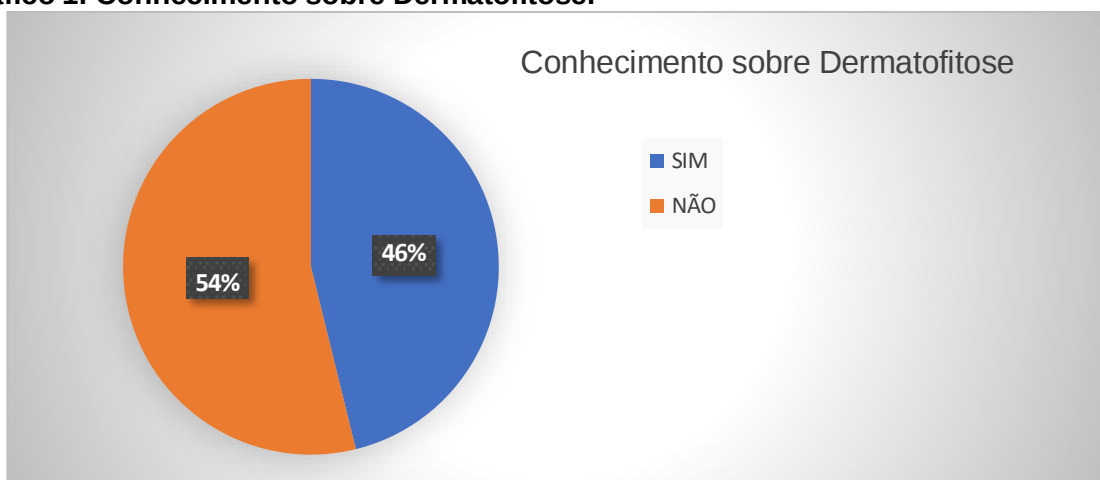
Os levantamentos das respostas foram obtidos e transformados em gráficos de maneira de fácil entendimento e agrupando-as com coerência de acordo com a

pergunta disponibilizada para eles, posteriormente foi realizado uma interpretação seria e objetiva com a finalidade de entender e explicar os dados adquiridos através do formulário.

4 APRESENTAÇÃO DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

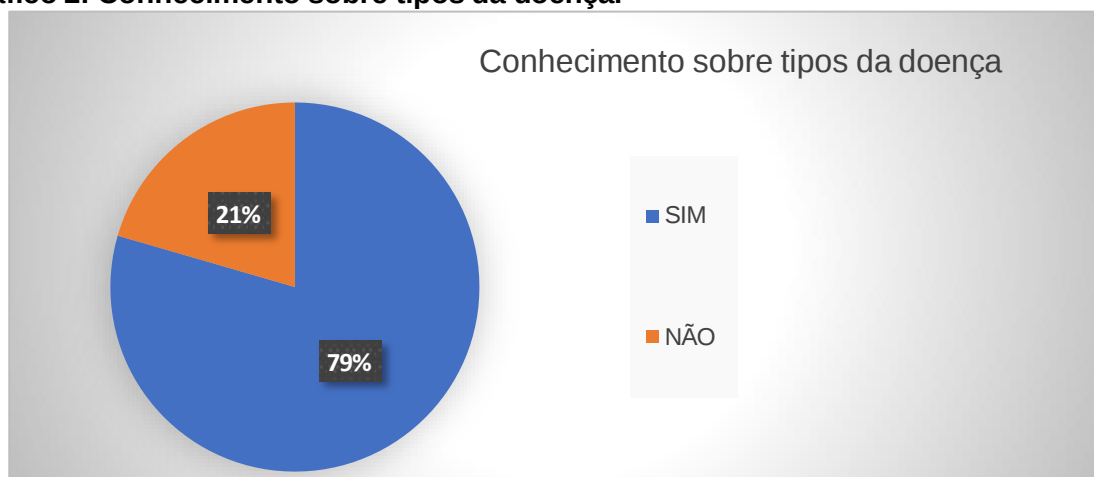
O levantamento das respostas foi adquirido em um prazo de três semanas com o formulário aberto para compartilhamento e participação dos alunos, no total foi elaborada 15 perguntas contendo três com uma proposta de resposta fechada de modo objetivo e centrado, em contra partida as outras questões propõem resposta abertas, posteriormente a finalização do tempo estimado da disponibilidade do formulário online ocorrer, foi executada análise e produzido gráficos com uma dinâmica fácil das respostas dadas pelos alunos.

Gráfico 1: Conhecimento sobre Dermatofitose.



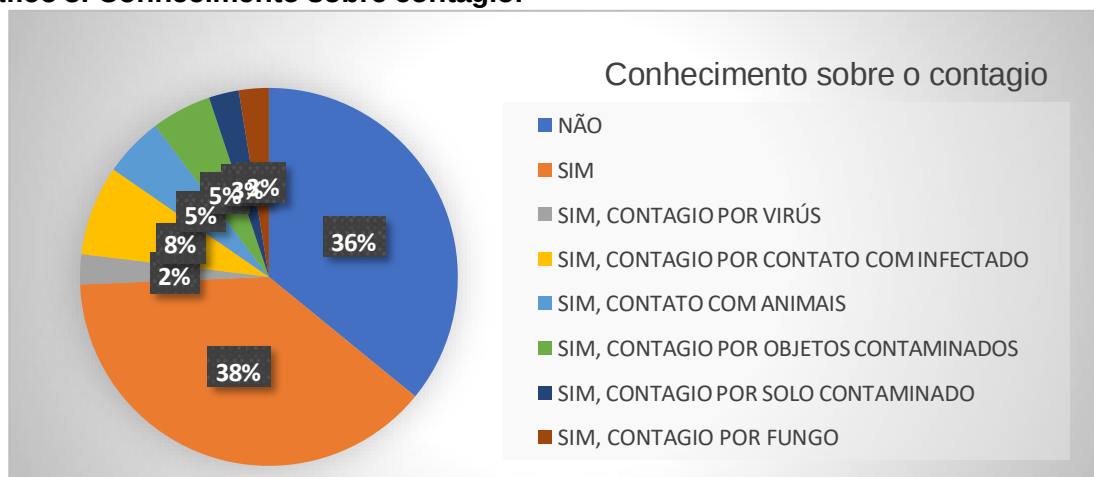
Fonte: Elaborado pelo autor.

Na questão 01 procurou investigar se os alunos detinham conhecimento mínimo sobre o assunto, (54%) declaram não ter conhecimento sobre essa patologia, porem, (46%) afirmam conhecer essa doença. Os dados comprovam que assim como citado por (Pereira, 2024) é compreensivo mesmo se tratando de alunos de um curso de capacidade de entendimento sobre infecções da pele ainda há uma barreira de falta de informação em conjunto com a pouca procura de conhecimento sobre o assunto proposto na questão. Comprovando como a falta de projetos governamentais prejudica de maneira direta na decrescente incidência de novos casos de dermatofitose no Brasil.

Gráfico 2: Conhecimento sobre tipos da doença.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Na questão 02 os resultados da pesquisa em relação à percepção dos participantes sobre a existência de mais de um tipo de dermatofitose. Ao analisar os dados, constata-se que 79,5% dos respondentes afirmaram que a dermatofitose possui mais de um tipo, evidenciando uma forte crença na diversidade dessa condição. Em contrapartida, apenas 20,5% afirmam acreditar que existem apenas um tipo, o que sugere uma possível falta de conhecimento sobre as diferentes manifestações da dermatofitose.

Gráfico 3: Conhecimento sobre contágio.

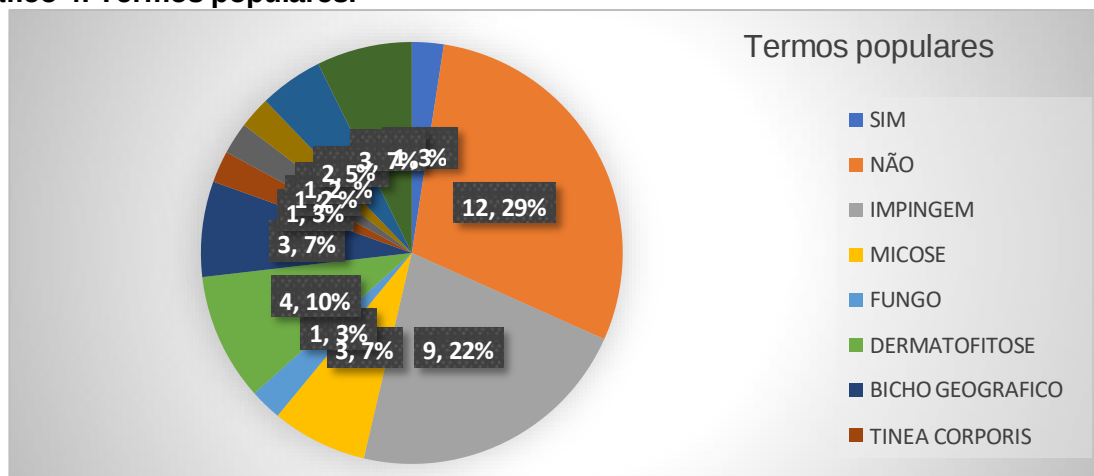
Fonte: Elaborado pelo autor.

Na questão 03 apresenta os resultados de pessoas que relataram sobre seus conhecimentos. Ao analisar os dados, percebemos que 38,5% dos respondentes concordam que a dermatofitose é contagiosa, essa porcentagem significativa revela uma preocupação generalizada sobre a transmissão da doença, indicam que muitos acreditam na possibilidade de contágio.

Por outro lado, (35,9%) discordam da ideia de que a dermatofitose é contagiosa, essa porcentagem sugere uma visão alternativa que poderia ser explorada em futuras discussões sobre o tema. Enquanto (2,6%) afirma ser contágio por vírus, (7,7%) confirmam que o contágio pode ser com infectados, (5,1%) mencionaram contágio por animais, quanto a (5,1%) relatam ser contágio por objetos

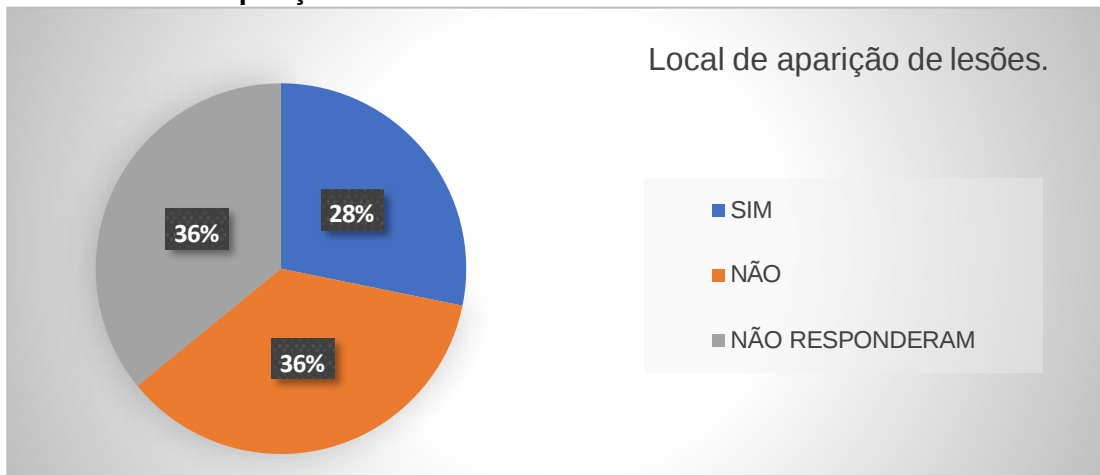
contaminados, sendo (2,6%) declaram contágio por solo contaminado e outros (2,6%) acreditam que o contágio seria por fungos. Essa nuance é importante, pois demonstra que uma parte considerável dos entrevistados não apenas reconhecem a contagiosidade, mas também têm consciência dos modos de transmissão da dermatofitose.

Gráfico 4: Termos populares.



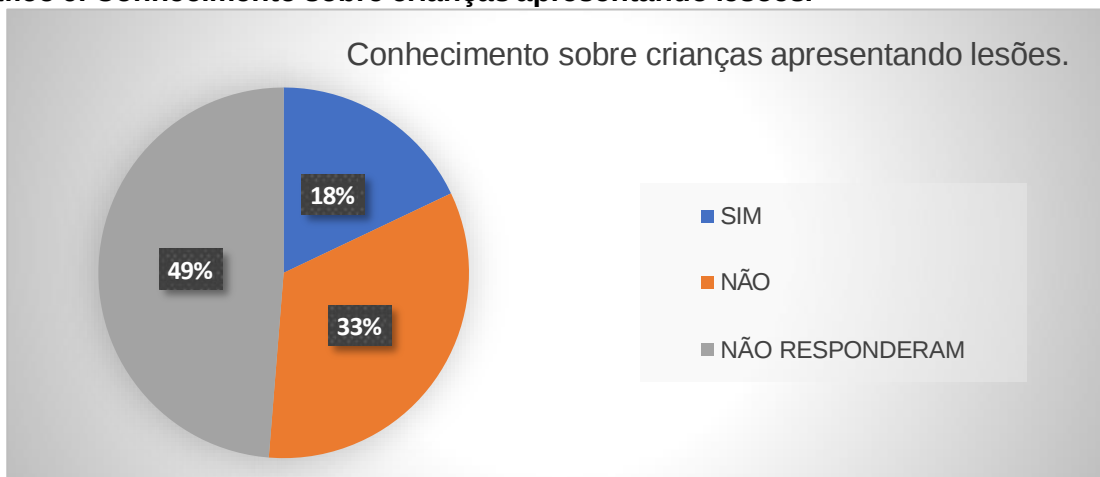
Fonte: Elaborado pelo autor.

Na questão 04 foi proposto uma imagem e questionado sobre os termos populares conhecido por eles que coincidiam com a aparência das lesões apresentada para eles, (3%) conhecem as lesões características da dermatofitose; (29%) afirmam não conhecer esse tipo de ferida na epirme; (22%) declaram conhecer pelo nome popular impingem sendo ele um dos termos mais conhecido associado a infecções dor dermatófitos; (7%) acredita que essas lesões cutâneas são micoses presentes na pele; (3%) afirma que o responsável por provocar as lesões são fungos; (10%) conhecem pelo nome de Dermatofitose; (7%) descreve como bicho geográfico; (3%) aponta ser tinea corporis; (2%) afirma ser psoríase; (2%) conhecem pelo nome de doença do gato; (5%) acredita ser dermatite atópica e (7%) não responderão ao questionário. Os participantes responderam no total 25 exemplos de nomes do conhecimento deles que correspondiam com a imagem. O número de termos apresentados que de certa forma se distancia do nome correto reafirma como a carência por informações concretas e de fácil entendimento é um dos maiores impedidores de iniciativas há procura de tratamentos efetivos. Somente (10%) sabiam realmente do que a imagem se tratava. Como a dermatofitose é uma doença globalmente conhecida os nomes acabam se tornando culturais podendo variar geograficamente.

Gráfico 5: Local de aparição de lesões.

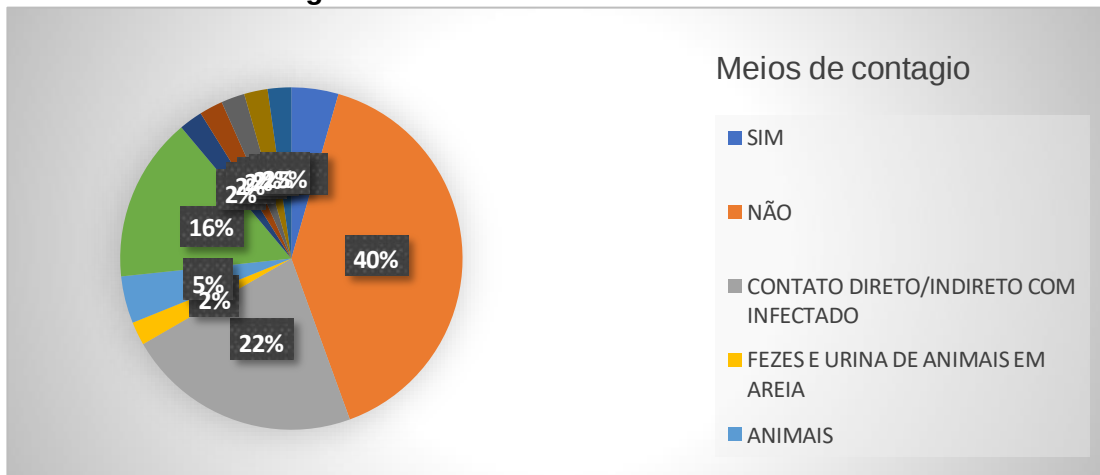
Fonte: Elaborado pelo autor.

Na questão 05 foi questionado 28,2% indicam ter apresentado o tipo de lesão em questão, 35,9% afirmam que nunca tiveram essa lesão, quantos aos outros 35,9% dos entrevistados optaram por não responder à pergunta.

Gráfico 6: Conhecimento sobre crianças apresentando lesões.

Fonte: Elaborado pelo autor.

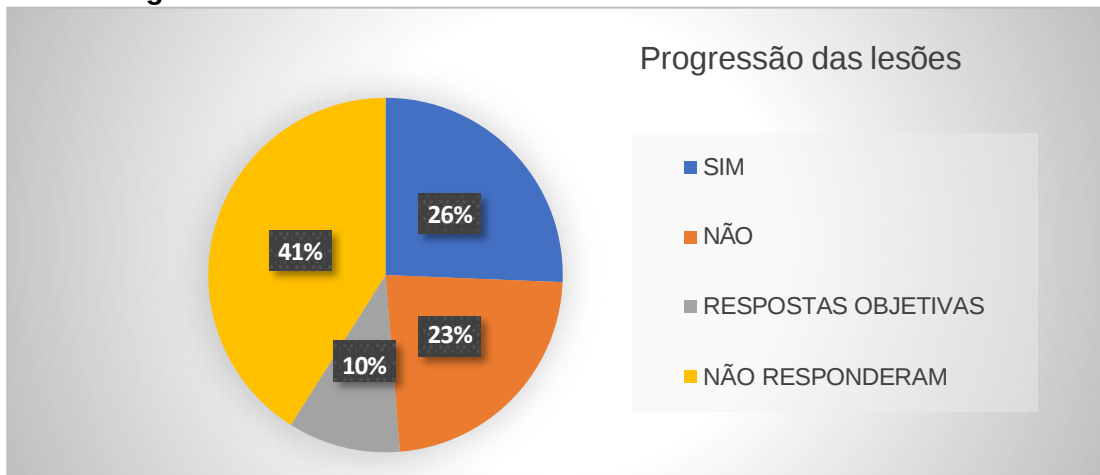
Na questão 06 é observado que (18%) afirmam conhecer ou já ter conhecido alguma criança com as lesões mencionadas, outros 33,3% dos participantes responderam afirmando não ter conhecido crianças portadoras da dermatofitose e (48,7%) optaram por não responderem à pergunta.

Gráfico 7: Meios de contágio.

Fonte: Elaborado pelo autor.

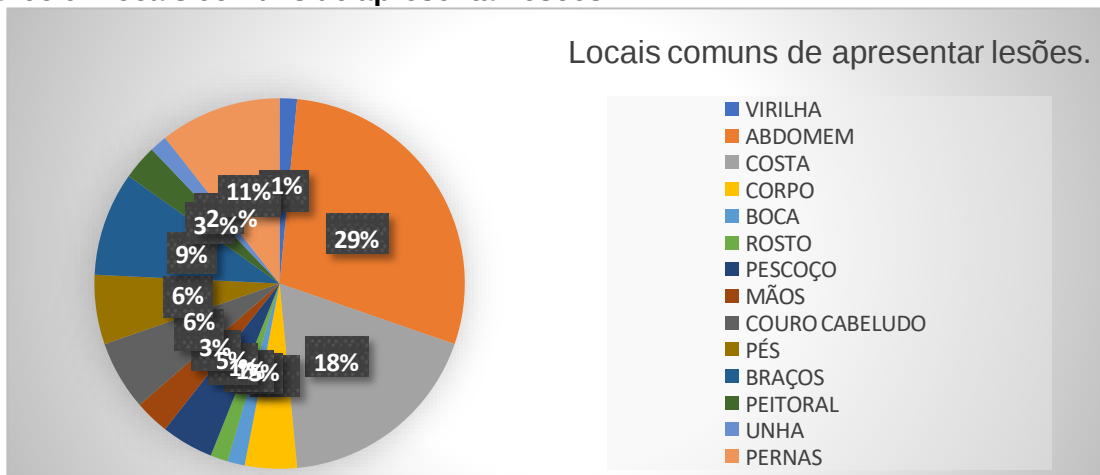
Na questão 07 foi perguntado se os alunos sabiam como acontecia o contágio e se sim como eles imaginam que ocorra e por quais ocasiões é acometido a infecção cutânea; (5%) afirmam ter conhecimento de como acontece a contaminação pelos fungos Dermatofitos; (40%) afirmam não ter conhecimento sobre o modo de transmissão da dermatofitose; (22%) confirmam ter ciência da transferência por contato direto ou indireto com a pele de pessoas portadoras da doença; (2%) manifesta seu entendimento ser por meio do contato com areia misturada com fezes e urinas de animais; (5%) confirmam ser transmitido por animais; (16%) descrevem ser por meio de objetos pessoais de pessoas com Dermatofitose; (2%) afirmam ser através do contato direto com areia; (2%) declaram ser resultado da queda da imunidade responsável pela transmissão da patologia; (2%) assegura ser por via do solo infectados pelos Dermatofitos ser responsável pela propagação da dermatofitose; (2%) confirmam ser por meio da umidade a transferência de contágio e (2%) assegura ser por conta da falta de higiene o propagador da patologia na população.

Em sua maioria apresentou respostas coerentes e assertivas como afirma (Rezende Catia *et al*, 2016) os meios de transmissão são vários por se referir a um grupo de fungos de fácil contato, algumas de forma indireta como o contato com o solo infectado ou por exemplo de maneira direta em um contato com as lesões descamadas, de certa forma os alunos elaboraram um conjunto de informações corretas sobre os seus entendimentos sobre os meios de adquirir a dermatofitose.

Gráfico 8: Progressão das lesões.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Na questão 08 uma porcentagem de (25,6%) dos participantes respondeu “sim”, demonstrando que uma parcela significativa tem uma consciência da natureza progressiva das lesões. Outros (23,1%) afirmam que não sabem se essas lesões são progressivas, (10,3%) relatam respostas objetivas, já os (41,0%) optaram por não responderem à pergunta.

Gráfico 9: Locais comuns de apresentar lesões.

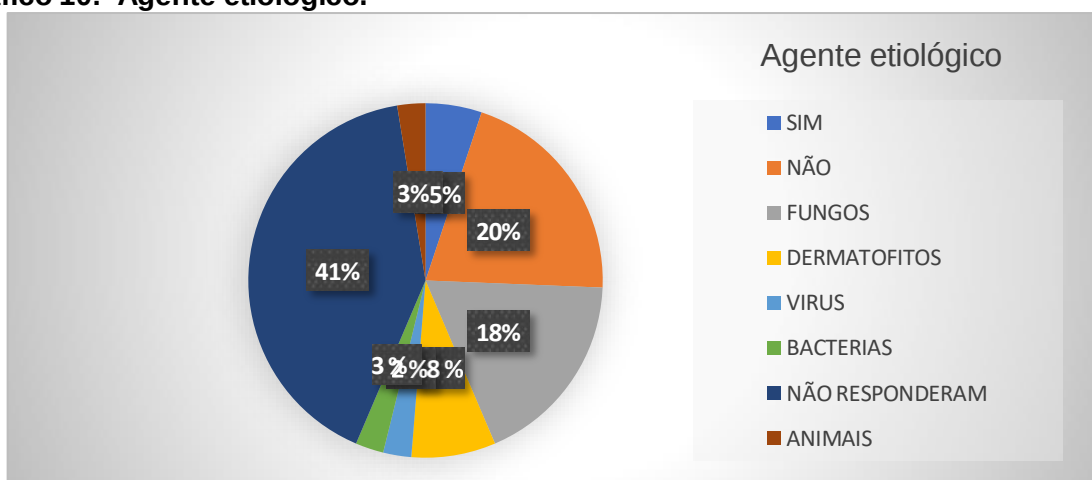
Fonte: Elaborado pelo autor.

Na questão 09 foi questionado aonde os alunos apontam ser mais comum apresentar as lesões cutâneas, (1%) aponta que a região da virilha é mais favorável aparecer as feridas pela derme; (29%) afirmam ser por todo o abdômen mais propício ter as descamações na pele características da dermatofitose; (18%) declararam ser a região das costas a mais frequente de aparecer as lesões; (5%) asseguraram ser a região corporal em geral o local com presença mais forte das feridas superficiais; (1%) declara a boca o local de maior incidência das lesões; (1%) concorda que o rosto em geral tem uma maior frequência das lesões cutâneas; (5%) aponta a região do pescoço agrupando a nuca ser a mais lesionada pelas descamações da derme; (3%) descreve as mãos sendo as mais afetadas; (6%) declaram o couro cabeludo a região de incidência assídua das feridas pela dermatofitose; (6%) confirmam ser os pés o local de maior presença das contusões; (9%) afirmam ser a região dos braços de

maior frequência de apresentar os ferimentos na derme; (3%) declaram ser a região do peitoral a mais afetadas pelas lesões; (2%) apontam as unhas o local mais popular de apresentar as feridas e (11%) declara que a região das pernas é mais assídua na presença dos ferimentos causados pelos fungos dermatófitos.

Os participantes responderam com 66 exemplos no total com (18,18%) das respostas se refere aos membros inferiores os mais frequentes em apresentar as lesões na visão dos alunos, em contrapartida (81,82%) dos alunos restantes declaram que as maiores frequências dos ferimentos característicos aparecem nos membros superiores do corpo.

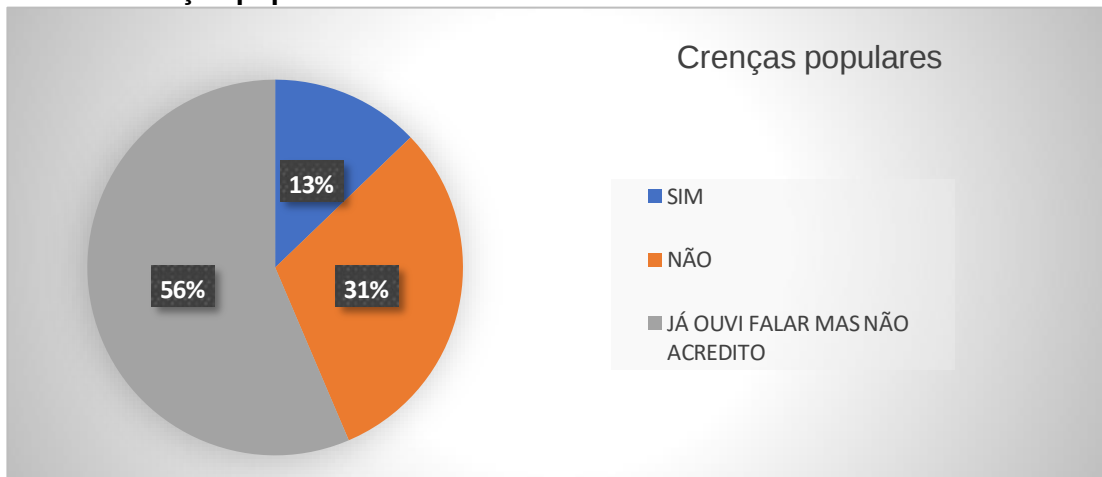
Gráfico 10: Agente etiológico.



Fonte: Elaborado pelo autor.

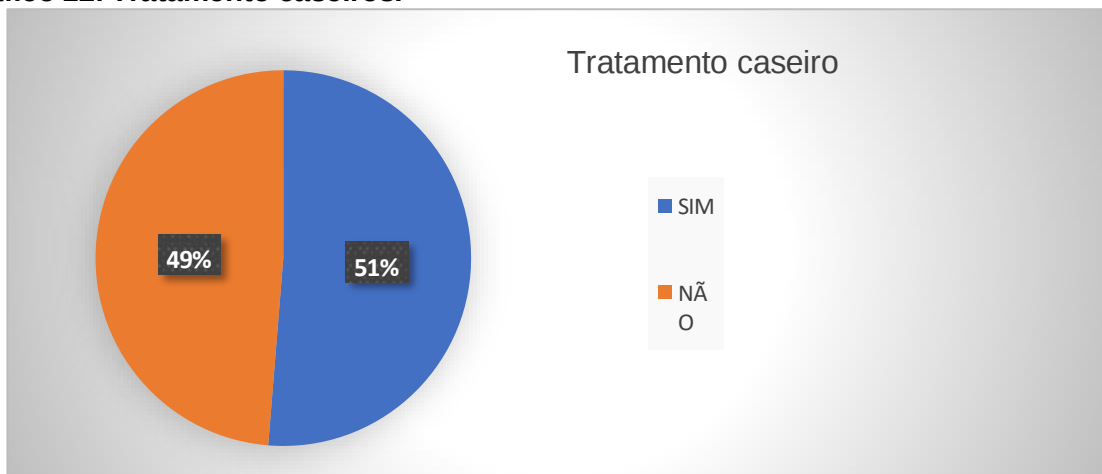
Através desta pesquisa aberta realizada em minha escola, foi possível observar o nível de conhecimento dos participantes em relação ao agente causador da dermatofitose. O gráfico mostra que 41% dos entrevistados responderam "SIM", afirmando conhecer o agente etiológico da doença, enquanto 20% responderam "NÃO" revelando desconhecimento sobre o tema. Entre as respostas específicas, 18% identificaram corretamente os "fungos" como causa da dermatofitose, enquanto apenas 6% citaram "dermatófitos", que é o termo mais técnico e preciso. Outras respostas equivocadas também surgiram: 3% mencionaram vírus, 3% bactérias, 3% animais, e 3% não responderam. De acordo com (Oliveira; Júlia; Letícia P.M, 2024) a prevalência e a incidência do agente causador da Dermatofitose sofrem variações de acordo com diversos fatores.

Esses dados revelam que, embora uma parte significativa dos participantes diga conhecer a causa da dermatofitose, muitos ainda confundem o agente etiológico com outros tipos de microrganismos, como vírus ou bactérias. Isso evidencia a importância de ações educativas voltadas para a promoção da saúde e o esclarecimento de conceitos básicos sobre infecções fúngicas.

Gráfico 11: Crenças populares.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Na questão 11 foi aprimorado um questionamento sobre a crença popularmente conhecida desde as gerações mais antigas até as atuais, os alunos responderam uma pergunta fechada com (13%) afirmando acreditar que a tinta azul é um incentivo da regressão das lesões na pele, não sendo mais possível o crescimento dela; (31%) discordam dessa ideia, não acreditando na veracidade em questão e (56%) apontam já ter conhecimento dessa superstição, mas confirmam não acreditar no efeito medicinal dela. Dos participantes (87,17%) declaram um pensamento negativo sobre o assunto em questão, negando a veracidade do mito, porém, (12,82%) afirmam acreditar sim na ação positiva e medicinal da tinta azulada no processo de fechamento das lesões cutâneas. A presença de mitos populares é algo frequente na sociedade muitas vezes carregando conceitos errôneos e atrasando a procura dos recursos medicinais comprovadamente efetivo.

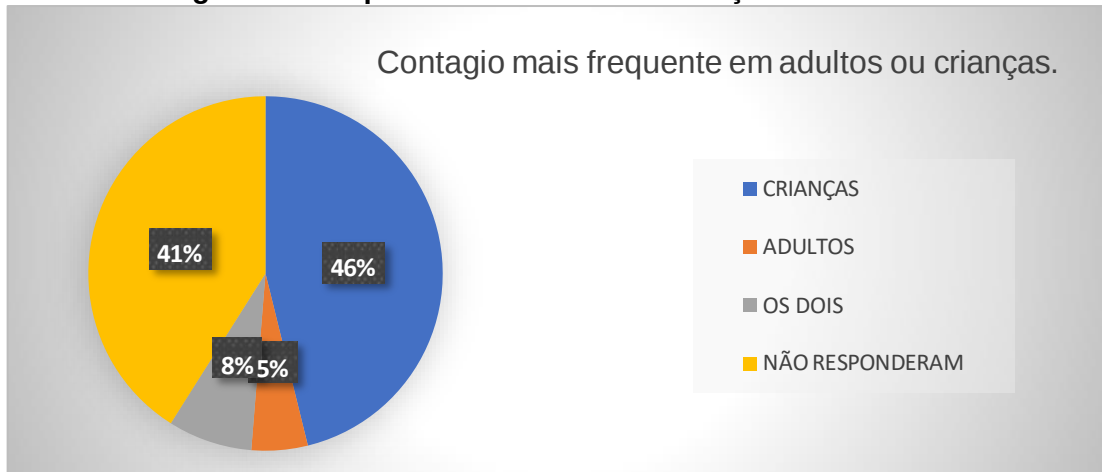
Gráfico 12: Tratamento caseiros.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Na questão 12 foi investigado sobre a confiança dos alunos em tratamentos realizados de maneira "caseira" no tratamento das lesões cutâneas presentes na derme, foi elaborada de modo fechado com (51%) afirmando que acredita na eficácia dos tratamentos não conhecidos pela medicina, comprovando uma incidência maior em achismos populares que dificultam na maioria dos casos o tratamento apropriado

e (49%) discordam dessa ideia sobre utilizar procedimentos que não apresenta comprovações científicas podendo não ser eficientes, além de possivelmente provocar efeitos colaterais ou até mesmo atrasar o diagnóstico e tratamento adequado. No total os participantes em sua maioria acreditam na eficiência dos procedimentos caseiros e na sua eficiência.

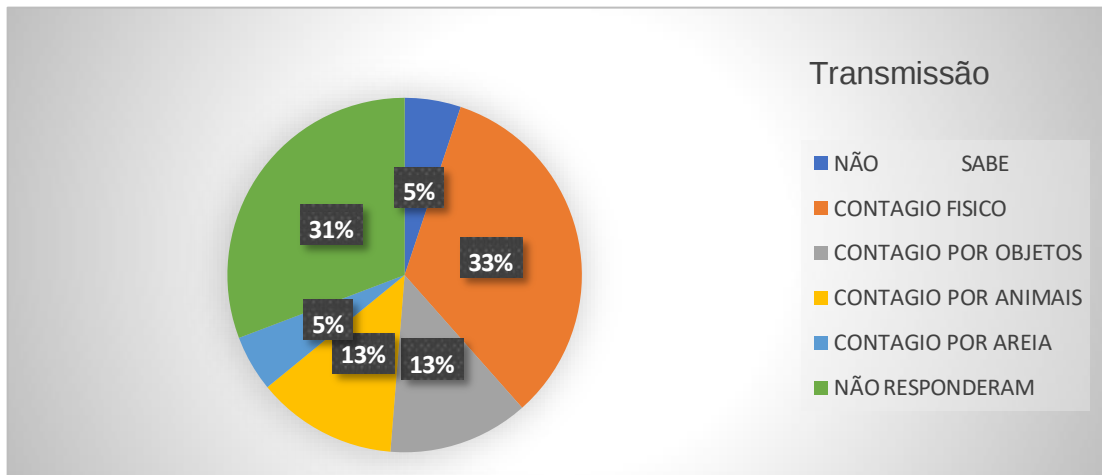
Gráfico 13: Contágio mais frequente em adultos ou crianças.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Neste gráfico, podemos observar os resultados da pergunta feita em uma pesquisa aberta na escola sobre qual grupo apresenta maior índice de contágio por dermatofitose: crianças ou adultos. A maioria dos participantes, 46%, respondeu que crianças são mais afetadas. Já 41% afirmaram não saber ou não responderam, o que demonstra um grande número de pessoas com dúvidas ou falta de conhecimento sobre o tema. Apenas 8% acreditam que ambos os grupos (crianças e adultos) apresentam o mesmo risco, e 5% citaram adultos como os mais afetados.

Esses dados reforçam a percepção de que as crianças, por estarem frequentemente em ambientes coletivos como escolas e por brincarem em locais de fácil contágio, conseqüentemente tem maior índice de contágio. Foi citado e publicado por (Oliveira; Júlia; Letícia P.M ,2024) que estudos voltados para essas infecções acometem mais crianças principalmente em crianças que vivem em territórios quentes e em períodos escolares.

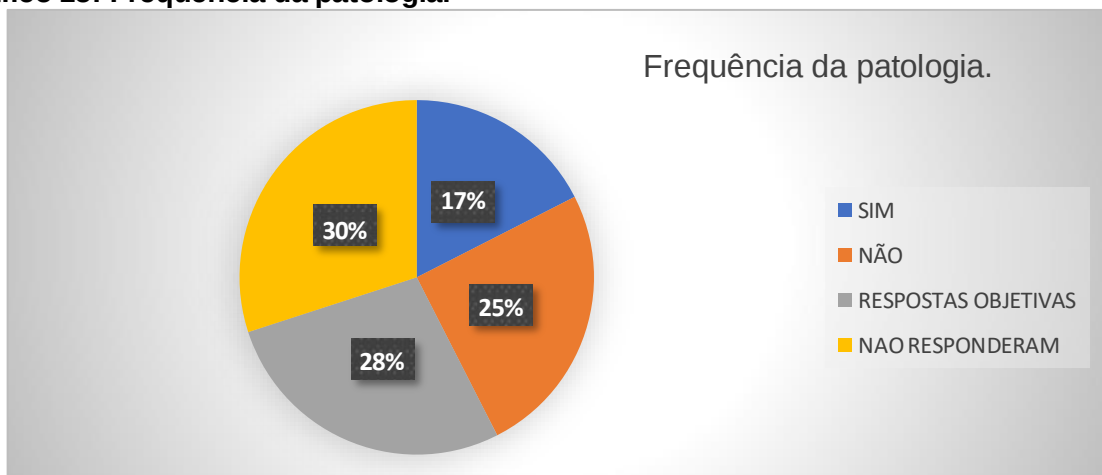
Gráfico 14: Transmissão.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Através desse gráfico, podemos observar como os participantes da pesquisa entendem os meios de transmissão da dermatofitose. A maioria, (33%) respondeu que o contágio ocorre por contato físico direto, o que está correto, pois a dermatofitose é altamente contagiosa e pode ser transmitida pelo toque com a pele infectada.

Em seguida, (31%) não souberam responder, o que mostra a necessidade de mais divulgação de informações sobre o tema. Outros (13%) responderam que o contágio pode acontecer por objetos contaminados (como toalhas, roupas ou calçados), e mais (13%) acreditam que a transmissão ocorre por animais, como gatos e cachorros – o que também é verdade, já que animais infectados podem transmitir o fungo aos humanos.

Já (5%) associaram o contágio à areia, o que pode ocorrer, principalmente em praias frequentadas por animais, e outros (5%) não souberam informar. Esses dados mostram que, apesar de parte dos entrevistados ter conhecimento sobre as formas corretas de transmissão, ainda há desinformação ou desconhecimento entre os participantes, reforçando a importância da educação em saúde.

Gráfico 15: Frequência da patologia.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Neste gráfico, podemos ver a opinião dos entrevistados sobre a frequência com que a dermatofitose é percebida. Os dados mostram que (30%) dos participantes não responderam, o que pode indicar falta de conhecimento sobre o que é essa patologia. Por outro lado, (28%) deram respostas objetivas, o que sugere que parte dos entrevistados já teve algum tipo de contato com a doença ou conhece alguém que teve.

Além disso, (25%) disseram que não acham essa patologia comum, o que pode refletir a falta de visibilidade ou informação sobre o tema. Já (17%) responderam que sim, consideram a dermatofitose comum, mostrando que há uma parcela da comunidade escolar que tem noção da sua ocorrência no dia a dia.

Esses dados reforçam a importância de campanhas educativas e informativas para aumentar o conhecimento sobre doenças dermatológicas, como a dermatofitose, e suas formas de prevenção.

Em resumo, os gráficos analisados mostram que há uma tendência crescente na incompreensão de fatores essenciais para a profilaxia competente, o que indica como a falta de campanhas e projetos educacionais voltados a patologias comuns de fácil contágio pelos órgãos governamentais com uma proposta de diminuir o número de casos de contágios confirmados, principalmente em crianças detendo da visão de serem indivíduos que frequentam locais coletivos em grandes grupos em meios de fácil contágio, evidenciando o impacto direto na qualidade de vida da população, consistir em um dos fatores determinantes para o aumento do índice de contágio. Esses resultados reforçam a importância de direcionar conteúdos verdadeiros e didáticos para todos os meios de mídia e comunicação, como também mostrar que os tratamentos disponibilizados de forma gratuita pelo sistema de saúde são eficientes facilitando em maior escala o controle dessa enfermidade, contribuindo para uma compreensão mais profunda de como a carência informativa mesmo em participantes com uma noção acadêmica maior sobre o assunto ainda a deficiências sobre a patologia.

Dessa forma, podemos perceber que em geral os alunos concordam que há mais de um tipo de Dermatofitose, mas é percebido a incoerência quando se é perguntado quais seriam, houve confusão e singularidade nos retornos, eles aderem que entre adultos e crianças as crianças são as mais afetadas e que de certa forma pode se entender que há um senso comum dos meios de transmissão, no entanto, há uma margem significativa de desconhecimento sobre tópicos abordados.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para concluir, este estudo destaca a relevância de compreender como o impacto da desinformação social influencia a propagação da doença, especialmente entre crianças. Os dados coletados mostram que a disseminação de informações incorretas, incompletas ou mitos culturais e regionais leva a práticas inadequadas de cuidados com as lesões, ao uso de medicamentos caseiros, ao atraso no diagnóstico e nos tratamentos, além de aumentar o risco de transmissão da patologia. É fundamental que os órgãos públicos de saúde, por meio de profissionais da saúde, educadores e recursos de mídia, trabalhem juntos para promover projetos e campanhas que disseminem informações corretas e acessíveis. Assim, eles contribuem para a prevenção e o controle da Dermatofitose na população, com ênfase na faixa etária infantil. Dessa forma, eles podem reduzir os casos e melhorar a qualidade de vida das pessoas afetadas, pois a conscientização é uma das maiores ferramentas para diminuir as ocorrências de casos confirmados.

REFERÊNCIAS

- AARON, DENISE M. **Manual MSD: Versão saúde para a família. Dartmouth Geisel School of medicine**, 2024. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt/casa/dist%C3%BArbios-da-pele/infec%C3%A7%C3%B5es-f%C3%BAngicas-da-pele/tinea-corporal-tinea-corporis>. Acesso em: 07 mar. 2025.
- BARCAUI, Carlos Baptista. Disponível em: <https://www.sbd.org.br/doencas/dermatofitose-2>. Acesso em: 21 mar. 2024.
- COSTA, MILCE et al. **Epidemiologia e etiologia das dermatofitoses em Goiânia, GO, Brasil. Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP) da Universidade Federal de Goiás (UFG)**, Goiânia, GO, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/KMqyWH48L9XQJ84yrYNw4WJ/?lang=pt>. Acesso em: 19 fev. 2025.
- LANA, D.F.D et al. **Dermatofitoses: agentes etiológicos, formas clínicas, terapêutica e novas perspectivas de tratamento**. Clinical& Biomedical Research, Porto Alegre, v. 36 n. 4, p. 230-241, 2017. Disponível em: <https://doi.editoracubo.com.br/10.4322/2357-9730.68880>. Acesso em: 15 ago. 2024.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Micoses**. Biblioteca Virtual Em Saúde, 2012. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/micoses/>. Acesso em: 03 abr. 2025.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Psoríase**. Biblioteca Virtual Em Saúde, 2016. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/psoríase/>. Acesso em: 03 abr. 2025.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Impinge**. Biblioteca Virtual Em Saúde, 2022. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/impinge/>. Acesso em: 21 out. 2025.
- MUKHOPADHYAY AK. **Uma nota histórica sobre a evolução da "micose"**. Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology, Índia, v. 85, n.1, p. 125-128, 2019. Disponível em: <https://ijdv.com/a-historical-note-on-the-evolution-of-ringworm/>. Acesso em: 19 mai. 2024.
- OLIVEIRA, **Dermatofitoses em crianças com idade escolar no Brasil: uma revisão integrativa**. 2024. 32f. Trabalho de Conclusão de Curso (Farmácia) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife.
- PEREIRA, K. C. F et al. **Micoses superficiais e cutâneas: estudo epidemiológico para identificar pessoas que realizam diagnóstico e tratamento adequado**. Brazilian Journal of Health Review, [S. l.], v. 7, n. 9, p. 1-15, 2024.

Disponível em: View of Micoses superficiais e cutâneas: estudo epidemiológico para identificar pessoas que realizam diagnóstico e tratamento adequado. Acesso em: 18 set. 2024.

PROENÇA, N.G e; ASSUMPÇÃO, S. B. P. **Dermatofitoses observadas em crianças com 0-12 anos de idade, em São Paulo**. Rev. Inst. Med. v. 21, n. 3, p. 146-148, 1979. Disponível em: zeluiz,+146-148 (1).pdf. Acesso em: 30 ago. 2024.

PFIZER. **Qual a diferença entre psoríase e dermatite atópica**, 2017. Disponível em: <https://www.pfizer.com.br/noticias/ultimas-noticias/diferenca-entre-psoríase-e-dermatite-atopica>. Acesso em: 27 fev. 2025.

REZENDE, C *et al.* **Pesquisa de dermatófitos em superfícies inanimadas de academia**. Revista Unifev: Ciência & Tecnologia. v. 1, n.1, p. 122-134, 2016. Disponível em: administrador,+92-370-2-PB (3).pdf. Acesso em: 10 mai. 2025.

SALVI. **Tinea capitis: revisão dos aspectos clínicos, laboratoriais e terapêuticos**. 2018. 59f. Trabalho de Conclusão de Curso (Farmácia), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SANTOS, M.V. **Resumo de dermatofitose (Tinea): diagnóstico, tratamento e mais!**. Estratégia MED, 2022. Disponível em: <https://med.estrategia.com/porta/contudos-gratis/doencas/resumo-de-dermatofitose-tinea-diagnostico-tratamento-e-mais/#:~:text=e%20da%20derme.-,Diagn%C3%B3stico%20de%20dermatofitose,a%2020%25%20e%20ligeiramente%20aquecido>. Acesso em: 10 abr. 2025.

MARQUES, S. A *et al.* **Tinea capitis: epidemiologia e ecologia dos casos observados entre 1983 e 2003 na Faculdade de Medicina de Botucatu, Estado de São Paulo, Brasil**. Scielo Brasil, An Bras Dermatol. v. 80, n. 6, p. 597-602, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abd/a/gwJqRddFmMvKf8hdH8zH9yr/?lang=en#:~:text=No%20Brasil%20sua%20preval%C3%Aancia%20%C3%A9,tem%20import%C3%A2ncia%20sanit%C3%A1ria%20e%20terap%C3%AAutica>. Acesso em: 24 abr. 2025.

SCHECHTMAN, R.C *et al.* **Dermatoscopic findings as a complementary tool in the differential diagnosis of the etiological agent of tinea capitis**. Scielo Brasil. v. 90, n. 3, p. 13-15, 2015. Disponível em: SciELO Brasil - Dermatoscopic findings as a complementary tool in the differential diagnosis of the etiological agent of tinea capitis. Dermatoscopic findings as a complementary tool in the differential diagnosis of the etiological agent of tinea capitis. Acesso em: 08 mai. 2025.

SILVA, E.S *et al.* **Aspectos clínicos da ocorrência de dermatofitoses no Estado de Sergipe, Brasil.** Research, Society and Developmen. v. 10, n. 10, p. 1-11, 2021. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i10.19136>. Acesso em 14 nov. 2024.

APÊNDICE

ROTEIRO DO FORMULÁRIO

- 1) Você sabe o que é Dermatofitose?
() Sim () Não
- 2) Você acha que a Dermatofitose tem mais de um tipo?
- 3) Você concorda que a Dermatofitose é muito contagiosa ou discorda?
Explique.
- 4) Você conhece essa lesão? Se sim por qual nome?
- 5) Você já apresentou esse tipo de lesão? Se sim em que idade e região do corpo.
- 6) Você conhece ou já conheceu alguma criança com essas lesões?
- 7) Você sabe como ocorre o contágio?
- 8) Você sabe se essas lesões são progressivas?
- 9) Qual local do corpo você acha mais comum apresentar essas lesões
- 10) Você sabe qual o agente etiológico causador da Dermatofitose?
- 11) Você acredita na ideia de circular a lesão com caneta azul pode regredir o crescimento da lesão?
() Sim () Não () Já ouvi falar mas não acredito
- 12) Você acredita em tratamentos caseiros?
() Sim () Não
- 13) Você acha que o maior índice de contágio acontece entre adultos ou crianças?
- 14) Por quais meios você acredita que pode haver o contágio?
- 15) Você acha essa patologia comum? Explique.

ANEXOS

ANEXO A – IMAGEM EXEMPLAR DE LESÕES DE TINEA CORPORIS PRESENTE NA QUESTÃO 4



Fonte: <https://med.estrategia.com/portal/conteudosgratis/doencas/resumo-de-dermatofitose-tinea-diagnostico-tratamento-e-mais/>