

## CAPÍTULO 35

DOI: <https://doi.org/10.58871/conbrasca.v3.35>

### **SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON EM PEDIATRIA - ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL E DESAFIOS TERAPÊUTICOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

#### **STEVENS-JOHNSON SYNDROME IN PEDIATRICS - MULTIPROFESSIONAL APPROACH AND THERAPEUTIC CHALLENGES: AN EXPERIENCE REPORT**

**ALLANA PETRÚCIA MEDEIROS DE MIRANDA**

Enfermeira. Residente do Programa Multiprofissional em Saúde da Criança.  
João Pessoa - PB

**MARIA EDUARDA PASSOS ESPÍNOLA GUEDES**

Nutricionista. Residente do Programa Multiprofissional em Saúde da Criança.  
João Pessoa - PB

**ALEXIA DE DEUS PERRUCCI**

Fisioterapeuta. Residente do Programa Multiprofissional em Saúde da Criança.  
João Pessoa - PB

**KAROLLAYNNE KARLLA FREIRES DA SILVA**

Psicóloga. Residente do Programa Multiprofissional em Saúde da Criança.  
João Pessoa - PB

**SARAH REBECA DANTAS FERREIRA**

Farmacêutica. Residente do Programa Multiprofissional em Saúde da Criança.  
João Pessoa - PB

**ROSSANA KARLA GOIS FERREIRA**

Fisioterapeuta. Tutora do Programa Multiprofissional em Saúde da Criança.  
João Pessoa - PB

### **RESUMO**

A Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ), se caracteriza por ser uma doença que afeta a pele e as membranas mucosas, sendo classificada como uma emergência médica que requer um rigoroso controle de sintomas e de suas possíveis complicações. Percebe-se a necessidade de um trabalho multidisciplinar no tratamento ao paciente, visando suprir as necessidades de cuidado e minimizar as repercussões negativas ocasionadas pelas lesões. **Objetivo:** Relatar a experiência vivenciada por uma equipe multiprofissional em um caso clínico de manifestação da SSJ. **Metodologia:** Trata-se de um estudo do tipo descritivo e retrospectivo envolvendo o atendimento realizado em maio de 2023 por residentes de um programa multiprofissional em saúde da criança situado em João Pessoa, Paraíba, a um paciente com SSJ. **Resultados e Discussão:** A abordagem utilizada por toda a equipe multiprofissional composta por fisioterapeuta, enfermeira, nutricionista, farmacêutica e psicóloga foi semelhante ao de um

paciente queimado. A conduta farmacológica envolveu a interrupção do tratamento medicamentoso desencadeador, com substituição adequada dos medicamentos essenciais para o paciente. A fisioterapia realizou medidas de suporte, evitando complicações pulmonares e prevenção de deformidades motoras. A terapia nutricional objetivou aporte energético adequado, evitando desnutrição e auxiliando na cicatrização das feridas. Os cuidados de enfermagem tiveram como base o Processo de Enfermagem, com intuito de controlar a dor, prevenir infecções e cuidados com a pele. A psicologia atuou com a finalidade de minimizar o sofrimento provocado pelo processo de hospitalização e de enfrentamento a patologia, bem como suas consequências emocionais, além de fomentar a interação envolvendo a tríade paciente, família e equipe de saúde. **Considerações finais:** Por se tratar de uma doença sistêmica o envolvimento de uma equipe multiprofissional é imprescindível para a melhora clínica do paciente, contudo, é necessário a realização de mais estudos, como revisões sistemáticas e diretrizes, para que seja possível melhor manejo terapêutico nestas síndromes raras.

**Palavras-chave:** Síndrome de Stevens-Johnson; equipe multiprofissional; assistência hospitalar.

### ABSTRACT

Stevens-Johnson Syndrome (SJS) is a disease that affects the skin and mucous membranes and is classified as a medical emergency that requires strict control of symptoms and possible complications. There is a perceived need for multidisciplinary work in patient treatment, aiming to meet care needs and minimize the negative repercussions caused by injuries. **Objective:** To report the experience of a multidisciplinary approach in a clinical case of SJS manifestation. **Methodology:** This is a descriptive and retrospective study involving care provided in May 2023 by residents of a multidisciplinary child health program located in João Pessoa, Paraíba, to a patient with SJS. **Results and Discussion:** The approach used by the entire multidisciplinary team composed of physiotherapist, nurse, nutritionist, pharmacist and psychologist was similar to that of a burn patient. Pharmacological management involved interrupting the triggering drug treatment, with adequate replacement of the patient's essential medications. Physiotherapy carries out supportive measures, preventing pulmonary complications. Nutritional therapy aimed to provide adequate energy intake, avoiding malnutrition and helping wounds heal. Nursing care was based on the Nursing Process, with the aim of controlling pain, preventing infections and skin care. Psychology worked with the aim of minimizing the suffering caused by the process of hospitalization and coping with the pathology, as well as its emotional consequences, in addition to promoting interaction involving the patient, family and healthcare team. **Final considerations:** As it is a systemic disease, the involvement of a multidisciplinary team is essential for the patient's clinical improvement, however, more studies are necessary, such as systematic reviews and guidelines, so that better therapeutic management in these rare syndromes is possible.

**Keywords:** Stevens-Johnson Syndrome; patient care team; hospital care.

## 1 INTRODUÇÃO

A Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) é caracterizada como uma reação cutânea grave rara, adversa, configurando-se como hipersensibilidade imunológica, em resposta a processos infecciosos, resposta inflamatória a fármacos e fatores genéticos individuais (Neumann,

Caroline *et al.*, 2021). As características clínicas iniciam com sintomas prodrômicos: hipertermia, tosse, cefaleia, diarreia; seguido por erupções cutâneas como eritema, bolhas, descamação e até descolamento da pele (Nin; Prabhu; Neeta, 2023). As principais áreas acometidas são mucosa oral, lábios e conjuntiva, com sequelas oculares bastante prevalentes (Coelho *et al.*, 2021).

A SSJ tem como variante a Necrólise Epidérmica Tóxica (NET), diferindo principalmente quanto à extensão da área acometida e, conseqüentemente, a gravidade. No caso da SSJ, menos de 10% da área de superfície corporal é atingida, enquanto que na NET corresponde a mais de 30%. Quando há acometimento de 10 a 30% da área corporal, diz-se que há uma sobreposição entre a SSJ e a NET (Zhang *et al.*, 2023).

Dentre os fatores preditores para a SSJ está o uso de fármacos. Nesse sentido, uma pesquisa de coorte com população japonesa demonstrou que os pacientes que fazem uso de anticonvulsivantes, antiarrítmicos, sulfonamidas, agentes antigota, inibidores de *checkpoint* imunológico, antifúngicos, agentes mucolíticos, medicamentos anticâncer, antipsicóticos e associação trimetoprima-sulfametoxazol apresentaram alto risco para desenvolver a SSJ (Ubukata *et al.*, 2023).

A SSJ apresenta baixa morbidade na população geral, no entanto apresenta uma alta letalidade. Entre os anos de 2012 e 2020, ocorreram cerca de 392.302.031 hospitalizações nos Estados Unidos, destas 0,1% foram pela Síndrome de Stevens-Johnson, e aproximadamente 8% desses casos chegaram ao óbito (Bacharel *et al.*, 2023). Na população pediátrica, entre 2009 e 2012, a incidência foi em média de 5,5 casos por milhão de crianças por ano, e a mortalidade ajustada de 3,7% (Hsu *et al.*, 2016).

No que se refere a população pediátrica, a SSJ/NET não se difere em suas características clínicas e estratégias de tratamento quando comparada a adultos e raramente leva a mortalidade, contudo, é observada uma morbidade significativa (Gupta *et al.*, 2016).

O principal passo para o tratamento é o reconhecimento precoce da síndrome e retirada do fator precipitante, que em 70% dos casos é um fármaco. As escolhas terapêuticas para a SSJ são limitadas, porém o uso de corticosteróides é muito empregado apesar de sua resposta não ser satisfatória nas formas iniciais da doença (Coelho *et al.*, 2021). Outros tratamentos estão sendo propostos como imunoglobulina intravenosa e ciclosporina-A12, porém ainda não há consenso sobre o uso (Wambier *et al.*, 2019).

O manejo seguinte se assemelha a um quadro de grande queimado, iniciando medidas de suporte e sintomáticos. As vias áreas devem receber atenção especial, oferecendo manutenção da respiração e circulação, bem como priorizar a estabilidade hemodinâmica

(Coelho *et al.*, 2021).

Já foi descrito que o tribalismo das profissões fragmenta as práticas em saúde, levando o usuário a condutas duplicadas, aumentando os riscos à saúde e os custos. Desta forma, destaca-se a importância do trabalho da equipe multiprofissional, que, uma vez ocorrendo de forma alinhada, consegue atingir um olhar integral e holístico sobre o paciente, especialmente aqueles sob os cuidados intensivos, de modo a serem oferecidos os melhores cuidados e assistência (Silva *et al.*, 2021). A atuação multiprofissional, então, deve ser incentivada e assumida como prioridade nos serviços de saúde, visto que promove melhoria na assistência em saúde (Freire Filho *et al.*, 2019).

## 2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo retrospectivo, do tipo relato de experiência, que adotará uma abordagem descritiva sobre as vivências e condutas definidas por uma equipe multiprofissional de residentes em saúde da criança no cuidado a um paciente portador de Síndrome de Stevens-Johnson. O estudo foi desenvolvido em um Hospital Pediátrico Estadual localizado no município de João Pessoa - Paraíba.

O Hospital Pediátrico é o cenário de prática de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Criança, contando com uma estrutura composta por Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Bloco Cirúrgico, Unidade de Terapia intensiva (UTI), Ambulatório, Pronto Atendimento, Ala Vermelha, Ala Amarela e Ala Verde, além de dispor de um Centro de Material e Esterilização.

A Residência Multiprofissional em Saúde configura-se como tipo de pós-graduação, *lato sensu*, sendo instaurada pela Lei n 11.129 de 30 de junho de 2005, com o intuito de modificar a formação teórico-prática dos profissionais da saúde, principalmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo desta pós-graduação é a construção do atendimento interdisciplinar, enfatizando o trabalho em equipe e colaborativo (Carneiro; Teixeira; Pedrosa, 2021). Nesse sentido, a abordagem multidisciplinar ao paciente foi desenvolvida durante um dos componentes teórico-práticos da residência, a disciplina de Práticas Integradas, a qual é desenvolvida semanalmente com intuito de estimular a prática colaborativa entre os residentes.

A equipe multiprofissional, composta por enfermeira, fisioterapeuta, nutricionista, psicóloga e farmacêutica, teve contato com o paciente que desenvolveu SSJ em maio de 2023. Este, estava inicialmente internado na Clínica Médica e após a evolução da doença foi transferido para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para melhor observação.

Realizou-se então ações específicas de acordo com cada área envolvida com o paciente e, em seguida, discussão do referido caso clínico de forma multiprofissional, avaliando desde a fisiopatologia da doença até medidas terapêuticas com o intuito de potencializar a melhora do quadro clínico e minimizar os danos ocasionados pela SSJ.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O tratamento de suporte utilizado para o paciente com SSJ é o mesmo para pacientes queimados e devido a sua manifestação sistêmica faz-se necessário uma equipe multiprofissional (Gupta *et al.*, 2016).

Por se tratar de uma reação idiossincrática grave, comumente desencadeada após 4 a 28 dias de uso de determinados medicamentos, a participação do farmacêutico neste processo se torna de grande valia. As condutas farmacêuticas envolviam o acompanhamento farmacoterapêutico do paciente, visando ajudar no diagnóstico do medicamento que estaria causando a síndrome. A conduta adequada de tratamento baseia-se na interrupção da utilização do medicamento que esteja ocasionando a reação.

O referido caso apresentava uma certa complexidade, pois o paciente por ser um neuropata e estar em quadro infeccioso, estaria fazendo uso de diversos medicamentos que poderiam ser causadores da SSJ como fenobarbital (anticonvulsivante) e vancomicina (antimicrobiano). Inicialmente, o tratamento com vancomicina foi cessado para avaliação da evolução do quadro e ocorreu também a substituição do anticonvulsivante fenobarbital por topiramato e clobazam. O paciente também recebeu suporte hidroeletrolítico, através da administração de soluções e eletrólitos por via endovenosa, medicamentos para controle de dor e também é comum a utilização de anticoagulantes para evitar o tromboembolismo. Topicamente, o desejável é realizar o tratamento para queimaduras, podendo utilizar anestésicos tópicos, e apesar de ainda não haver um consenso a utilização de glicocorticóides sistêmicos foi empregada, observando uma melhora clínica do paciente.

Os dados observados no caso e as condutas seguidas neste trabalho também estão em concordância com o Guia para o manejo de SSJ/NET elaborado por Gupta e colaboradores (2016), no qual são descritos os principais medicamentos causadores da síndrome, incluindo antivirais como abacavir; anti-inflamatórios não esteroidais como piroxicam, diclofenaco, e ibuprofeno; redutores de ácido úrico como o alopurinol; antibióticos como cefalosporinas e vancomicina; e anticonvulsivantes como os barbitúricos. Observa-se que o paciente fazia uso de medicamentos pertencentes a estas últimas classes.

O guia também destaca a dificuldade de tratar pacientes em polifarmácia. O ideal seria a retirada de todos os medicamentos que o paciente faz uso, mas em casos de utilização de medicamentos essenciais, como antimicrobianos e anticonvulsivantes, estes devem ser substituídos por medicamentos estruturalmente não relacionados, conduta esta, que foi realizada no referido paciente.

Além disso, o tratamento fisioterapêutico pode ser utilizado como terapia de suporte para a SSJ com o intuito de manter a amplitude de movimento, impedir ou diminuir as contraturas cicatriciais e reduzir as possíveis complicações pulmonares, principalmente evitar o uso do suporte ventilatório invasivo, visto que com o avançar da doença e da sua gravidade, o paciente pode perder a proteção de vias aéreas, sendo necessário utilizar a ventilação mecânica até a melhora do quadro. No paciente em questão, os cuidados com a via aérea, monitorização dos sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação e temperatura) e o posicionamento terapêutico foram constantes e, após a redução do quadro algico, as mobilizações precoces foram iniciadas de modo a manter a integridade articular e reduzir os efeitos do imobilismo prolongado.

No que diz respeito à terapia nutricional oferecida a pacientes com SSJ deve-se considerar o alto estado catabólico promovido pela doença. A terapia nutricional precoce e adequada previne a instalação de quadro de desnutrição energético-proteica, além de auxiliar no processo de cicatrização das feridas e evitar translocação bacteriana e infecção enterogênica (Gupta *et al.*, 2016).

Considerando o paciente em questão, a atenção nutricional objetivou o fornecimento do aporte energético adequado, com dieta hipercalórica e hiperproteica. A visita à beira-leito era realizada diariamente para avaliar a tolerância à fórmula enteral ofertada, com progressão em caso de efeitos positivos. A manutenção do estado nutricional adequado era uma das prioridades, sendo fundamental no processo de recuperação e cicatrização das feridas ocasionadas pela SSJ. A via de administração foi por sonda nasogástrica, considerando que o paciente é neuropata e esta era sua via de alimentação no momento de desenvolvimento do quadro da síndrome.

Ademais, a assistência de enfermagem foi baseada na garantia do equilíbrio hidroeletrólítico, controle da dor, cuidados direcionados às lesões da pele, além de prevenir infecções oportunistas, diante do quadro vulnerável do paciente e a internação na UTI. Assim, para realização dos cuidados da equipe de enfermagem foi utilizado o Processo de Enfermagem, através da instrumentalização por meio da Sistematização da Enfermagem (SAE), disposta no quadro 1.

**Quadro 1-** Sistematização da Assistência de Enfermagem ao paciente pediátrico com Síndrome de Stevens Johnson. João Pessoa, Paraíba, 2023.

Diagnóstico de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções
Integridade da pele prejudicada relacionado a diminuição da perfusão tecidual evidenciado por bolha, descamação superficial da pele danificada.	Cicatrização de Feridas por primeira Intenção:  Aproximação da pele;  Manter em limitado e aumentar para extenso.	Cuidados da Pele: Tratamentos Tópicos  -Aplicar anti-inflamatório tópico, conforme apropriado;  -Aplicar ácidos graxos, conforme apropriado;  -Realizar limpeza das feridas  -Aplicar emolientes em áreas afetadas, conforme apropriado.
Dor aguda relacionada ao agente de lesão biológica evidenciado por fácies de dor e parâmetros fisiológicos alterados.	Controle da dor  Manter em pouco demonstrado e aumentar para muito demonstrado.	Controle da Dor: -Realizar avaliação da dor; -Orientar sobre métodos farmacológicos de alívio da dor; -Assegurar que o paciente receba cuidados precisos de analgesia.
Risco de infecção relacionado a integridade da pele prejudicada.	Gravidade da Infecção: Febre, dor, sensibilidade, sintomas gastrintestinais, colonização de em cultura sanguíneas, elevação na contagem de leucócitos.  Manter em substancial e aumentar para nenhuma.	Controle de Infecção:  -Utilizar lençóis esterilizados;  -Assegurar o manuseio asséptico de todas as linhas endovenosas;  -Limpar a pele do paciente com agente antimicrobiano, conforme apropriado.

Fonte: Nanda (2021-2023); NIC (2010); NOC (2008).

Perante o exposto, nota-se que para além dos prejuízos físicos e sociológicos há a presença de implicações psicológicas causadas pela doença. Com relação às sequelas psicológicas, o transtorno de ansiedade generalizada (TAG), o transtorno depressivo e o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) podem se fazer presentes (Lee *et al.*, 2023). Por apresentarem complicações psicológicas a longo prazo e conseqüentemente uma diminuição significativa na qualidade de vida, é imprescindível oferecer o suporte psicológico durante a internação, antes da alta e no decorrer de todo o acompanhamento, utilizando ferramentas de detecção como o QSG-12 (Questionário de Saúde Geral), que se revelou um instrumento rápido e válido na abordagem desses pacientes (Mayorga; Jiménez; Sánchez, 2020). O QSG-12 visa detectar alterações no funcionamento do indivíduo, medindo a sua saúde mental e o seu bem-estar psicológico por meio de doze itens validados, detectando assim doenças psiquiátricas não severas (Oliveira *et al.*, 2023).

Para além da enfermidade, a própria hospitalização infantil desencadeia restrições e privações, ocasionando experiências adversas e sofrimento psíquico. A internação hospitalar impõe à criança algumas normas, tais como a permanência no leito e no ambiente hospitalar, adequação à rotina, diminuição e, dependendo da patologia, proibição do brincar, controle da alimentação, distanciamento da família e escola, o que acaba gerando sentimentos negativos, como desconforto, ansiedade, medo e insegurança. A hospitalização também influencia na conjuntura familiar, podendo potencializar os impactos dos eventos estressores (Oliveira *et al.*, 2018). À vista disso, coube à psicologia um olhar atento para as relações estabelecidas entre médico/paciente, paciente/família, médico/família, assim como do próprio processo de adoecimento e as fragilidades emocionais que emergiram a partir destes.

Pelo fato do paciente apresentar um atraso no desenvolvimento neuropsicomotor e por essa razão não conseguir se comunicar de forma verbal, o trabalho da psicologia foi voltado principalmente para como a família encarava o diagnóstico da criança e o prognóstico da doença. Os sentimentos que surgem ao decorrer desse processo precisam ser acolhidos, proporcionando um espaço acolhedor e de confiança no qual seja concebível expressá-los, possibilitando, assim, a redução do nível de ansiedade e favorecendo a elaboração psíquica dessa experiência.

Destarte, percebe-se que através do trabalho multidisciplinar foi possível viabilizar um atendimento integral e enxergar o paciente na sua dimensão biopsicossocial, acarretando um melhor entendimento do diagnóstico e dos cuidados necessários através das constantes trocas de conhecimentos, provocando uma maior autonomia ao paciente e ao seu cuidador.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A SSJ é considerada uma emergência dermatológica rara e grave, e por conta disso é importante o suporte de equipe multiprofissional para possibilitar uma melhora significativa. Acredita-se que através desta abordagem, durante o período de internação, é possível contribuir para uma condução mais eficiente do tratamento.

Somado a isso, o conhecimento adequado da síndrome e de seu correto manejo deve-se fazer presente na rotina hospitalar, porém, deve-se ter um olhar abrangente de modo que a continuidade do tratamento perpassa o ambiente hospitalar, com promoção de alta qualificada e acompanhamento ambulatorial multiprofissional para reabilitação do paciente. Deste modo, é interessante que novas pesquisas sejam realizadas incluindo o Projeto Terapêutico Singular (PTS) como dispositivo de cuidado em saúde, pois tornará a assistência integral e oferecerá autonomia ao paciente e/ou seu familiar.

Por fim, tem-se como limitação o próprio tipo do estudo, bem como a doença de base do paciente, a saber Neuropatia, de modo que as condutas atribuídas não possam ser replicadas para outros casos. Do mesmo modo, devido a raridade da síndrome, não existem grandes estudos controlados randomizados e diretrizes que norteiam as condutas em casos de SSJ, principalmente no que diz respeito ao paciente pediátrico.

#### REFERÊNCIAS

BACHAREL, Paul *et al.* Epidemiology of Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis in the United States and factors predictive of outcome. **JAAD Internacional**, v.13, p. 17-25, 2023. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jdin.2023.06.014>

BULECHEK, Gloria; BUTCHER, Howard; DOCHTERMAN, Joanne. **NIC: Classificação das Intervenções de Enfermagem**. 5ª Edição. Rio de Janeiro, Editora Elsevier, 2010.

CARNEIRO, Ester Martins; TEIXEIRA, Livia Maria Silvia; PEDROSA, José Ivo. A Residência Multiprofissional em Saúde: expectativas de ingressantes e percepções de egressos. **Physis**, v. 10, n.3, 2021. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310314>

COELHO, Amanda Batista *et al.* Síndrome de Stevens-Johnson: uma doença dermatológica ou uma farmacodermia? **Revista Brasileira de Revisão de Saúde**, v. 4, n. 4, p. 15115–15125, 2021. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n4-059>

FREIRE FILHO, José Rodrigues *et al.* Educação Interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 1, p. 86-96, 2019. DOI: 10.1590/0103-11042019S107

GUPTA, Lalit Kumar *et al.* “Guidelines for the management of Stevens-Johnson

syndrome/toxic epidermal necrolysis: An Indian perspective.” *Indian journal of dermatology, venereology and leprology* vol. 82,6 (2016): 603-625. doi:10.4103/0378-6323.191134

HSU *et al.* LB772 Mortality and morbidity of pediatric Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis in the US. *Journal of Investigative Dermatology*, v. 136, n.8, 2016. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jid.2016.05.021>

LEE, Haur Yueh, *et al.* Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: Management, prognosis and long-term sequelae. **UpToDate**. 2023.

MAYORGA, Juliana Salazar; JIMÉNEZ, Andrina Valverde; SÁNCHEZ, Ana Catalina Agüero. Síndrome de Stevens-Johnson e Necrólise Epidérmica Tóxica, um desafio diagnóstico e terapêutico. *Revista Médica Sinergia*, v. 5, n. 1, 2020. DOI: <https://doi.org/10.31434/rms.v5i1.308>

MOOHREAD, Sue *et al.* **NOC - Classificação dos Resultados de Enfermagem**. 4ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2008.

NANDA. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: **definições e classificação 2021-2023**. Porto Alegre: Artmed. Disponível em: [https://www.academia.edu/44956862/NANDA\\_I](https://www.academia.edu/44956862/NANDA_I)

NEUMANN, Caroline *et al.* Stevens-Johnson Syndrome in Preschool in pneumonia treatment: Case report. **Residência do Pediatra: a Revista do Pediatra**, v. 11, n.2, 2021. Doi: <https://doi.org/10.25060/residpediatr>

NIN, Amanda; PRABHU, Neeta. Conservative management of Mycoplasma pneumoniae-induced Stevens Johnson syndrome in a pediatric patient: A case report. **Pediatric Dental Journal**, 2023. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.pdj.2023.10.003>

OLIVEIRA, Cálita Medeiros Machado de *et al.* Estresse, autorregulação e risco psicossocial em crianças hospitalizadas. **Saúde e Desenvolvimento Humano**, v. 6, n. 1, p. 39-48, 2018.

OLIVEIRA, Tulio Augusto Andrade *et al.* Questionário de Saúde Geral (QSG-12): novas evidências de validade de construto. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, p. 803-810, 2023.

SILVA, Bruno Costa *et al.* A importância da equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. **Facit Business and Technology Journal**, v. 1, n. 31, 2021.

UBUKATA, Nakako *et al.* Risk factors and drugs that trigger the onset of Stevens–Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: A population-based cohort study using the Shizuoka Kokuho database. **JAAD International**, v.11, 2023. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jdin.2022.12.002>

WAMBIER, Carlos Gustavo *et al.* Epidermal necrolysis: SCORTEN performance in AIDS and non-AIDS patients. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 94, n. 1, p. 17-23, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/abd1806-4841.20196864>

ZHANG, Lixia *et al.* RDW-SD and PCT are potential prognostic factors for in-hospital death in patients with Stevens-Johnson Syndrome/Toxic Epidermal Necrolysis. **Allergy Asthma Immunol Res.**, v. 15, n. 6, p. 812-824, nov 2023 DOI: 10.4168/aaair.2023.15.6.812