

Título: Análise da relevância de aspectos comportamentais, econômicos e sociais para equipe médica que atende pacientes portadores de Dermatite Atópica na faixa etária pediátrica.

Resumo

Define-se Dermatite Atópica (DA) como doença inflamatória cutânea crônica recidivante, que acomete em torno de 20% das crianças e 10% dos adultos em países desenvolvidos. Prurido cutâneo intenso e lesões eczematosas são os sinais e sintomas mais frequentes; é uma doença que compromete de maneira significativa o comportamento e as interações sociais do paciente. O desempenho escolar, a qualidade do sono, o constrangimento pelo aspecto da pele e a dificuldade em executar tarefas ou participar de atividades esportivas ou de lazer evoluem, em muitos casos, para grande labilidade emocional. Entretanto, nem sempre a equipe médica que atende o paciente está atenta, treinada ou possui tempo suficiente na consulta médica para abordar os aspectos comportamentais, econômicos e sociais relativos a estes pacientes. No presente estudo, verificou-se a presença de poucas descrições em prontuários a respeito do paciente com DA em seus múltiplos aspectos, físico, social e psicológico. Contudo, foi possível observar a presença do impacto da DA na qualidade de vida dos pacientes, como sono prejudicado pelo prurido, despesas financeiras e necessidade de encaminhamento a equipes multidisciplinares. Foi também possível observar a dificuldade de entendimento e adesão às medidas simples como profilaxia ambiental e orientação dietética. Os achados do presente estudo mostram quão complexo é o paciente com DA e quão importante é a necessidade de se estabelecer consulta médica e acompanhamento especiais, com tempo e estratégias específicas às múltiplas necessidades destes pacientes.

Palavras Chave: Dermatite Atópica; Avaliação Médica; Qualidade de Vida.

Introdução

Define-se Dermatite Atópica (DA) como doença inflamatória cutânea crônica recidivante, que acomete principalmente crianças e adolescentes e incide mais frequentemente em indivíduos com história familiar de atopia. A fisiopatologia da DA é produto de complexa interação entre genética, ambiente, alterações da barreira

cutânea, infecções e respostas imunológicas, sendo considerada esta uma doença de causa multifatorial. Estima-se que a DA afete em torno de 20% das crianças e 10% dos adultos em países desenvolvidos. São várias as suas características clínicas, porém, o prurido cutâneo intenso e lesões eczematosas, que se iniciam geralmente na primeira infância, são os sinais e sintomas mais frequentes. Complicações são frequentes, como infecção secundária das lesões por bactérias, vírus e fungos. O tratamento consiste de uma série de medidas que devem ser adotadas concomitantemente. A abordagem inicial envolve afastamento dos fatores desencadeantes e a hidratação correta da pele. Se necessário, tratamento medicamentoso com anti-histamínicos e corticóides tópicos podem ser instituídos. Todas essas medidas visam evitar o uso de antibióticos, corticóides e imunossuppressores via oral e eventuais internações hospitalares. Por isso, é necessário educar pacientes e familiares e orientá-los quanto ao caráter crônico da doença. Devido ao seu quadro clínico exuberante, a DA é uma doença que compromete de maneira significativa a qualidade de vida dos pacientes e de toda a família. O desempenho escolar, a qualidade do sono, o constrangimento pelo aspecto da pele e a dificuldade em executar tarefas ou participar de atividades esportivas ou de lazer evoluem, em muitos casos, para grande labilidade emocional. Pacientes com dermatite atópica descontrolada faltam mais à escola e, seus familiares, ao trabalho, contribuindo para o comprometimento da renda e estresse da família. Entretanto, nem sempre a equipe médica que atende o paciente está atenta, treinada ou possui tempo suficiente na consulta médica para abordar os aspectos comportamentais, econômicos e sociais relativos a estes pacientes. A observação não estruturada destes atendimentos revela que a equipe médica tende a concentrar-se nas medidas terapêuticas tradicionais, em detrimento de eventuais medidas de suporte à saúde mental destes pacientes, aspectos a serem trabalhados por equipes multidisciplinares.

Metodologia:

Tipo de estudo: Estudo tipo série de casos, descritivo, retrospectivo.

Locais e Termo de Consentimento: Foram incluídos no estudo pacientes com diagnóstico de Dermatite Atópica (DA), atendidos no Ambulatório de Alergia e Imunologia Pediátrica do Hospital de Clínicas (HC) Unicamp no período de janeiro a dezembro de 2019; foram analisados os prontuários médicos destes pacientes, quanto à presença ou ausência de anotações relativas a dados epidemiológicos, clínicos e relativos ao bem estar e qualidade de vida, conforme ficha estruturada, (anexo). Este

projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) Unicamp, em 12 de novembro de 2019, CAAE: 20019119.7.0000.5404, parecer: 3.699.412.

Cálculo do tamanho amostral: No período de janeiro a dezembro de 2019 foram atendidos 80 pacientes pediátricos com DA no Ambulatório de Alergia e Imunologia Pediátrica do Hospital de Clínicas (HC) Unicamp. Por questões relativas ao Serviço de Arquivo Médico (SAME) HC Unicamp e a Pandemia COVID 19, somente foi possível a análise de 65 dos 80 prontuários inicialmente previstos.

Crítérios de Inclusão e Exclusão: Foram incluídos no estudo os pacientes com DA, atendidos no Ambulatório de Alergia e Imunologia Pediátrica HC Unicamp no período de janeiro a dezembro de 2019, cujos prontuários estiveram disponíveis para análise. Foram considerados portadores de DA os pacientes com lesões cutâneas compostas por xerose, descamação, prurido, exsudação, crostas e liquenificação. Foram excluídos os pacientes portadores de lesões de pele com diagnóstico indefinido ou com diagnósticos outros que não DA.

Ficha de registro e banco de dados: Todos os pacientes incluídos no estudo tiveram seu prontuário avaliado quanto às seguintes variáveis: nome, registro hospitalar, idade, sexo, idade do início dos sintomas, tratamento em uso. Foi avaliada a presença ou ausência de anotações no prontuário quanto à: entendimento e adesão às medidas de profilaxia ambiental e eventuais restrições dietéticas prescritas; entendimento e adesão às técnicas de hidratação da pele; entendimento e adesão dos medicamentos orais prescritos; comparecimento às consultas agendadas; realização dos exames solicitados; se houve anotações nas consultas quanto à aspectos comportamentais dos pacientes (sono; agitação; agressividade; pensamentos negativos; distúrbios alimentares; comportamentos compulsivos ou outros distúrbios); se houve anotações nas consultas quanto à aspectos sociais relativos aos pacientes (preconceito de colegas de escola ou familiares; comportamento negativo de professores, tutores ou outros adultos; outros distúrbios espontaneamente descritos); se houve anotações nas consultas quanto à aspectos econômicos relativos aos pacientes e sua família (Custo das medicações, falta ou impedimento ao trabalho dos cuidadores). Os dados obtidos foram anotados em planilha específica Excell /Windows.

Análise Estatística: Dado o número restrito de prontuários analisados no presente estudo optou-se por descrição simples dos dados coletados, em números absolutos e porcentagens. Quando da ampliação do n, será factível subdivisão em grupos e análise estatística apropriada, a ser realizada pela equipe de Estatística da Câmara de Pesquisa

da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp.

Aspectos éticos e Legais: Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Unicamp em 12/11/2019 – CAAE: 20019119.7.0000.5404, parecer 3.699.412

Resultados

Dos 65 prontuários avaliados, os resultados obtidos mostram, para os dados epidemiológicos, predominância de crianças na faixa etária de cinco a nove anos e 11 meses (55,39%), do sexo feminino (55,39%), procedente de outra cidade do Estado de São Paulo que não Campinas (74%). A maioria dos pacientes era estudante do Ensino Fundamental (61%), cuidada por um ou dois pais (97%), moradora de um domicílio com uma a cinco pessoas (75,4%) e integrante de uma família cujo o principal provedor é empregado assalariado (46,1%). Este estudo demonstrou ausência completa de dados sobre a escolaridade dos cuidadores (em 100% dos prontuários pesquisados estes dados constam como não referidos). Quanto à renda familiar, em 43,1% dos prontuários estes dados constam como não referidos; 29,2% apontaram renda familiar entre dois e cinco salários mínimos, 26,5% abaixo de dois salários mínimos e 1,5% mais de cinco salários mínimos (Tabela 1).

Tabela 1. Dados epidemiológicos de 65 pacientes com diagnóstico de Dermatite Atópica (DA) atendidos no Ambulatório de Alergia e Imunologia Pediátrica HC Unicamp no período de janeiro a dezembro de 2019

Variável	Resultados
Idade à análise	0 a 11 meses – 0/65 (0%)
	1 ano a 1 ano e 1 meses – 0/65 (0%)
	2 anos a 4 anos e 11 meses – 8/65 (12,31%)
	5 anos a 9 anos e 11 meses – 36/65 (55,39%)
	10 anos a 15 anos - 17/65 (26,15%)
	Maior que 15 anos – 4/65 (6,15%)
Sexo	Feminino – 36/65 (55,39%)
	Masculino – 29/65 (44,61%)
Procedência	Campinas - 15/65 (23%)
	Outras Cidades do Estado de São Paulo - 48/65 (74%)
	Outros Estados - 1/65 (1,5%)
	Outros países - 0/65 (0%)
	Não referido - 1/65 (1,5%)
Cuidadores	Um ou dois Pais - 63/65 (97%)
	Pais e/ou Outros familiares - 1/65 (1,5%)
	Outras pessoas que não os familiares - 0/65 (0%)
	Instituição - 0/65 (0%)

	Não referido - 1/65 (1,5%)
	Outros - 0/65 (0%)
Profissão dos Cuidadores (principal Provedor)	Desempregado - 7/65 (10,8%)
	Empregado assalariado - 30/65 (46,1%)
	Autônomo - 16/65 (24,6%)
	Nível Superior - 0/65 (0%)
	Não Referido - 11/65 (17%)
	Outros - 1/65 (1,5%)
Escolaridade dos Cuidadores (a maior)	Nenhuma - 0/65 (0%)
	Fundamental - 0/65 (0%)
	Médio - 0/65 (0%)
	Superior - 0/65 (0%)
	Não Referido - 65/65 (100%)
Escolaridade do paciente	Nenhuma - 11/65 (17%)
	Fundamental - 40/65 (61%)
	Médio - 3/65 (5%)
	Superior - 0/65 (0%)
	Não Referido - 11/65 (17%)
Número de Pessoas no Domicílio	1 a 5 - 49/65 (75,4%)
	6 a 10 - 10/65 (15,4%)
	= > 10 - 1/65 (1,5%)
	Não Referido - 5/65 (7,7%)
Renda Média da Família	< 1 salário mínimo - 6/65 (9,2%)
	1 a 2 salários mínimos - 11/65 (17%)
	2 a 5 salários mínimos - 19/65 (29,2%)
	> 5 salários mínimos - 1/65 (1,5%)
	Não Referida - 28/65 (43,1%)

Para as características clínicas, os resultados obtidos mostram, predominantemente, crianças com diagnóstico de DA descrita no prontuário como leve, com início dos sintomas na faixa etária de 0 a 11 meses de idade (33,8%) e com tempo de tratamento de 5 a 10 anos (44,6%). Observou-se que estes pacientes apresentam predominantemente quadro clínico composto por uma série de combinações de outras manifestações alérgicas (67%), como exemplo rinite, associada a conjuntivite alérgica e a asma. Muitos fizeram uso de medicações em diversas associações (36,9%), como por exemplo corticoide tópico, imunossupressor e anti-histamínico. Em relação ao histórico de uso de imunossupressor, 81,54% dos pacientes avaliados não fizeram uso desta medicação. Ainda com relação aos dados clínicos, muitos pacientes foram classificados como outros, por apresentarem registro de situações não caracterizadas inicialmente, a saber: pacientes com registros de internações e entradas em pronto socorros, decorrentes da piora do quadro de DA ou por infecções secundárias a esta (32,5%); pacientes que precisaram fazer uso de adrenalina (7,5%); pacientes que possuem outros diagnósticos, além daqueles referentes às manifestações alérgicas (5%); paciente que apresentou registros em pronto socorros por piora do quadro

asmático (2,5%); pacientes que acompanhavam o quadro em dois serviços e optaram pela Unicamp (2,5%); paciente que recebeu alta para seguimento em UBS(2,5%); pacientes que apresentaram três crises de DA com intervalo de uma semana(2,5%); pacientes encaminhados a dermatologia para fototerapia ou uso de imunossupressores: (2,5%); pacientes que apresentaram episódios de mordeduras e picadas de insetos (2,5%) e de exantema súbito (2,5%); pacientes com histórico de Tx hepático, com várias entradas no pronto socorro e internações, associadas a desregulação imunológica devido ao uso de Tacrolimus, apresentando episódios de exacerbação de lesões de pele e boca (2,5%); pacientes que receberam como conduta, de forma a não prejudicar sua adesão, a suspensão do seguimento na imunologia, para continuar na especialidade de pneumologia e oftalmologia (2,5%); pacientes que apresentaram episódios de síncope e edema (2,5%).

Tabela 2 - *Dados clínicos de 65 pacientes com diagnóstico de Dermatite Atópica (DA) atendidos no Ambulatório de Alergia e Imunologia Pediátrica HC Unicamp no período de janeiro a dezembro de 2019*

Idade de início dos sintomas	0 a 11 meses - 22/65 (33,8%)
	1 a 2 anos - 11/65 (17%)
	2 a 5 anos - 10/65 (15,4%)
	5 a 10 anos - 10/65 (15,4%)
	10 a 15 anos - 6/65 (9,2%)
	> 15 anos - 0/65 (0%)
	Não Referida - 6/65 (9,2%)
Tempo de tratamento	0 a 11 meses - 2/65 (3,1%)
	1 a 2 anos - 13/65 (20%)
	2 a 5 anos - 13/65 (20%)
	5 a 10 anos - 29/65 (44,6%)
	10 a 15 anos - 6/65 (9,2%)
	> 15 anos - 0/65 (0%)
	Não Referida - 2/65 (3,1%)
Caracterização da DA na última consulta	Leve - 41/65 (63,1%)
	Moderada - 16/65 (24,6%)
	Grave - 7/65 (10,8%)
	Não caracterizada - 1/65 (1,5%)
Outras manifestações alérgicas na última consulta	Asma - 0/65 (0%)
	Rinite - 3/65 (5%)
	Asma e rinite - 6/65 (9,2%)
	Alergia alimentar - 3/65 (5%)
	Urticária e/ou angioedema - 0/65 (0%)
	Alergia a insetos - 0/65 (0%)
	Alergia a medicamentos - 1/65 (1,5%)
	Outras - 6/65 (9,2%)
	Não Referida - 2/65 (3,1%)
Combinação de quadros - 44/65 (67%)	

Medicamentos em uso na última consulta (Para DA)	Hidratante - 10/65 (15,4%)
	Antihistaminico - 1/65 (1,5%)
	Hidratante e antihistamínico - 6/65 (9,2%)
	Hidratante, antihistamínico e imunossupressor - 2/65 (3,1%)
	Hidratante, antihistamínico e /ou corticoide tópico - 18/65 (27,7%)
	Corticoide via oral - 2/65 (3,1%)
	Nenhuma - 2/65 (3,1%)
	Outros - 24/65 (36,9%)
Uso anterior de Imunossupressores	Sim - 6/65 (9,23%)
	Não - 6/65 (9,23%)
	Não referido - 53/65 (81,54%)

Tabela 3 – Outros dados – situações não caracterizadas inicialmente de 65 pacientes com diagnóstico de Dermatite Atópica (DA) atendidos no Ambulatório de Alergia e Imunologia Pediátrica HC Unicamp no período de janeiro a dezembro de 2019

1. pacientes com registros de internações e entradas em pronto socorros, decorrentes da piora do quadro de DA ou por infecções secundárias a esta.	13/40 (32,5%)
2. pacientes que precisaram fazer uso de adrenalina	3/40 (7,5%)
3. Pacientes que possuem outros diagnósticos, além daqueles referentes às manifestações alérgicas	2/40 (5%)
4. paciente que apresentou registros em pronto socorros por piora do quadro asmático	1/40 (2,5%)
5. pacientes que acompanhavam o quadro em dois serviços e optaram pela Unicamp	1/40 (2,5%)
6. paciente que recebeu alta para seguimento em UBS	1/40 (2,5%)
7. pacientes que apresentaram três crises de DA com intervalo de uma semanal	1/40 (2,5%)
8. pacientes encaminhados a dermatologia para fototerapia ou uso de imunossupressores	1/40 (2,5%)
9. pacientes que apresentaram episódios de mordeduras e picadas de insetos (a) e de exantema súbito (b)	(a) - 1/40 (2,5%) (b) - 1/40 (2,5%)
10. pacientes com histórico de Tx hepático, com várias entradas no pronto socorro e internações, associadas a desregulação imunológica devido ao uso de Tacrolimus, apresentando episódios de exacerbação de lesões de pele e boca	1/40 (2,5%)
11. pacientes que receberam como conduta, de forma a não prejudicar sua adesão, a suspensão do seguimento na imunologia, para continuar na especialidade de pneumologia e oftalmologia	1/40 (2,5%)
12. pacientes que apresentaram episódios de síncope e edema	1/40 (2,5%)

Para os dados relativos ao bem estar do paciente, os resultados obtidos no estudo revelaram a predominância de dados referidos como inadequado entendimento e adesão a profilaxia ambiental (90,8%) e adequado entendimento e adesão aos medicamentos orais prescritos (74%). O estudo demonstrou, predominantemente, a ausência de registros em prontuários das categorias referentes ao entendimento e adesão à dieta de restrição (não referidos -50,8%), ao comparecimento as consultas (não referidos - 60%), a realização dos exames solicitados (não referidos - 70,7%), ao

prurido que afeta o sono (não referidos - 73,85%), às características do paciente como agitação (não referidos - 83,1%), agressividade (não referidos - 93,85%), à presença de pensamentos negativos (não referidos - 89,2%), de distúrbios Alimentares (não referidos - 96,9%), de comportamentos compulsivos (não referidos - 100%) e de outros distúrbios (não referidos - 92,3%). Acrescidos a esta predominante ausência de registros em prontuários, estão os dados acerca da vivência dos pacientes para com preconceito perante colegas de escola (não referidos - 89%), preconceito por parte da família (não referidos - 98,5%), preconceito por parte de professores (não referidos - 97%) e preconceito por parte de adultos (não referidos - 100%), de queixas a respeito custo de medicações (não referidos - 76,9%), falta ao trabalho (não referidos - 100%) e a presença de encaminhamentos para equipes multidisciplinares(não referidos - 76,9%).(Tabela 4) .

Tabela 4 – *Dados relativos ao bem estar dos de 65 pacientes com diagnóstico de Dermatite Atópica (DA) atendidos no Ambulatório de Alergia e Imunologia Pediátrica HC Unicamp no período de janeiro a dezembro de 2019*

Entendimento e adesão a profilaxia Ambiental	Adequado - 2/65 (3,1%)
	Inadequado - 59/65 (90,8%)
	Nenhum - 1/65 (1,5%)
	Não referido - 3/65 (4,6%)
Entendimento e adesão à dieta de restrição	Adequado - 17/65 (26,1%)
	Inadequado - 15/65 (23,1%)
	Nenhum - 0/65 (0%)
	Não referido - 33/65 (50,8%)
Entendimento e adesão à hidratação da pele	Adequado - 30/65 (46%)
	Inadequado - 28/65 (43%)
	Nenhum - 3/65 (5%)
	Não referido - 4/65 (6%)
Entendimento e adesão aos medicamentos orais prescritos	Adequado - 48/65 (74%)
	Inadequado - 17/65 (26%)
	Nenhum - 0/65 (0%)
	Não referido - 0/65 (0%)
Comparecimento as consultas	Adequado - 8/65 (12%)
	Inadequado - 15/65 (23%)
	Nenhum - 3/65 (5%)
	Não referido - 39/65 (60%)
Realização dos exames solicitados	Adequado - 7/65 (10,8%)
	Inadequado - 10/65 (15,4%)
	Nenhum - 2/65 (3,1%)
	Não referido - 46/65 (70,7%)
Prurido que afeta o sono	Sim - 16/65 (24,61%)
	Não - 1/65 (1,54%)

	Não referido - 48/65 (73,85%)
Agitação	Sim - 11/65 (16,9%)
	Não - 0/65 (0%)
	Não referido - 54/65 (83,1%)
Agressividade	Sim - 4/65 (6,15%)
	Não - 0/65 (0%)
	Não referido - 61/65 (93,85%)
Pensamentos negativos	Sim - 7/65 (10,8%)
	Não - 0/65 (0%)
	Não referido - 58/65 (89,2%)
Distúrbios Alimentares	Sim - 2/65 (3,1%)
	Não - 0/65 (0%)
	Não referido - 63/65 (96,9%)
Comportamentos Compulsivos	Sim - 0/65 (0%)
	Não - 0/65 (0%)
	Não referido - 65/65 (100%)
Outros Distúrbios	Sim - 5/65 (7,7%)
	Não - 0/65 (0%)
	Não referido - 60/65 (92,3%)
Preconceito colegas de escola	Sim - 4/65 (6%)
	Não - 3/65 (5%)
	Não referido - 58/65 (89%)
Preconceito na família	Sim - 1/65 (1,5%)
	Não - 0/65 (0%)
	Não referido - 64/65 (98,5%)
Preconceitos de professores	Sim - 1/65 (1,5%)
	Não - 1/65 (1,5%)
	Não referido - 63/65 (97%)
Preconceito de adultos	Sim - 0/65 (0%)
	Não - 0/65 (0%)
	Não referido - 65/65 (100%)
Custo de medicações (Queixa a respeito de)	Sim - 15/65 (23,1%)
	Não - 0/65 (0%)
	Não referido - 50/65 (76,9%)
Falta ao trabalho	Sim - 0/65 (0%)
	Não - 0/65 (0%)
	Não referido - 65/65 (100%)
Encaminhamento para equipes multidisciplinares	Sim - 15/65 (23,1%)
	Não - 0/65 (0%)
	Não referido - 50/65 (76,9%)

Alguns pacientes não se encaixaram nas variáveis aqui citadas (40/65 - 61,5%). Eles foram categorizados como outros, por apresentarem em seus prontuários outros dados não categorizados inicialmente, porém que são significativos no entendimento do bem estar desses pacientes. Com relação às dificuldades escolares foram caracterizados com outros: pacientes com mal acompanhamento escolar, dificuldades

escolares (7,5%) e que repetiram de ano (7,5%); situação de necessidade do envio de uma carta para orientar escola sobre uso de giz anti-alérgico (2,5%); familiares que procuraram informar e identificar que a creche para seus filhos fosse consciente sobre a patologia do paciente e segura (2,5%); pacientes afastados da escola por um período por conta da DA (2,5%). Com relação à distúrbios de comportamento e/ou relações familiares foram categorizados como outros: crianças que apresentam o comportamento de esconderem as lesões por meio dos vestuários e de vergonha de sair de casa por conta das lesões de pele, decorrentes da DA (5%); pacientes que vivenciam relações familiares conflituosas (5%); paciente de uma mãe com quadro depressivo (2,5%); pacientes sob negligência familiar (2,5%); cuidadores que não conseguiram adotar medidas de profilaxia ambiental por questão emocional/relação de adoção (2,5%); pacientes com DA grave com repercussões clínico-psicossociais (2,5%); pais que não adotaram condutas de outras especialidades em certa época de vida do paciente (2,5%); pacientes que abandonaram o tratamento em outras especialidades como dermatologia (2,5%). Com relação especificamente às dificuldades econômicas foram categorizados como outros: pacientes em estado de risco social (10%); situações em que o custo impossibilitou a compra de capa para travesseiro e colchão (2,5%).

Discussão

O presente estudo procurou avaliar aspectos da atenção médica dos pacientes com DA quanto entendimento da doença e bem estar do paciente, no que se refere à aspectos epidemiológicos, clínicos e relativos ao bem estar dos pacientes com DA. Com relação aos dados epidemiológicos alguns aspectos interessantes foram encontrados. Quanto à idade à época da avaliação, na população estudada, a maior parte dos pacientes apresentava-se na faixa etária de cinco a nove anos e 11 meses e 87,7% na faixa etária acima de 5 anos de idade. Na literatura, estudos mostram que 80-90% dos casos são avaliados antes dos cinco anos de vida, o que não ocorreu neste grupo. A maior proporção de crianças mais velhas e adolescentes entre os pacientes estudados, pode ser reflexo da demora e dificuldade em encaminhamento desses pacientes ao serviço universitário de referência. Com relação ao sexo, houve maior proporção do sexo feminino neste grupo; embora alguns estudos tenham mostrado maior número de pacientes do sexo masculino em diferentes coortes, a predominância de um sexo sobre o outro não é um consenso dentro do cenário de DA. Com relação aos outros aspectos epidemiológicos, ou seja características econômicas e de instrução associadas ao

paciente com DA, observou-se que 97% dos pacientes eram cuidados por um ou dois pais; a maior parte dos provedores (46,1%) eram empregados assalariados e em 75,4% dos casos não havia aglomeração no domicílio (ou seja, número menor ou igual a cinco moradores por domicílio). Os dados quanto à escolaridade dos cuidadores não foram obtidos em 100% dos casos. Quanto à renda familiar, em 43,1% dos prontuários não houve referência a este ponto; para os 64,6% dos casos onde esse dado foi recuperado, em 55,4% das vezes a renda familiar estava abaixo de cinco salários mínimos; somente 1,5% dos pacientes integravam famílias com renda familiar maior que este valor. Tais achados são compatíveis com o serviço público em nosso meio; porém, dado que não foram encontrados e estudos na literatura sobre composição familiar, instrução dos cuidadores e renda das famílias dos pacientes com DA, não foi possível, neste momento, comparar os dados encontrados com a literatura médica. Com relação aos dados clínicos avaliados nesse grupo, observou-se que os sintomas da DA se manifestaram na maior parte dos pacientes (66,2%) antes dos cinco anos de idade. Dentro deste percentual, a maior parte (33,8%) dos pacientes apresentou os primeiros sintomas de DA no primeiro ano de vida, o que está de acordo com a literatura. Em consonância com a idade no momento da avaliação deste estudo, a maior parte dos pacientes (44,6%) apresentou um tempo de tratamento de 5 a 10 anos – o que, novamente reflete a demora na chegada ao serviço universitário. Com relação aos demais aspectos clínicos estudados, observou-se que 63,1% dos casos de DA eram casos leves. Em comparação com a literatura, vários estudos consideram que 80% das crianças têm a forma leve de DA. A menor proporção de casos leves no grupo estudado pode ser reflexo da maior proporção de casos moderados e graves, característicos de hospitais universitários – entretanto, neste momento, não foi feita uma avaliação específica para esta questão. Com relação à comorbidades, 67% dos pacientes apresentavam uma combinação de quadros alérgicos associados à DA, principalmente rinite e asma; este dado está em consonância com diferentes estudos, que relatam que pacientes com DA geralmente apresentam uma série de sinais clínicos indicativos de outras doenças relacionadas à atopia, como asma, rinite alérgica, conjuntivite e alergias alimentares. Com relação ao tratamento, 36,9% dos pacientes usaram uma combinação de medicamentos, predominantemente hidratantes tópicos; no momento da avaliação 3,1% dos pacientes usavam imunossuppressores; porém 9,23% dos pacientes referiram uso prévio destas medicações. Isto está de acordo com literatura, onde para a DA leve (maior proporção de casos neste estudo) não está previsto o uso de imunossuppressores.

Com relação aos dados relativos ao bem estar, procurou-se coletar informações a respeito do entendimento das medidas profiláticas e terapêuticas para o manejo da DA. Neste âmbito, observou-se que em 90,8% dos casos havia menção à entendimento e adesão à profilaxia ambiental inadequados, o que é bastante preocupante, uma vez que esta profilaxia é fundamental para o controle de ácaros no ambiente. Os ácaros são os alérgenos que estão envolvidos na absoluta maioria dos casos de DA. Outra orientação frequente aos pacientes com DA é de restrição alimentar, seja de alimentos industrializados, seja de um grupo alimentar específico, quando há hipótese diagnóstica associada de alergia alimentar. Com relação à esta questão, em 50,8% dos prontuários analisados não havia menção sobre o entendimento ou não destas medidas. Em 49,2% dos prontuários havia dados; observou-se que somente 26,1% dos pacientes e suas famílias referiam entendimento adequado quanto à dieta de restrição prescrita. Sendo a orientação sobre profilaxia ambiental e modificações na dieta do paciente difíceis de serem implementadas no dia a dia, é esperada a baixa adesão a estes pontos do manejo da DA. Entretanto os dados encontrados podem indicar a necessidade de mais tempo e/ou outros métodos explicativos, para que exista maior adesão a estes aspectos. Por outro lado, quando observadas as anotações quanto ao uso de hidratantes e dos medicamentos orais prescritos, observou-se que na maior parte dos prontuários os dados eram compatíveis com entendimento adequado desta parte do tratamento - 46% para uso de hidratante e 74% para medicamentos orais. Este aspecto, visto na prática e também referido por alguns autores, mostra que em geral o paciente e sua família têm maior confiança em medicamentos orais do que de uso tópico, como os hidratantes. Entretanto, na DA, os hidratantes são parte fundamental do tratamento e os medicamentos orais são tratamentos adjuvantes. Tal achado mostra novamente a necessidade de maior tempo de orientação e treinamento para o manejo desta doença. Com relação aos aspectos econômicos e sociais relacionados à DA e descritos na literatura, a análise dos 65 prontuários mostrou na maior parte das vezes como não referidos, os itens relativos à comparecimento as consultas, realização dos exames solicitados, queixa sobre o custo de medicações, falta ao trabalho e encaminhamento para equipes multidisciplinares. Quando havia referências sobre estes aspectos, estas eram negativas, no sentido de má adesão as consultas e exames, queixas sobre o custo das medicações e necessidade de encaminhamento às equipes multidisciplinares. Com relação aos aspectos comportamentais e emocionais associados à DA, na maior parte das vezes também constava como não referidos os itens como prurido que afeta o sono,

agitação, agressividade, pensamentos negativos, distúrbios alimentares, comportamentos compulsivos e outros distúrbios. As referências, quando presentes, eram no sentido de que positividade, especialmente para prurido que afeta o sono (24,1%). Com relação à interação do paciente com DA na sociedade, na maior parte dos prontuários também não foram referidos se havia ou não preconceito de colegas de escola, preconceito na família, preconceito de professores e outros adultos. O item mais referido foi o preconceito de colegas de escola (6%). Por tratar-se de trabalho retrospectivo, não foi possível avaliar se estes itens foram perguntados e não mencionados se não relevantes ou se não foram efetivamente inquiridos. A literatura médica mostra bastante claramente o impacto negativo da DA na qualidade de vida do paciente, tanto do ponto do desconforto físico causado pela doença, quanto do ponto de vista emocional, comportamental e da dinâmica familiar. Estudos recentes identificaram os distúrbios do sono como os principais responsáveis pela diminuição da qualidade de vida na DA, decorrentes do prurido. Estes distúrbios podem prejudicar o comportamento diurno, o humor e o desempenho escolar da criança, assim como a qualidade de vida dos pais. Vários estudos são favoráveis à promoção de abordagens multidisciplinares ao prurido na DA, principalmente o acompanhamento psicológico, em casos indicados.

Conclusões

No presente estudo, verificou-se a presença de poucas descrições em prontuários a respeito do paciente em seus múltiplos aspectos, físico, social e psicológico. Contudo, foi possível observar a presença do impacto da DA na qualidade de vida dos pacientes, como sono prejudicado pelo prurido, despesas financeiras e necessidade de encaminhamento a equipes multidisciplinares. Foi também possível observar a dificuldade de entendimento e adesão à medidas simples como profilaxia ambiental e orientação dietética. Os achados do presente estudo mostram quão complexo é o paciente com DA e quão importante é a necessidade de se estabelecer consulta médica e acompanhamento especiais, com tempo e estratégias específicas às suas múltiplas necessidades.

Referências Bibliográficas:

Ahn C, Huang W. Clinical presentation of atopic dermatitis. *Adv Exp Med Biol* 2017; 1027: 39-46.

Al-Naqeeb J, Danner S, Fagnan LJ, Ramsey K, Michaels L, Mitchell J *et al.* The Burden of Childhood Atopic Dermatitis in the Primary Care Setting: A report from Meta- Larc Consortium. *J Am Board Fam Med.* 2019;32(2):191-20

Antunes AA, Solé D , Carvalho VO , Bau AEK, Kuschnir FC, Mallozi MC, *et al.* Guia prático de atualização em dermatite atópica - Parte I: etiopatogenia, clínica e diagnóstico. Posicionamento conjunto da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia e da Sociedade Brasileira de Pediatria. *Arq Asma Alerg Imunol.* 2017;1(2):131-56.

Campos ALB, Araújo FM, Santos MAL, Santos AAS, Pires CAA. Impacto da dermatite atópica na qualidade de vida de pacientes pediátricos e seus responsáveis. *Revista Paulista de pediatria.* Vol.35 no.1 São Paulo Jan/Mar. 2017. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/;2017;35;1;00006>

Carvalho VO, Solé D, Antunes AA, Bau AEK, Kuschnir FC, Mallozi MC, *et al.* Guia prático de atualização em dermatite atópica - Parte II: abordagem terapêutica. Posicionamento conjunto da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia e da Sociedade Brasileira de Pediatria. *Arq Asma Alerg Imunol.* 2017;1(2):157-82.

Chu CY. Treatments for childhood atopic dermatitis : na Update on emerging therapies. *Clin Rev Allergy Immunol.* 2020, 30. doi: 10.1007/s12016-020-08799-1.)

Eckert L, Gupta S, Gadkari A, Mahajan P, Gelfand JM. Burden of illness in adults with atopic dermatitis (AD): analysis of National Health and Wellness Survey data from France, Germany, Italy, Spain and the U.K. *J Am Acad Dermatol* 2019, 21. pii: S0190-9622(19)30453-0. doi: 10.1016/j.jaad.2019.03.037

Farias Arguello V, Rodriguez Orozco AR, Gaytan Morales E, Villa Barajas R, Gomez Alonso C. Family functioning and depression in mothers and children with atopic dermatites. *Aten Primaria* **2019**, 23. pii: S0212-6567(18)30278-6. doi: 10.1016/j.aprim.2018.04.011

Jang HJ, Hwang S, Ahn Y, Lim DH, Sohn M, Kim JH. Family quality of life among families of children with atopic dermatitis. *Asia Pac Allergy.* 2016; 6(4): 213-219

Katherine Grey, BA; Sheilagh Maguiness, MD. Atopic Dermatitis: Update for Pediatricians *Pediatric Annals.* 2016; 45 (8):280-6.

- Koszorú K, Borza J, Gulácsi L, Sárdy M. Quality of life in patients with atopic dermatitis. *Cutis*. 2019; 104(3): 174 – 177.
- Nutten S. Atopic Dermatitis: Global epidemiology and risk factors. *Ann Nutr Metab* 2015;66(1):8-16.
- Oszukowska M, Michalak I, Gutfreund K, Bienias W *et al*. Role of primary and secondary prevention in atopic dermatitis. *Postepy Dermatol Alergol*. 2015; 32(6): 409–420
- Ramirez FD, Chen S, Langan SM, Prather AA, McCulloch CE, Kidd SA *et al*. Assessment of Sleep Disturbances and Exhaustion in Mothers of Children With Atopic Dermatitis. *JAM Dermatol* 2019; 20. doi: 10.1001/jamadermatol.2018.5641
- Samady W, Warren C, Kohli S, Jain R, Bilaver L, Mancini AJ, *et al*. The Prevalence of Atopic Dermatitis in Children with Food Allergy. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2019 25: pii: S1081-1206(19)30198-X. doi: 10.1016/j.anai.2019.03.019.
- Sehgal VN, Srivastava G, Dogra S. Atopic dermatitis: current options and treatment plan. *Skinmed* 2010; 8(6): 335-44.
- Seo E, Yoon J, Jung S, Lee J, Lee BH, Yu J. Phenotypes of atopic dermatitis identified by cluster analysis in early childhood. *J Dermatol* 2019;46(2):117-123.
- Ständer S. How acute stress impacts the itch-scratch cycle in atopic dermatites. *Br J Dermatol*. 2019;180(4):689-90.
- Torres T, Ferreira EO, Gonçalo M, Bastos PM, Selores M, Filipe P. A dermatite atópica em revisão. *Acta Med Port* 2019; 32(9): 606-613
- Werfel T, Schwerk N, Hansen G, Kapp A: The diagnosis and graded treatment of atopic dermatitis. *Dtsch Arztebl Int* 2014; 111: 509–20.