

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

SHERON LUIZE COSTA DE CARVALHO

**IMPACTO DA DERMATITE ATÓPICA NA QUALIDADE DE VIDA DO
PACIENTE E SEUS CUIDADORES**

CURITIBA

2016

SHERON LUIZE COSTA DE CARVALHO

**IMPACTO DA DERMATITE ATÓPICA NA QUALIDADE DE VIDA DO
PACIENTE E SEUS CUIDADORES**

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Dermatologia Pediátrica, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito para finalização da Especialização em Dermatologia Pediátrica.

Orientadora: Dra. Vânia Oliveira de Carvalho

CURITIBA

2016

ARTIGO ORIGINAL REDIGIDO NO FOMATO DO JORNAL DE PEDIATRIA

IMPACTO DA DERMATITE ATÓPICA NA QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE E DE SEUS CUIDADORES

Sheron Luize Costa de Carvalho¹, Luana Mayara Dalmas ², Ana Paula Boguchewsk², Fernanda Louise Nascimento Schimidlin Nascimento ² e Vânia de Oliveira Carvalho³

¹ Aluna do curso de especialização em Dermatologia Pediátrica na Universidade Federal do Paraná (UFPR).

E-mail - slluize@yahoo.com.br

Link do Lattes- <http://lattes.cnpq.br/5987155137348053>

Participou do estudo na revisão da literatura, elaboração do projeto, obtenção de dados e redação do artigo.

² Acadêmicas de Medicina da Universidade Federal do Paraná (UFPR);

Link do Lattes - <http://lattes.cnpq.br/8959562975522077>

E-mail- luana-md@hotmail.com

Link do Lattes - <http://lattes.cnpq.br/6495695281835265>

E-mail - anapaulaboguchewsk@hotmail.com

Link do Lattes - <http://lattes.cnpq.br/5214734652350508>

E-mail - fer_nandalouise92@hotmail.com

⁴Pediatra e Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente pela UFPR, professora de Dermatopediatria da UFPR.

Email - rcarvalho50@hotmail.com

Link do Lattes- <http://lattes.cnpq.br/8880117837059225>

Participou do estudo na concepção e desenho da pesquisa, revisão da literatura, obtenção de dados, redação do manuscrito e revisão crítica do artigo quanto ao conteúdo intelectual.

Declaração de conflito de interesse: nada a declarar

Definição de instituição ou serviço oficial ao qual o trabalho está vinculado para fins de registro no banco de dados do Index Medicus/MEDLINE: Departamento de Pediatria – Unidade de Dermatologia Pediátrica Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR

Autor responsável pela correspondência: Sheron Luize Costa de Carvalho. Rua Deputado Atílio de Almeida Barbosa, 135, apto 602. Boa Vista. Curitiba, PR. Telefone: 55 41 9687-6490. slluize@yahoo.com.br

Autor responsável pelo contato pré-publicação: Sheron Luize Costa de Carvalho. Rua Deputado Atílio de Almeida Barbosa, 135, apto 602. Boa Vista. Curitiba, PR. Telefone: 55 41 9687-6490. slluize@yahoo.com.br

Contagem total das palavras do texto – 2.322

Contagem total das palavras do resumo - 250

Número de tabelas – duas (2)

Número de gráficos – dois (2)

Resumo

Objetivo: Avaliar a qualidade de vida (QV) dos pacientes com dermatite atópica (DA) e de seus cuidadores e a relação com a gravidade da dermatose.

Método: Estudo transversal e analítico, com aplicação de questionários aos pacientes entre 2 e 14 anos (Infant's Dermatitis Quality of Life Index; Children's Dermatology Life Quality Index) e a seus cuidadores (Dermatitis Family Impact Questionnaire), de agosto a dezembro de 2015. A gravidade da doença foi determinada conforme o índice de pontuação da DA (SCORAD) e foi classificada como leve (pontuação < 20), moderada (≥ 20 à ≤ 40) ou grave (> 40).

Resultados: Cento e um pacientes e seus cuidadores participaram do estudo, 9 pacientes menores de 2 anos, 16 entre 2 e 4 anos e 76 de 5 a 14 anos, dos quais 31,7% apresentaram DA leve, 36,6% moderada e 31,7% grave. A média dos índices de QV nos pacientes entre 2 e 4 anos foi $11,6 \pm 6,5$; nos pacientes entre 5 e 14 anos foi $7,6 \pm 4,7$ e nos cuidadores de $9,1 \pm 6,7$. Os índices de QV foram piores quanto mais grave a dermatite atópica (correlação de Spearman 0,86 e $p < 0,0001$, 0,51/ $p < 0,0001$ e 0,53/ $p < 0,0001$, respectivamente). Os domínios mais afetados no primeiro grupo foram prurido, tempo para adormecer e humor; no segundo grupo foram prurido/dor, sono e tratamento; na família foram gastos com o tratamento, sono e cansaço/exaustão.

Conclusão: Os índices de QV dos pacientes e dos cuidadores são piores na DA grave e os domínios afetados diferem conforme a idade da criança.

Palavras-chave: dermatite atópica, Criança, qualidade de vida, perfil de impacto da doença.

Abstract

Objective: Evaluate the quality of life of patients with atopic dermatitis (AD) and their caregivers and its relation with the severity of the disease.

Methods: Analytical transversal study, with questionnaires responded by patients aged 2 to 14 (Infant's Dermatitis Quality of Life Index; Children's Dermatology Life Quality Index) and their caregivers (Dermatitis Family Impact Questionnaire), from august to december of 2015. The severity of the disease was determined according to AD index score (SCORAD) and graded as light (score < 20), moderate (≥ 20 to ≤ 40) or severe (> 40).

Results: One hundred and one patients and their caregivers participated in the study, 9 patients under the age of 2, 16 aged 2 to 4 and 76 aged 5 to 14, from which 31,7% presented mild AD, 36,6% moderate and 31,7% severe. Quality of life index average in patients aged 2 to 4 was $11,6 \pm 6,5$; in patients aged 5 to 14 was $7,6 \pm 4,7$ and $9,1 \pm 6,7$ in caregivers. Quality of life indexes worsened according to AD severity (Sperman correlation 0,86 e $p < 0,0001$, 0,51/ $p < 0,0001$ e 0,53/ $p < 0,0001$, respectively). Items most affected in the first group were itch, time to sleep and mood; in the second group were itch/pain, sleep and treatment; in families were treatment expenses, sleep and fatigue/exhaustion.

Conclusion: Quality of life indexes for patients and caregivers are worse in severe AD and affected items differ according to the child's age.

Keywords: Atopic Dermatitis, Child, Quality of Life, Sickness Impact Profile.

Introdução

A dermatite atópica (DA) é uma dermatose inflamatória crônica e recidivante, de gravidade variável, prevalente nas crianças, caracterizada por prurido intenso e lesões eczematosas, com distribuição característica e variável conforme a faixa etária.¹

As manifestações clínicas compreendem desde formas leves e localizadas até formas graves e disseminadas. A lesão clássica é o eczema, uma dermatite caracterizada por placas, eritema, edema, descamação, infiltração, secreção, formação de crostas, liquenificação e, com frequência, associada à infecção secundária.²

Doenças crônicas, como a dermatite atópica, comprometem a qualidade de vida (QV) do paciente e de seus familiares.³ O prurido, a aparência inestética das lesões, a perturbação do sono e o tratamento árduo e diário são quesitos relacionados à diminuição da QV do paciente.⁴ Além disso, gastos com o tratamento, sentimentos de culpa e exaustão e dedicação intensa se somam à rotina dos familiares e podem levar a desgaste físico e emocional nos cuidadores diretos dos pacientes com DA.⁴

Em 2012, Kim et al. avaliaram 71 lactentes, 197 crianças e adolescentes com DA e 147 cuidadores coreanos em um estudo transversal. Em cada um dos três grupos aplicou-se um questionário diferente para avaliar a QV. Os autores concluíram que a maior gravidade da doença determinou maior comprometimento na QV em todos os grupos.

Mozzafari et al. em 2007 no Irã investigaram a QV em 86 crianças com DA e seus cuidadores. Em relação ao grupo controle, as médias dos índices de

QV em crianças com DA foram significativamente mais altas e houve correlação com os scores de gravidade da DA (correlação de Pearson de 0,78 e $p < 0,001$).

No Brasil, Alvarenga e Caldeira em 2009 avaliaram 42 crianças com diagnóstico de DA e 44 com outras dermatoses em um estudo observacional e correlacionaram a gravidade da doença com a QV. Houve diferença significativa na pontuação dos dois grupos. Os autores concluíram que a DA interfere negativamente na QV dos pacientes pediátricos e dos seus familiares.

Diante disso e da escassez de estudos nacionais sobre o tema, esse estudo se propôs a avaliar o impacto da DA na QV de pacientes pediátricos e seus cuidadores, bem como correlacionar os índices de QV com a gravidade da doença.

Método

Realizou-se um estudo transversal e analítico com aplicação de questionários a pacientes com DA e a seus respectivos cuidadores, no período de agosto a dezembro de 2015. O diagnóstico de DA foi clínico e baseado nos critérios de Hanifin and Rajka.⁸ A amostra foi obtida por conveniência e foram incluídos todos os pacientes menores de 14 anos que consultaram no período e concordaram em participar. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição.

Para avaliar a QV foram aplicados três questionários validados para o português: o *Infant's Dermatitis Quality of Life Index* (IDQOL), direcionado às crianças com idades entre 2 e 4 anos; o *Children's Dermatology Life Quality*

Index (CDLQI), para pacientes com idades entre 5 e 14 anos; e o *Dermatitis Family Impact Questionnaire* (DFIQ), destinado aos cuidadores.^{9,10,11}

O IDQOL aborda questões sobre a QV do paciente e foi respondido pelos cuidadores. Os aspectos abordados são: perturbações de humor e de sono, dificuldades em atividades rotineiras e de lazer, desconforto durante o banho, vestuário e refeições.

O CDLQI foi respondido pelo paciente e avaliou 6 domínios: sintomas e sentimentos, lazer, escola e férias, relações pessoais, sono e tratamento.

O DFI avaliou a interferência da DA em alguns quesitos da vida familiar – distúrbios emocionais, perturbações do sono, interferência nas tarefas domésticas, na alimentação, nas atividades de lazer, no relacionamento conjugal e nos custos do tratamento.

Todos os questionamentos são compostos de dez questões referentes à última semana, cada resposta recebe um score de zero até três pontos e quanto maiores os valores do escore, maior é o impacto da doença na QV da criança e sua família. O valor máximo obtido é de 30 pontos.

A gravidade da DA foi mensurada por meio do índice SCORAD (*Scoring Atopic Dermatitis*), que considera a extensão, gravidade da lesão e a presença de sintomas subjetivos como prurido e perda de sono.¹² A doença foi classificada como leve (pontuação menor do que 20), moderada (pontuação entre 20 e 40) ou grave (pontuação maior 40).

Dados sócio-demográficos, presença de sinais maiores e menores de atopia e informações sobre o tratamento foram coletados em ficha elaborada especificamente para o estudo.

A análise estatística foi realizada pelo do Software R versão 3.2.2. A comparação entre os índices de QV e a gravidade da doença foi realizada através da correlação de Spearman e do Teste de ANOVA. O Teste de Turkey foi utilizado para comparações múltiplas após análise da variância. O nível de significância adotado no estudo foi de 5%.

Resultados

Os questionários foram aplicados a 101 cuidadores de pacientes com DA e a 92 pacientes, dos quais 16 no grupo etário entre 2 e 4 anos e 76 no grupo de 5 a 14 anos. Nove lactentes não participaram da avaliação de QV do paciente, por não haver instrumento de avaliação para esta idade.

Cinquenta e dois pacientes (51%) eram do sexo feminino, a idade variou de 4 meses a 14 anos, com mediana de 6,5 anos e 98% habitavam na zona urbana.

O SCORAD variou de 0 a 77,8, 31,7% dos pacientes apresentavam DA leve, 36,6% DA moderada e 31,7% DA grave. O prurido estava presente em 91% dos pacientes. As frequências dos sinais menores de atopia pesquisados e das características sociodemográficos da amostra estão listados na Tabela 1.

Tabela 1: Características sociodemográficas da população estudada e frequência dos sinais menores de atopia.

Variável	N	%
Sexo		
Feminino	52	51,0%
Masculino	49	49,0%
Escolaridade do paciente		
Creche	13	12,9%
Pré-escola	14	13,9%
Ensino Fundamental	54	53,5%
Ensino Médio	1	1,0%
Escola Especial	2	2,0%
Não frequenta	17	16,8%
Renda familiar per capita		
Até ¼ salário mínimo	13	13,9%
Entre ¼ e ½ salário mínimo	25	24,7%
Entre ½ e 1 salário mínimo	32	31,7%
Mais que 1 salário mínimo	22	21,8%
Sem renda	1	1,0%
Não informado	8	7,9%
Sinais menores de atopia		
Prega infrapalpebral	82	81,0%
Xerose	79	78,0%
Início dos sintomas antes dos 2 anos	72	71,0%
Intolerância a lã, alimentos ou suor	69	68,0%
Tubérculo labial	57	56,0%
Influência emocional	43	43,0%
Hiperlinearidade palmoplantar	32	32,0%
Fissura infralobular	25	25,0%
Palidez centrofacial	23	23,0%
Hiperpigmentação ocular	22	22,0%
Ceratose pilar	6	5,9%
Dermografismo branco	6	5,9%
Eczema de mamilo	3	3,0%
Ictiose vulgar	2	2,0%

A média do índice de QV da família foi de $9,1 \pm 6,7$, sendo os gastos com o tratamento (46%), sentimento de exaustão (36%) e prejuízos no sono (33%) os domínios mais afetados – Tabela 2. Houve relação entre os piores índices de QV e a gravidade da DA (coeficiente de correlação de Spearman de $0,53/p < 0,0001$).

Tabela 2 – Domínios pesquisados pelos questionários DFI, CLDQI e IDQOL com médias e frequências.

Domínios	Média	Nada/ Pouco (%)	Bastante/ Muito (%)
DFI (n = 101)			
Interferência nas tarefas domésticas	0,94±0,98	70,3	29,7
Interferência no preparo das refeições e alimentação	0,59±0,79	87,1	12,9
Perturbações do sono*	1,06±1,13	67,0	33,0
Interferência nas atividades de lazer	0,60±0,86	85,2	14,8
Tempo gasto em compras	0,7 ±0,84	78,3	21,7
Gastos com o tratamento*	1,46±1,09	54,0	46,0
Sentimentos de cansaço e exaustão*	1,20±1,14	64,0	36,0
Perturbação emocional	0,94±1,10	73,0	27,0
Interferência no relacionamento conjugal	0,52±0,86	88,2	11,8
Interferência global na vida do principal cuidador	1,01±1,05	69,0	31,0
IDQOL (n= 16)			
Prurido*	1,62±1,89	50,0	50,0
Alterações de humor*	1,25±1,00	63,0	37,0
Tempo que a criança leva para adormecer*	2,19±1,17	31,3	68,7
Perturbações do sono	1,06±1,12	63,0	37,0
Interferência nos esportes/brincadeiras	0,81±0,96	88,0	12,0
Interferência na participação de atividades com a família	0,31±0,60	93,8	6,20
Dificuldades com as refeições	0,69±1,01	75,0	25,0
Dificuldades causadas pelo tratamento	0,31±0,79	81,3	18,7

Desconforto para Vestir/Despir	0,75±1,12	76,0	24,0
Problemas com o banho	0,81±1,10	76,0	24,0
CDLQI (n= 76)			
Prurido/dor*	1,45±0,76	51,3	48,7
Constrangimento/tristeza	0,85±1,02	75,0	25,0
Interferências nas amizades	0,37±0,73	90,8	9,20
Mudanças na maneira de vestir	0,84±0,90	76,3	23,7
Interferência nas atividades de lazer	0,67±1,03	81,6	18,4
Evitou esportes	0,53±0,82	81,6	18,4
Interferência nas atividades escolares ou no aproveitamento das férias	0,47±1,02	92,2	7,80
Bullying	0,54±0,85	86,8	13,2
Perturbações do sono*	1,01±1,03	67,0	33,0
Dificuldades com o tratamento*	0,84±0,98	72,3	27,7

Cada domínio foi pontuado de 0 a 3.

*Os três domínios do DFI, CDLQI e IDQOL com as maiores frequências.

O índice de QV do grupo de pacientes com idades entre 5 e 14 anos foi de $7,6 \pm 4,7$ e os domínios descritos como fatores que diminuem a QV foram: sintomas de prurido ou dor (48,7%), prejuízos no sono (33,0%) e dificuldades na realização do tratamento (27,7%), conforme apresentado na Tabela 2. Quanto maior a gravidade da DA piores foram os índices de QV do paciente (coeficiente de correlação de Spearman de 0,51/ $p < 0,0001$). Os piores índices de QV foram encontrados nos pacientes com DA grave quando comparados com aqueles com formas leves ($p < 0,0001$ – Gráfico 1).

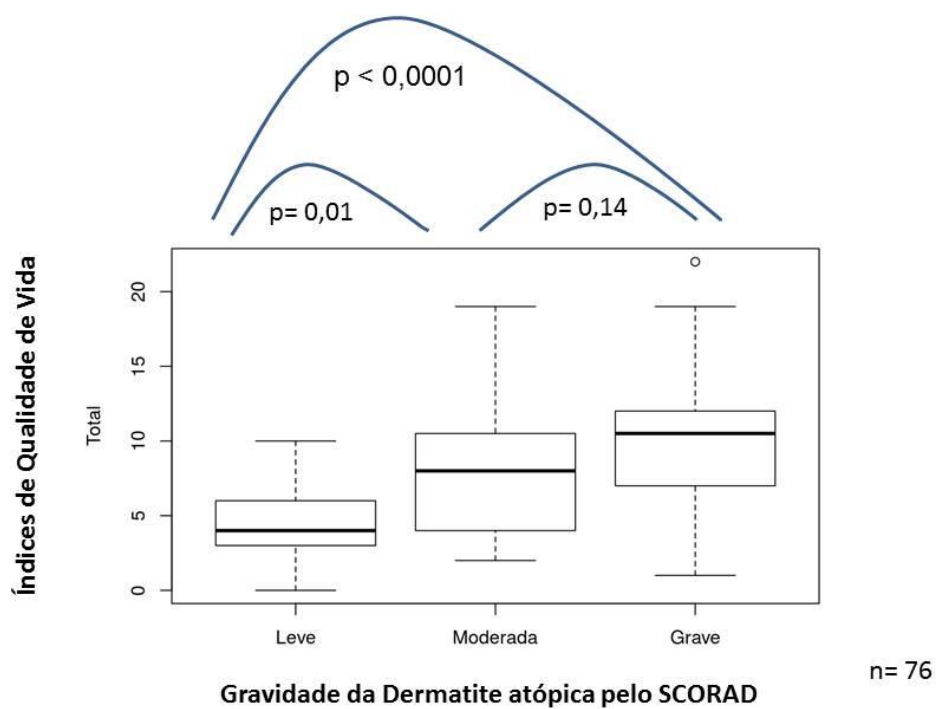


Gráfico 1: Relação entre gravidade da DA e índices de QV em paciente entre 5 e 14 anos

O grupo de pacientes com idades entre 2 e 4 anos apresentou média dos índices de QV de $11,6 \pm 6,5$, sendo o tempo que a criança leva para adormecer (68,7%), prurido (50%) e alterações de humor (37%) os domínios mais afetados (Tabela 2).

Houve diferença significativa entre a gravidade da DA e os piores índices de QV neste grupo (coeficiente de correlação de Serman de 0,86/ $p < 0,0001$). Os piores índices de QV foram encontrados nos pacientes com DA grave comparados com aqueles com DA leve ($p = 0,0005$) – Gráfico 2.

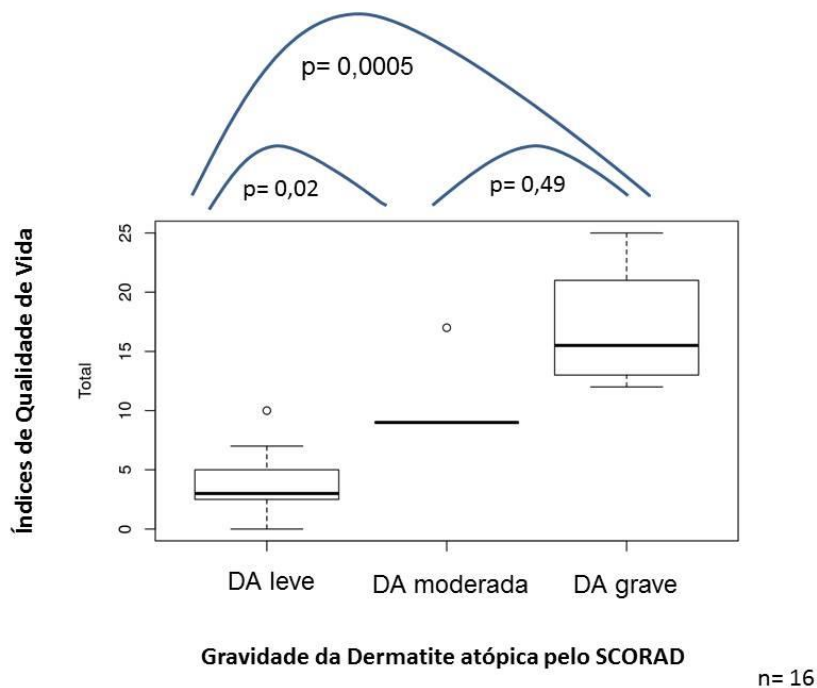


Gráfico 2: Relação entre gravidade da DA e índices de QV em paciente entre 2 e 4 anos.

Discussão

As doenças crônicas afetam de forma negativa a QV dos pacientes, entre essas, as dermatoses ocupam destaque devido ao comprometimento aparente da superfície corporal.² A dermatite atópica é uma dermatose crônica que interfere significativamente na QV dos seus portadores.⁵

A amostra estudada apresentou-se homogênea quanto ao score de gravidade da dermatite atópica (SCORAD), isso reflete o local de realização do estudo, um serviço especializado em dermatologia pediátrica, onde se espera encontrar mais pacientes graves.

No presente estudo foi identificado que o prurido é o sintoma predominante e potencial limitador da QV do paciente, 91% dos pacientes

estudados referiram prurido na última semana e a avaliação da QV evidenciou o prurido como o domínio mais afetado no grupo de 5 a 14 anos e o segundo mais comprometido no grupo de 2 a 4 anos. Weber et al. em 2004 avaliaram a relação do prurido com a gravidade da dermatite atópica em 89 crianças no Rio Grande do Sul e identificaram que 74,2% das crianças apresentavam prurido diário e quanto mais grave a dermatite atópica, mais intenso foi o prurido e pior a QV do paciente.¹³ Em seu estudo, Mozaffari et al. descrevem que o prurido intenso leva a dificuldades para adormecer, despertares noturnos, tempo total de sono diminuído, cansaço durante o dia, irritabilidade e estresse para o paciente e para os cuidadores, além de afetar as crianças em sua auto-estima, comportamento e habilidades sociais.⁶ Observou-se no presente estudo que em um percentual importante de pacientes o prurido estava presente na semana anterior à avaliação, confirmando os dados da literatura de que esse sintoma está relacionado com piores índices de QV e que necessita ser controlado.

Na avaliação da QV nas crianças de 2 a 4 anos pelo IDQOL, esse estudo encontrou média de $11,6 \pm 6,5$, maior que as médias descritas por outros autores, possivelmente por apresentar mais da metade da amostra com graus moderado e grave de DA. Beattie e Lewis-Jones em 2006 no Reino Unido avaliaram 203 crianças com DA e obtiveram a média de $9,74 \pm 5,92$ no IDQOL numa primeira avaliação e, com 50 dessas crianças, média $6,06 \pm 5,92$ numa consulta subsequente.³ Em 2009, Alvarenga e Caldeira pesquisaram QV em 42 crianças brasileiras com DA e encontraram média de $9,2 \pm 5,0$ no IDQOL, contudo, a maioria das crianças incluídas no estudo apresentava DA leve.⁷

Os domínios do IDQOL que apresentaram maiores escores no presente estudo foram prurido, tempo para adormecer e alterações de humor, os mesmos encontrados por Kim et al. em 2012 na Korea ao estudarem 71 crianças com DA e média do IDQOL de $7,7\pm 5,5$.⁵ Beattie e Lewis (2006) encontraram, além do prurido e tempo para adormecer, problemas com o vestuário e dificuldades com o banho como domínios mais comprometidos³ e Alvarenga e Caldeira (2009) acrescentam problemas com o tratamento⁷. Portanto, a DA interfere na QV das crianças e será pior quanto maior a gravidade da dermatose, os domínios afetados diferem entre as populações, conhecer estes dados ajuda a planejar as estratégias de controle.

A média de $7,6\pm 4,7$ encontrada nos índices de QV dos pacientes de 5 a 14 anos que responderam ao CDLQI foram semelhantes às encontradas em 197 crianças com DA estudadas por Kim et al. ($6,6\pm 6,3$)⁵ e por Sánchez-Pérez et al. ($7,6\pm 5,7$) ao estudarem 151 pacientes pediátricos com DA em 2013 na Espanha.¹⁴ Mozzafari et al. em 2007 no Irã investigaram QV em 86 crianças com DA comparadas a um grupo controle, as médias dos índices de QV em crianças com DA foram significativamente mais altas ($16,5\pm 3,9$ e $0,44\pm 0,96$ / $p < 0,001$) e houve correlação entre a QV e a gravidade da DA, como o resultado encontrado no presente estudo.⁶

No CDLQI, os domínios mais comprometidos encontrados na amostra aqui estudada foram: prurido/dor, perturbações do sono e dificuldades com o tratamento. No estudo de Sánchez-Pérez et al. (2013) o prurido/dor e o constrangimento obtiveram os maiores escores.¹⁴ Kim et al. (2012) encontraram prurido/dor, perturbações do sono e constrangimento como domínios mais afetados.⁵ Em ordem de frequência, o constrangimento é o

quarto domínio mais afetado no presente estudo. A média de idade da amostra atual foi $8,0 \pm 2,8$ anos, enquanto no estudo de Sánchez-Pérez¹⁴ e Kim⁵ foram $9,4 \pm 4,5$ e $10,3 \pm 3,5$, respectivamente, o constrangimento, portanto, pode surgir mais próximo da puberdade.

As perturbações do sono são explicadas pelo prurido ou dor causados pela xerose e pelo eczema. A revisão realizada por Camfferman et al. em 2010 na Austrália demonstra que distúrbios do sono afetam mais de 60% dos pacientes com DA e 83% durante a exacerbação da doença.¹⁵

As dificuldades com o tratamento e o sentimento de vergonha ou constrangimento podem ser compreendidos pela faixa etária, na qual a independência da criança é maior, os relacionamentos interpessoais são mais fortes e surgem os sentimentos de teimosia e receio da não aceitação, como demonstra o estudo de Fontes Neto et al. em 2005 no Rio Grande do Sul, que avaliou distúrbios emocionais em 25 crianças com DA e com idade média de $8,7 \pm 3,6$ anos através do questionário CBCL (Inventário de Comportamentos da Infância e da Adolescência).¹⁶

Na avaliação dos cuidadores (DFI), a média dos índices de QV foi $9,1 \pm 3,7$. Alvarenga e Caldeira (2009) descreveram índices menores ($8,5 \pm 4,4$), com predomínio dos domínios gastos com o tratamento, efeito sobre as compras da família, perturbações do sono e sentimentos de cansaço e exaustão.⁷ Beattie e Lewis-Jones (2006) obtiveram scores ainda menores ($7,0 \pm 6,5$) e stress e exaustão, distúrbios do sono e emocionais como os itens mais relacionados ao prejuízo da QV.³ No atual estudo, os domínios mais afetados são os mesmos descritos pelos estudos anteriormente citados, sendo os gastos com o tratamento o mais comprometido, o que reflete o valor

oneroso dos produtos necessários para o tratamento da DA e a realidade econômica menos favorecida da população estudada.

Monti et al. em 2011 na Itália, avaliaram a QV de 60 pacientes com DA e suas respectivas mães e encontraram associação entre a gravidade da DA e piores índices de QV nos pacientes e em seu cuidador principal, assim como foi demonstrado nesse estudo.¹⁷

Essa pesquisa foi realizada em um hospital cujos atendimentos são unicamente em saúde pública, portanto, predomina na amostra famílias com piores condições socioeconômicas, o que constitui uma limitação desse estudo, pois os dados obtidos não podem ser transferidos para uma população com poder aquisitivo mais alto. Outra limitação é a amostra pequena no grupo de crianças entre 2 e 4 anos, não se pode prever se os dados seriam os mesmos se o grupo estudado fosse maior. Essas limitações demonstram a necessidade de mais pesquisas que se proponham a estudar amostras maiores e com maior diversidade socioeconômica.

Conclusão

A DA interfere de forma inequívoca na vida diária dos pacientes e de seus familiares e a gravidade da doença está relacionada a piores índices de QV. Conhecer os domínios mais comprometidos e a interferência da DA na QV das crianças e de seus cuidadores demonstra a necessidade de uma equipe multidisciplinar no atendimento desses pacientes e seus familiares e norteia o médico para novas estratégias de tratamento e abordagem.

Referências

1. Amaral CSF, Sant'Anna CC, March MFBP. Quality of Life in Children and Teenagers with Atopic Dermatitis. *An Bras Dermatol*. 2012;87(5):717-23.
2. Pärna E, Aluoja Anu, Kingo Külli. Quality of Life and Emocional State in Chronic Skin Disease. *Acta Derm Venereol*. 2015; 95: 312–316.
3. Beattie PE, Lewis-Jones MS. An audit of the impact of a consultation with a paediatric dermatology team on quality of life in infants with atopic eczema and their families: further validation of the Infants' Dermatitis Quality of Life Index and Dermatitis Family Impact Score. *British Journal of Dermatology* 2006 155, pp1249–1255.
4. Soares AHR, Martins AJ, Lopes MCB, Brito JAA, Oliveira CQ, Moreira MCN. Qualidade de vida de crianças e adolescente: Uma revisão bibliográfica. *Ciências e Saúde Coletiva*. 2011;16(7)3197-3206.
5. Kim, DH, Li K, Seo SJ, Jo SJ, Yim HW, Kim CM, et al. Quality of Life and Disease Severity are Correlated in Patients with Atopic Dermatitis. *J. Korean Med. Sci*. v. 27, p. 1327-1332, 2012.
6. Mozaffari H, Pourpak Z, Pourseyed S, Farhoodi A, Aghamohammadi A, Movahadi M, et al. Quality of Life in Atopic Dermatitis Patients. *J Microbiol Immunol Infect*. 2007;40:260-264.
7. Alvarenga TMM, Caldeira AP. Qualidade de Vida em Pacientes Pediátricos com Dermatite Atópica. *J Pediatr (Rio J)*. 2009;85(5):415-420.
8. Hanifin JM, Rajka G. Diagnostic features of atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol Suppl*. 1980; 92:44-7.

9. Lewis-Jones MS, Finlay AY, Dykes PJ. Measurement of the impact of atopic dermatitis on infant's and their families lives. *British Journal of Dermatology*. 1999; 141 (Suppl 55): 105-106.
10. Lawson V, Lewis-Jones M S, Finlay A Y, Reid P, Owens RG. The family impact of childhood atopic dermatitis: the Dermatitis Family Impact questionnaire. *Br J Dermatol*. 1998; 138: 107-113.
11. Lewis-Jones MS, Finlay AY. The Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI): Initial validation and practical use. *British Journal of Dermatology*. 1995; 132: 942-949.
12. Severity scoring of atopic dermatitis: the SCORAD index. Consensus Report of the European Task Force on Atopic Dermatitis. *Dermatology*. 1997. 195(1): p.10-9.
13. Weber MB, Petry V, Weis L, Mazzoti NG, Cestari TF. Avaliação da Relação do Prurido e Níveis Séricos de IgE com a Gravidade do Quadro Clínico em pacientes com Dermatite Atópica. *An Bras Dermatol*. 2005; 80(3):245-8.
14. Sánchez-Pérez J, Daudén-Tello E, Mora AM, Surinyac NL. Impacto de la calidad de vida relacionada con la salud em población pediátrica y adulta española con dermatitis atópica. Estudio PSEDA. *Actas Dermosifiliogr*. 2013;104(1):44-52.
15. Camfferman D, Kennedy JD, Gold N, Martin AJ, Lushington K. Eczema and sleep and its relationship to daytime functioning in children. *Sleep Medicine Reviews* 14 (2010) 359–369.
16. Fontes Neto PTL, Weber MB, Fortes SD, Cestari TF, Escobar GF, Mazzoti N, et al. Avaliação dos Sintomas Emocionais e

Comportamentais em Crianças Portadoras de Dermatite Atópica. Rev Psiquitr RS. 2005; 27(3): 279-291.

17. Monti F, Agostini F, Gobbi F, Neri E, Schianchi S, Arcangeli F. Quality of Life Measures in Italian Children with Atopic Dermatitis and Their Families. Italian Journal of Pediatrics. 2011, 37:5.