

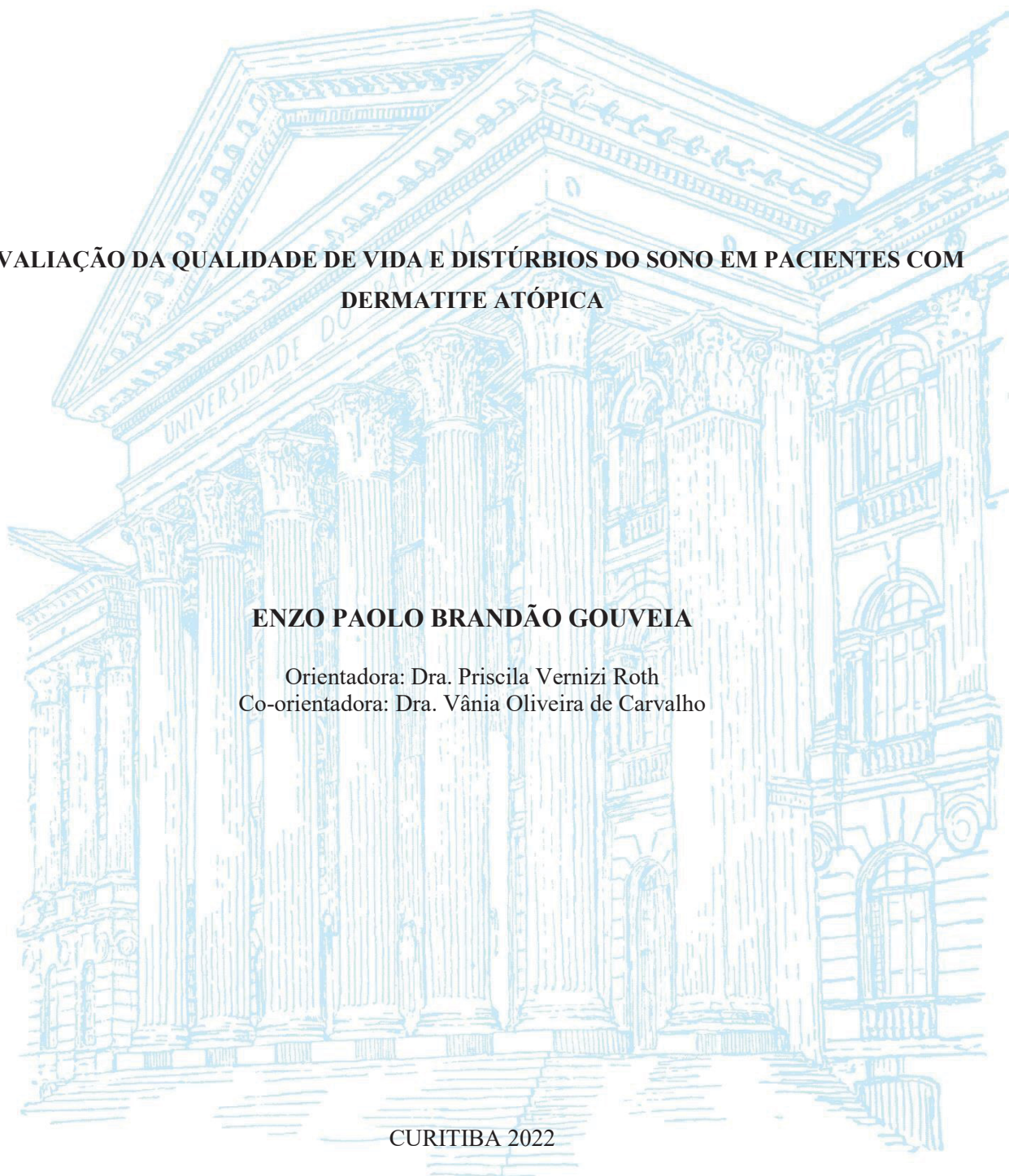
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E DISTÚRBIOS DO SONO EM PACIENTES COM
DERMATITE ATÓPICA**

ENZO PAOLO BRANDÃO GOUVEIA

Orientadora: Dra. Priscila Vernizi Roth
Co-orientadora: Dra. Vânia Oliveira de Carvalho

CURITIBA 2022



ENZO PAOLO BRANDÃO GOUVEIA

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E DISTÚRBIOS DO SONO EM PACIENTES COM
DERMATITE ATÓPICA

Artigo apresentado ao Programa de Especialização em Dermatologia Pediátrica do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências da saúde, como requisito para conclusão do curso.

Orientadora: Dra. Priscila Vernizi Roth

Co-orientadora: Dra. Vânia Oliveira de Carvalho

CURITIBA 2022

Artigo elaborado de acordo com os requisitos da **Revista Paulista de Pediatria**.

TÍTULO: Avaliação da Qualidade de vida e distúrbios do sono em pacientes com Dermatite Atópica – Estudo transversal

TITLE: Assessment Quality of life and sleep disorders in patients with Atopic Dermatitis – Cross-sectional study

AUTORES:

1- Enzo Paolo Brandão Gouveia

Departamento de Pediatria, Serviço de Dermatologia Pediátrica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná – UFPR – Curitiba – Brasil

2- Vânia Oliveira de Carvalho

Departamento de Pediatria, Serviço de Dermatologia Pediátrica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná – UFPR – Curitiba – Brasil

3- Priscila Vernizi Roth

Departamento de Pediatria, Serviço de Dermatologia Pediátrica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná – UFPR – Curitiba – Brasil

AUTOR CORRESPONDENTE: Enzo Paolo Brandão Gouveia. Endereço: Rua General Carneiro, 181, Alto da Glória, Curitiba, Paraná, Brasil, 80060900. Telefone: 3360-7892.

E-mail: enzo_gouveia@hotmail.com

PALAVRAS CHAVES: Dermatite Atópica. Qualidade de Vida. **Sleep Wake Disorders.**

Key word: Atopic Dermatitis. Quality of life. **Transtornos do Sono-Vigília**

NÚMERO TOTAL DE PALAVRAS: Texto: 2130 Resumo: 249

NÚMERO TOTAL DE FIGURAS: 4

NÚMERO TOTAL DE REFERÊNCIAS: 21

AGRADECIMENTOS: Agradecemos a Dra. Mônica pelo auxílio na análise estatística.

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE: Nada a declarar.

RESUMO

Introdução/Objetivos: A Dermatite Atópica (DA) é uma doença inflamatória cutânea crônica que impacta na Qualidade de Vida (QV) dos pacientes, levando a distúrbios do sono. O objetivo deste estudo foi avaliar a QV e a frequência de distúrbios do sono em crianças com DA, correlacionando à gravidade da doença e aos hábitos de vida na pandemia de COVID-19.

Métodos: Estudo transversal, analítico e prospectivo, que inclui pacientes com DA, com idade de 6 a 12 anos acompanhados em um hospital terciário. Foi aplicada a escala de distúrbios do sono em crianças (*Sleep Disturbance Scale for Children*), perguntas sobre higiene do sono e hábitos de vida. A gravidade da DA foi determinada pelo SCORAD (*Scoring of Atopic Dermatitis*). A QV foi estimada pelo questionário CDLQI (*Children's Dermatology Life Quality Index*). A avaliação foi entre outubro e dezembro de 2021.

Resultados: Constituíram a amostra 23 pacientes, 14 do sexo feminino (60,9%), com média de idade de $9,1 \pm 1,7$ anos. A DA foi moderada ou grave pelo SCORAD em 56,5% dos pacientes, com mediana de tempo de acompanhamento de 3 anos. Em 18 pacientes (78,3%) o impacto na QV foi fraco, em 4 (17,4%) moderado e em um (4,3%) forte. Seis pacientes (26,1%) apresentaram distúrbios do sono, sem associação com a gravidade da DA. Observou-se correlação positiva entre o SCORAD e a QV ($r > 0,69$).

Conclusão: A DA interferiu negativamente na QV dos pacientes e distúrbios do sono estiveram presentes em cerca de $\frac{1}{4}$ deles, independentemente da gravidade da DA.

INTRODUÇÃO

A Dermatite Atópica (DA) é uma doença inflamatória cutânea crônica, multifatorial, caracterizada por prurido, xerose e eczema. É frequente na infância, e o diagnóstico é baseado em critérios clínicos, como os definidos por Hanifin e Hajka.^{1,2}

Doenças dermatológicas impactam negativamente no estado emocional, nas relações sociais e nas atividades cotidianas, em função do estigma pela aparência das lesões.³ O prurido crônico é algumas vezes intratável, interfere na QV do paciente, e interfere no sono, afetando o comportamento diurno e a produtividade das crianças.⁴ Existe ainda o impacto social, emocional e financeiro sobre a família dos pacientes.⁵

Cerca de 60% dos pacientes atópicos apresentam distúrbios do sono,⁶ principalmente relacionados ao processo de adormecer e à interrupção do sono contínuo. Os distúrbios do sono são exacerbados nas crises de eczema, porém, estão relacionados a outros fatores além do prurido⁷. Como consequência, os distúrbios do sono aumentam o risco de alterações metabólicas e comportamentais, causando *déficits* de atenção, distúrbios do humor, aumento de peso e alterações do neurodesenvolvimento.^{8,9}

O objetivo deste estudo foi avaliar a QV e a frequência de distúrbios do sono em crianças com DA, correlacionando à gravidade da doença e aos hábitos de vida durante a pandemia de COVID-19.

MÉTODOS

Estudo transversal com coleta prospectiva de dados realizado em um hospital público universitário. Foram convidados a participar da pesquisa 31 pacientes com DA, selecionados entre janeiro e março de 2019, antes do início da pandemia de COVID 19. Destes, 23 compareceram à consulta ambulatorial de rotina no período de outubro à dezembro de 2021. Foram considerados como critérios de inclusão: a) Diagnóstico de dermatite atópica de acordo com os critérios de Hanifin e Rajka; b) idade entre 6 e 12 anos; c) que compareceram às consultas de rotina e d) que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Foram excluídos aqueles em uso de ansiolíticos ou com doenças crônicas, à exceção de rinite e asma leves.

Os participantes foram avaliados clinicamente para gravidade de DA utilizando os índices SCORAD (*Scoring of Atopic Dermatitis*) e EASI (*Eczema Area and Severity Index*). Responderam aos questionários validados: POEM (*Patient Oriented Eczema Measure*) e Escala de Distúrbios do Sono em Crianças (*Sleep Disturbance Scale for Children*). A QV foi avaliada por meio do questionário CDLQI (*Children's Dermatology Life Quality Index*). Responderam, ainda, a um Questionário de Hábitos de vida elaborado pelos pesquisadores.

O SCORAD avalia a gravidade da DA no momento da consulta, com pontuação que varia de 0 a 103 e estratificação em DA leve (de 0 a 25 pontos), moderada (26 a 50 pontos) e grave (maior que 50 pontos). O EASI avalia a extensão e gravidade das lesões em cada segmento corporal, no momento da avaliação, com pontuação máxima de 72 e a gravidade classificada em sem lesões (0), muito leve (0,1 – 1,0), leve (1,1 – 7,0), moderada (7,1 – 20), grave (21,1 – 50) e muito grave (50,1 – 72), sua diferença em relação ao SCORAD é que não inclui itens subjetivos. O POEM avalia gravidade da DA na opinião dos pais, na última semana, é composto por 7 itens: 1 - prurido; 2 - distúrbios de sono; 3- lesões com sangramento; 4 - lesões com secreção; 5 - presença de fissuras na pele; 6 - presença de descamação na pele; e 7 - pele seca ou áspera e os escores variam de 0 a 28, sendo pele limpa ou quase limpa (0-2), leve (3-7), moderado (8-16), grave (17-24), muito grave (25-28). A estratificação do resultado foi adaptada pelos pesquisadores em leve (pontuação ≤ 14) e moderado/grave (pontuação > 14).

O SDSC (*Sleep Disturbance Scale for Children*) avalia distúrbios do sono por meio de 6 fatores: a) Distúrbios do Início e da Manutenção do Sono (DIMS), considerado sem distúrbio até 21 pontos; b) Distúrbios Respiratórios do Sono (DRS) (> 6 pontos); c) Distúrbios do Despertar (DD) (> 11 pontos); d) Distúrbios de Transição do Sono-Vigília (DTSV) (> 23 pontos); e) Sonolência Excessiva Diurna (SED) (> 19 pontos); f) Hiperidrose do Sono (HS) (> 7 pontos).

O CDLQI (*Children's Dermatology Life Quality Index*) é composto de 10 questões sobre QV e os domínios avaliados incluem sintomas e sentimentos, impacto no lazer, alterações na rotina de escola e férias, relações pessoais, alteração no sono e dificuldade com o tratamento. O escore máximo é de 30 pontos e quanto mais elevado, maior o impacto na QV. A estratificação do resultado utilizada

pelos autores foi: sem impacto ou impacto leve (0-6 pontos), impacto moderado (7-12) e impacto forte na QV (13-30). Foi aplicado ainda, um questionário elaborado pelos autores para avaliar os hábitos do sono e características do ambiente de dormir.

As medidas de tendência central e de dispersão estão expressas em médias e desvio padrão (média + DP) para as variáveis contínuas de distribuição simétrica e em medianas e intervalo interquartilico para as de distribuição assimétrica.

A estimativa da diferença de variáveis contínuas de distribuição normal foi realizada por análise da variância one-way, com teste post-hoc de Duncan, enquanto, para variáveis de distribuição assimétrica, o teste não-paramétrico, teste de Mann-Whitney e Anova de Kruskal-Wallis com teste post-hoc de Mann-Whitney e para estimativa de diferença entre as variáveis categóricas foi realizada pelo teste de qui-quadrado de Pearson.

RESULTADOS

Constituíram a amostra do estudo 23 pacientes, sendo 14 do sexo feminino (60,9%) e 9 do sexo masculino (39,1%), com média de idade de $9,1 \pm 1,7$ anos, variando de 6,5 a 12,3 anos. As características da amostra estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Características da amostra

Características	n (%) /Média + DP/Mediana (IIQ)
Sexo	
Feminino	14 (60,9%)
Masculino	9 (39,1%)
Idade (anos)	$9,1 \pm 1,7$
Cuidador principal mãe	20 (86,9%)
Grau instrução mãe	
Ausente	1 (4,3%)
Fundamental	2 (8,7%)
Médio	15 (65,2%)
Superior	5 (21,7%)
Grau instrução pai	
Ausente	3 (13,0%)
Fundamental	4 (17,4%)
Médio	8 (34,8%)
Superior	8 (34,8%)
Renda familiar (R\$)	2.000,00 (2000-4000)
Renda familiar per capita(R\$)	666,66 (500,00-1000,00)

Pelo SCORAD 56,5% dos pacientes apresentava DA moderada ou grave, com tempo de acompanhamento, em mediana, de 3 anos (Tabela 2).

Tabela 2 – Características da dermatite atópica

Características	Mediana (IIQ)/n (%)
SCORAD	27,9 (14,7-48,0)
Leve	10 (43,5%)
Moderado	8 (34,8%)
Grave	5 (21,7%)
EASI	2,2 (1-4,2)
Sem lesões	3 (13,0%)
Muito leve	2 (8,7%)
Leve	14 (61,0%)
Moderado	3 (13,0%)
Grave	1 (4,3%)
POEM	8,0 (5-18)
Leve	17 (73,9%)
Moderado/Grave	6 (26,1%)
Tempo de acompanhamento (anos)	3 (1,7-2,8)
Doenças associadas	12 (52,2%)
Asma brônquica	7 (30,4%)
Rinite alérgica	12 (52,2%)
Hipertrofia de adenoides	0 (0,0%)
Uso de medicamentos	
Anti-histamínicos	12 (52,2%)
Metotrexato	1 (4,3%)
Ciclosporina	0 (0,0%)
Corticoide oral	0 (0,0%)
Corticoide tópico	13 (56,5%)
Corticoide inalatório	0 (0,0%)
Corticoide nasal	3 (13,0%)
Tacrolimus	2 (8,7%)
Hidratante	23 (100,0%)
Outro	1 (4,3%)

DA: Dermatite atópica SCORAD: *Scoring Atopic Dermatitis* EASI: *Eczema Area and Severity Index* POEM: *Patient Oriented Eczema Measure*

Na Tabela 3 estão apresentados os hábitos de sono e características do ambiente de dormir.

Tabela 3 – Hábitos do sono e características do ambiente de dormir

Hábitos e Características	Mediana (IIQ)/n (%)
Número de cômodos na residência	6 (5-7)
Quantas pessoas dormem no quarto	2 (1-2)
Dorme sozinho na cama	17 (73,9%)
Horário que vai dormir	
Até 22h	20 (86,9%)
Após 22h	3 (13,1%)
Usa celular antes de dormir	15 (65,2%)

Usa computador antes de dormir	1 (4,3%)
Assiste televisão antes de dormir	17 (73,9%)
Joga videogame antes de dormir	2 (8,7%)
Outras atividades antes de dormir	7 (30,4%)
Intervalo o banho e hora de dormir	
até 3 horas	17 (73,9%)
> 3 horas	6 (26,1%)
Hora do jantar	
19:00h	3 (13,0%)
19:30h	7 (30,5%)
20:00h	2 (8,7%)
20:30h	11 (47,8%)
Dorme durante o dia	3 (13,0%)
Hora que acorda	8:00 (6:30-9:50)
Usa luz artificial à noite	9 (39,1%)
Temperatura do quarto agradável	15 (65,2%)
Quarto silencioso	22 (95,6%)
Ingere líquido antes de dormir	10 (43,5%)
Ingere alimentos gordurosos antes de dormir	2 (8,7%)
Estresse físico ou emocional atual	5 (21,7%)

Seis pacientes (26,1%) apresentaram distúrbios do sono, sem associação significativa com a gravidade da DA (Tabela 4).

Tabela 4 – Distúrbios do sono pelo escore *Sleep Disturbance Scale for Children* (SDSC) de acordo com a gravidade da dermatite atópica pelo *Scoring Atopic Dermatitis* (SCORAD)

Fatores	n (%)	SCORAD			P
		Leve (n = 10)	Moderado (n = 8)	Grave (n = 5)	
Distúrbio do sono	6 (26,1%)	3	2	1	0,91
DIMS	1 (4,3%)	0	1	0	
DRS	4 (17,4%)	1	2	1	0,62
DD	0 (0,0%)	0	0	0	1,00
DTSV	0 (0,0%)	0	0	0	1,00
SED	0 (0,0%)	0	0	0	1,00
HS	3 (13,0%)	2	1	0	0,41

Teste qui-quadrado de Pearson SCORAD: *Scoring Atopic Dermatitis* DIMS: Distúrbio do início e manutenção do sono DRS: Distúrbio respiratório do sono DD: Distúrbio do despertar DTSV: Distúrbio da transição sono-vigília SED: Distúrbio da sonolência excessiva diurna HS: Hiperidrose do sono.

O mesmo resultado foi observado quando considerado o POEM (Tabela 5).

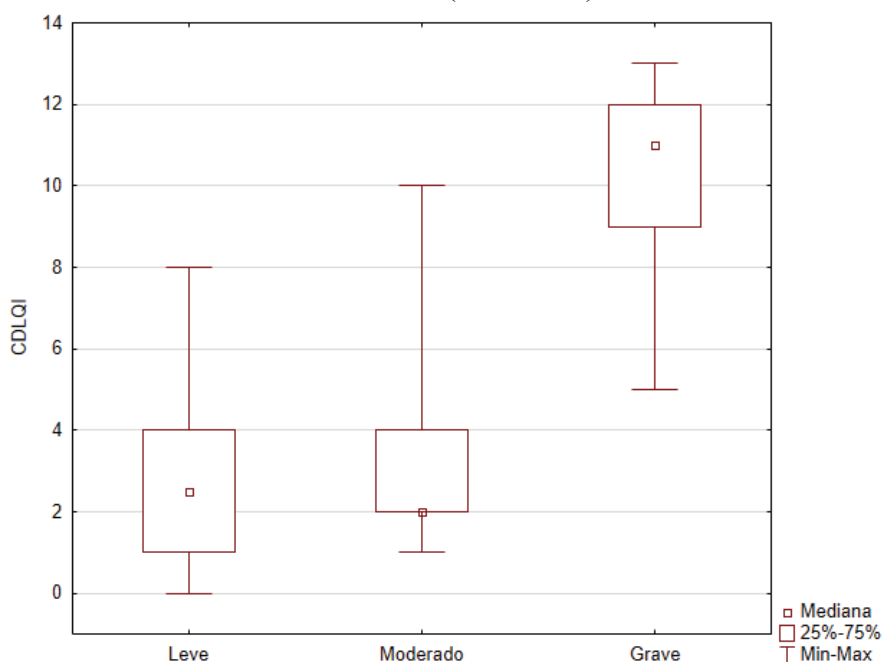
Tabela 5 – Distúrbios do sono pelo escore *Sleep Disturbance Scale for Children* (SDSC) de acordo com a gravidade da dermatite atópica pelo POEM

Fatores	n (%)	POEM		
		Leve (n = 17)	Moderado/ grave (n = 6)	p
Distúrbio do sono	6 (26,1%)	4	2	0,63
DIMS	1 (4,3%)	0	1	0,26
DRS	4 (17,4%)	2	2	0,27
DD	0 (0,0%)	0	0	1,00
DTSV	0 (0,0%)	0	0	1,00
SED	0 (0,0%)	0	0	1,00
HS	3 (13,0%)	2	1	1,00

Teste qui-quadrado de Pearson SCORAD: *Scoring Atopic Dermatitis* DIMS: Distúrbio do início e manutenção do sono DRS: Distúrbio respiratório do sono DD: Distúrbio do despertar DTSV: Distúrbio da transição sono-vigília SED: Distúrbio da sonolência excessiva diurna HS: Hiperidrose do sono

Na análise do escore de QV *Children's Dermatology Life Quality Index* (CLDQI) observou-se menores escores para os pacientes com DA leve e moderada de acordo com o SCORAD ($p < 0,001$) (Gráfico 1).

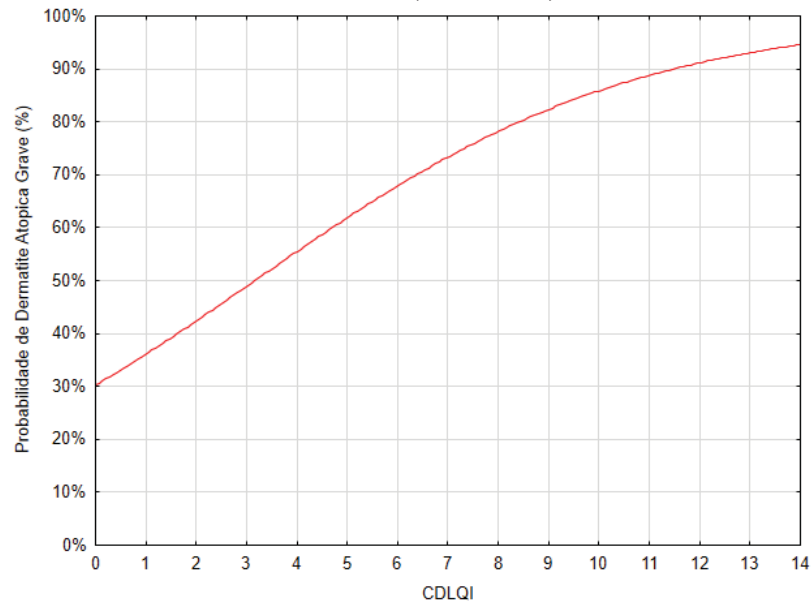
Gráfico 1 – Medianas do escore de qualidade de vida *Children's Dermatology Life Quality Index* (CLDQI) de acordo com o *Scoring Atopic Dermatitis* (SCORAD)



Anova de Kruskal-Wallis, teste post-hoc de Mann-Whitney
 Leve e Moderado < Grave ($p < 0,001$)
 CLDQI: *Children's Dermatology Life Quality Index*

Observou-se correlação positiva moderada entre o escore SCORAD e o escore de QV *Children's Dermatology Life Quality Index* (CLDQI) ($r > 0,69$) (Gráfico 2).

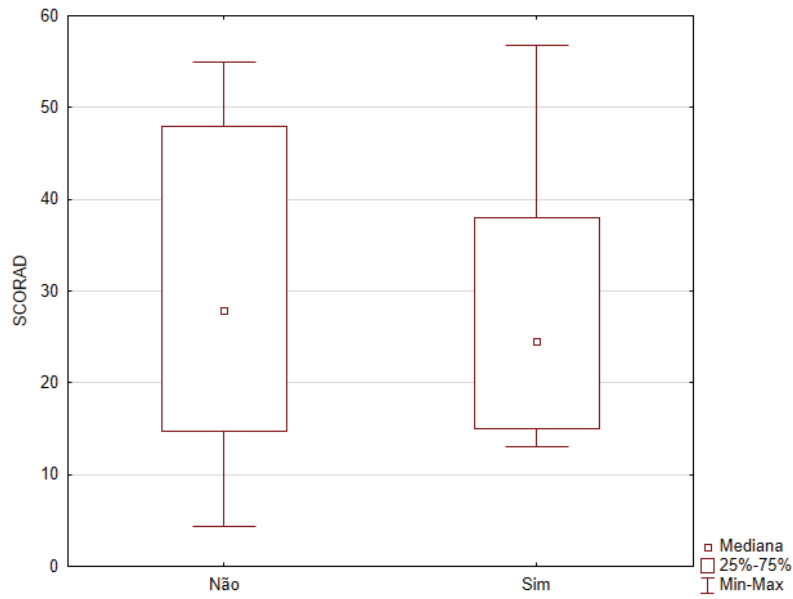
Gráfico 2 – Medianas do escore de qualidade de vida *Children's Dermatology Life Quality Index* (CLDQI) de acordo com o *Scoring Atopic Dermatitis* (SCORAD)



Regressão logística univariada: $p=0,04$ CDLQI: *Children's Dermatology Life Quality Index*

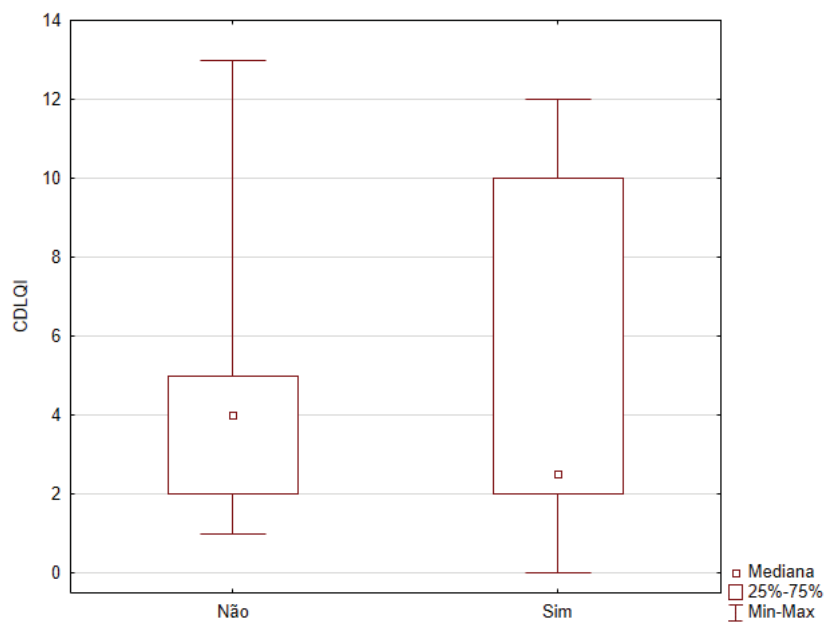
Na análise comparativa dos seis casos com distúrbio do sono com os 17 casos sem distúrbio do sono, não se observou diferença significativa entre as pontuações dos escores de gravidade da DA ou de qualidade de vida ($p > 0,05$, Gráficos 3 e 4).

Gráfico 3 – Medianas do *Scoring Atopic Dermatitis* (SCORAD) de acordo com a presença ou não de distúrbio do sono



Teste de Mann-Whitney: $p = 0,91$

Gráfico 4 – Medianas do CDLQI de acordo com a presença ou não de distúrbio do sono



Teste de Mann-Whitney: $p = 0,88$

Em 18 casos o impacto sobre a qualidade de vida foi fraco (78,3%), em 4 casos moderado (17,4%) e em um caso forte (4,3%). As principais questões com respostas muito ou muitíssimo foram a questão nº 1, relacionada ao prurido, questão nº 4, relacionada à mudança na maneira de se vestir por causa da pele, com maior impacto na qualidade de vida e questão nº 11, relacionado aos problemas enfrentados com o tratamento (Tabelas 6 e 7).

Tabela 6 – Impacto na qualidade de vida conforme a gravidade pelo SCORAD

Impacto na qualidade de vida	SCORAD		
	Leve	Moderado	Grave
Fraco	10 (55,6%)	7 (38,9%)	1 (5,6%)
Moderado	0 (0,0%)	1 (25,0%)	3 (75,0%)
Forte	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (100,0%)

NOTA: Teste qui-quadrado de Pearson: $p < 0,001$

Tabela 7 – Questões e percentual de respostas do CDLQI

CDLQI		
Perguntas	Respostas	Total
1. Sua pele apresentou coceira, sensibilidade ou dor?	Não	3 (13,0%)
	Pouco	12 (52,2%)
	Muito	7 (30,4%)
	Muitíssimo	1 (4,3%)
2. Sentiu-se constrangido, inibido, triste por causa da sua pele?	Não	16 (69,6%)
	Pouco	4 (17,4%)
	Muito	2 (8,7%)
	Muitíssimo	1 (4,3%)
3. Sua pele tem afetado suas amizades?	Não	17 (73,9%)
	Pouco	5 (21,7%)
	Muito	1 (4,3%)
	Muitíssimo	0 (0,0%)
4. Mudou sua maneira de se vestir por causa da pele?	Não	11 (47,8%)
	Pouco	4 (17,4%)
	Muito	7 (30,4%)
	Muitíssimo	1 (4,3%)
5. Sua pele tem atrapalhado suas atividades de lazer?	Não	18 (78,3%)
	Pouco	4 (17,4%)
	Muito	0 (0,0%)
	Muitíssimo	1 (4,3%)
6. Você evitou nadar ou praticar esportes por causa da pele?	Não	21 (91,3%)
	Pouco	1 (4,3%)
	Muito	0 (0,0%)
	Muitíssimo	1 (4,3%)
7. Período escolar: quanto seu problema de pele interferiu nas atividades escolares? (n = 19)	Não	16 (84,2%)
	Pouco	1 (5,3%)
	Muito	1 (5,3%)
	Muitíssimo	1 (5,3%)
8. Quanto seu problema de pele interferiu no aproveitamento de suas férias? (n = 4)	Não	3
	Pouco	1
	Muito	0
	Muitíssimo	0
9. Você teve problemas com pessoas de caçoando, intimidando, ou evitando você?	Não	18 (78,3%)
	Pouco	4 (17,4%)
	Muito	0 (0,0%)
	Muitíssimo	1 (4,3%)
10. Seu sono foi afetado por causa de seu problema de pele?	Não	14 (60,9%)
	Pouco	4 (17,4%)
	Muito	4 (17,4%)
	Muitíssimo	1 (4,3%)
11. Seu tratamento de pele foi problemático?	Não	9 (39,1%)
	Pouco	8 (34,8%)
	Muito	2 (8,7%)
	Muitíssimo	4 (17,4%)

DISCUSSÃO

A Dermatite Atópica é a condição inflamatória crônica da pele mais prevalente em todo o mundo. Conviver com a dermatite atópica é difícil para crianças e adultos, e também há impacto negativo na vida dos familiares. É importante medir esse impacto para informar as decisões clínicas e planejar o suporte adequado ao paciente. O impacto da DA em crianças pode ser medido por meio de diversos questionários de QV e os mais utilizados são o *Children's Dermatology Quality of Life* (CDLQI) e o *Infants Dermatology Quality of Life*.¹⁰

Na presente pesquisa, a maioria dos pacientes teve impacto fraco na QV (78,3%), em quatro casos o efeito foi moderado (17,4%) e um paciente teve efeito forte. Dos cinco pacientes (21,7%) classificados com impacto moderado ou forte na QV, quatro apresentaram escore SCORAD classificado como grave, apontando assim para a associação entre a gravidade da doença e a pior QV, o que vai de encontro aos dados da literatura.¹¹⁻¹² Os aspectos mais envolvidos no impacto sobre a QV nestes pacientes estiveram relacionados ao prurido, modificação na maneira de se vestir por causa da pele e dificuldades para o tratamento da doença. Uma pesquisa realizada em Porto Alegre (RS) com 118 pacientes (5-16 anos), demonstrou que os pacientes com DA (42,3%) e psoríase (21,3%) apresentaram escores estatisticamente maiores do que o grupo com vitiligo (36,4%) nas questões relacionadas à presença de sintomas, mudanças nos hábitos de se vestir e distúrbios do sono.¹³ O prurido é o principal sintoma da DA, considerado critério diagnóstico da doença, e afeta a QV desses pacientes.

O impacto negativo da DA sobre a vida das crianças, especialmente naquelas com doença grave, chama a atenção para o efeito a longo prazo, no comportamento e desenvolvimento infantil. Diante disso, esses resultados aventam a possibilidade de empregar o CDLQI como uma medida extra de avaliação da doença na prática clínica, já que a abordagem multidisciplinar, com atenção à QV dos pacientes, aumenta a adesão das crianças e dos pais ao tratamento, favorecendo melhora clínica mais rápida, com diminuição das agudizações.

Houve predominância do sexo feminino (60,9%), semelhante a outros estudos.¹⁴ No entanto, existem estudos que mostram maior percentual no sexo masculino.¹⁵ Os dados do presente estudo

mostram uma associação significativa (52,2% dos pacientes) com rinite alérgica e asma, caracterizando a tendência que o indivíduo é geneticamente predisposto a desenvolver outras doenças atópicas.¹

No presente estudo a mediana da renda per capita foi de 666 reais, o que é próximo ao considerado renda baixa pelo IBGE (metade do salário mínimo, valor atual R\$ 1212,00) e pode ser explicado por ser um hospital de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Isto implica em dificuldade na aquisição dos medicamentos indicados (muitas vezes não disponíveis no SUS), e soma-se a isto o fato de 56,5% dos pacientes apresentarem DA moderada ou grave com maior impacto nos custos para tratamento da doença. Este fato indica necessidade de incluir o assistente social nas equipes multidisciplinares, além de indicar necessidade urgente de implantação de políticas públicas para facilitar o acesso ao tratamento.

A maioria dos cuidadores era composta por mães (86,9%). Um estudo australiano avaliou o impacto nas famílias de cuidadores de crianças com DA e demonstrou que cuidar de uma criança com DA moderada ou grave foi significativamente mais estressante que cuidar de uma criança com diabetes mellitus tipo 1.¹⁶

O hidratante foi o medicamento mais usado (100% dos pacientes), visto que a xerose é frequente na DA, sendo inclusive um critério diagnóstico. Nesse sentido, os hidratantes fazem parte do tratamento do atópico no combate à xerose podendo ainda ter efeito sobre o prurido e a dor.²

Camfferman e colaboradores em revisão de literatura com 41 estudos sobre relação de sono e DA, relataram que mais de 60% das crianças com DA apresentam perturbações do sono, podendo chegar a 83% nos períodos de exacerbação da doença.¹⁷ Os distúrbios do sono podem acarretar alterações da função neurocognitiva, estando relacionados a problemas comportamentais como déficit de atenção e hiperatividade, diminuição do rendimento escolar, além de baixa estatura, obesidade, hipertensão e alteração na imunidade.¹⁸ Esses distúrbios são tão frequentes nas crianças afetadas pela DA que constam em perguntas nos escores de classificação de gravidade do eczema, como o SCORAD e POEM.

De acordo com a avaliação do questionário SDSC, observou-se que os distúrbios do sono ocorreram em seis pacientes (26,1%) do presente estudo. Os principais foram distúrbio respiratório

do sono (DRS) e hiperidrose do sono (HS), não havendo associação significativa com a gravidade da DA. Camfferman et al avaliaram 77 crianças com DA e as compararam a 30 controles, sendo que 70,7% e 56% apresentaram distúrbios do sono respectivamente e o distúrbio mais prevalente em crianças com DA foi DIMS em 70,9% dos casos.¹⁹ Em um estudo de coorte longitudinal, Ramirez et al avaliaram 13.988 crianças cadastradas em base de dados do Reino Unido. As 4938 (35,3%) crianças com DA apresentaram pior qualidade do sono ao longo da infância, essa associação foi maior em crianças com doença mais grave, mas permaneceu estatisticamente significativa mesmo para aquelas com doença inativa e leve²⁰ dado semelhante ao do presente estudo. Em uma pesquisa transversal realizada nos EUA por Fishbein e colaboradores, avaliaram 180 pacientes de 5 a 17 anos com DA, os distúrbios do sono ocorreram em 66,9%, sendo intensidade do prurido e baixa renda os principais preditores,²¹ fatores também observados no presente estudo.

Dos seis pacientes que relataram distúrbios do sono, 5 apresentavam rinite associada. Crianças com DA e outras comorbidades associadas, tais como asma e rinite alérgica, apresentam prejuízo significativo na qualidade do sono, como demonstrado no estudo de Ramirez et al.²⁰

Embora a maior parte da amostra tenha apresentado efeito fraco na QV, observa-se que a DA interfere negativamente na QV dos pacientes, com os piores índices relacionados à maior gravidade da doença. Os distúrbios do sono estiveram presentes em cerca de ¼ dos participantes, sem associação significativa com a gravidade da DA, demonstrando que mesmo os pacientes com DA controlada podem apresentar distúrbios do sono.

Diagnóstico precoce e o manejo dos distúrbios do sono em crianças com DA, são fundamentais para prevenir prejuízos na QV, fadiga diurna, bem como distúrbios comportamentais e de humor. No presente estudo, o pequeno tamanho da amostra foi uma limitação, no entanto, existem poucos estudos que avaliaram o sono por meio de um questionário especificamente desenhado para este fim. Acredita-se que mais pesquisas sobre QV e distúrbios do sono em pacientes com DA, permitiriam o estabelecimento de abordagens multidisciplinares, melhor adesão ao tratamento e controle da doença.

REFERÊNCIAS

1. Avena-Woods C. Overview of atopic dermatitis. *Am J Manag Care* 2017;23(8 Suppl): S115-S123.
2. Eichenfield LF, Tom WL, Chamlin SL, Feldman SR, Hanifin JM, Simpson EL, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol*. 2014;70:338–51.
3. Slattery MJ, Essex MJ, Paletz EM, Vanness ER, Infante M, Rogers GM, et al. Depression, anxiety, and dermatologic quality of life in adolescents with atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol*. 2011;128:668-71.
4. Grundmann S, Ständer S. Chronic pruritus: clinics and treatment. *Ann Dermatol*. 2011;23:1-11.
5. Hong S, Son DK, Lim WR, Kim SH, Kim H, Yum HY, et al. The prevalence of atopic dermatitis, asthma, and allergic rhinitis and the comorbidity of allergic diseases in children. *Environ Health Toxicol*. 2012;27:1-8.
6. Dogan DG, Canaloglu SK, Kivilcim M, Kum YE, Topal E, Catal F. Sleep patterns of young children with newly diagnosed atopic dermatitis. *Postepy Dermatol Alergol*. 2017;34:143–7.
7. Chang Y sen, Chiang BL. Sleep disorders and atopic dermatitis: A 2-way street? *Allergy Clin Immunol*. 2018;142:1033-1040.
8. Halal CSE, Nunes ML. Sleep and weight-height development. *J Pediatr (Rio J)*. 2019;95:2-9.
9. Ehsan Z, Ishman SL, Kimball TR, Zhang N, Zou Y, Amin RS. Longitudinal

cardiovascular outcomes of sleep disordered breathing in children: A metanalysis and systematic review. *Sleep*. 2017;40:zsx015.

10. Ali F, Vyas J, Finlay AY. Counting the Burden: Atopic Dermatitis and Health-related Quality of Life. *Acta Derm Venereol*. 2020;100(12):adv00161.
11. Santos P, Dias G, Junior SC, Cerqueira AM. Qualidade de vida em crianças e adolescentes com dermatite atópica e seus cuidadores. *Rev Port Imunoalergologia* 2021; 29 (1): 39-48
12. Sur M, Boca AN, Ilies RF, Floca E, Tataru A, Sur L. Correlation between quality of life and disease severity of pediatric patients with atopic dermatitis. *Exp Ther Med*. 2020;20(6):189.
13. Manzoni AP, Pereira RL, Townsend RZ, Weber MB, Nagatomi AR, Cestari TF. Assessment of the quality of life of pediatric patients with the major chronic childhood skin diseases. *An Bras Dermatol*. 2012;87:361-8.
14. Amaral CSF, March MFBP, Sant'Anna CC. Quality of life in children and teenagers with atopic dermatitis. *An Bras Dermatol*. 2012;87(5):717-23
15. Hon KL, Leung TF, Wong KY, Chow CM, Chuh A, Ng PC. Does age or gender influence quality of life in children with atopic dermatitis? *Clin Exp Dermatol*. 2008;33:705-9
16. Su JC, Kemp AS, Varigos GA, Nalam TP. Atopic eczema: its impact on the family and financial cost. *Arch Dis Child* 1997;76:159-62
17. Camfferman D, Kennedy JD, Gold M, Martin AJ, Lushington K. Eczema and sleep and its relationship to daytime functioning in children. *Sleep Medicine Reviews*. 2010; (14): 359-369.
18. Wichniak A, Wierzbicka A, Walecka M, Jernajczyk W. Effects of Antidepressants on Sleep. *Curr Psychiatry Rep*. 2017; 19 (9):63.
19. Camfferman D, Kennedy JD, Gold M, Martin AJ, Winwood P, Lushington K. Eczema,

sleep, and behavior in children. *J Clin Sleep Med.* 2010; 15;6:581-8.

20. Ramirez FD, Chen S, Langan SM, et al. Association of Atopic Dermatitis With Sleep Quality in Children. *JAMA Pediatr.* 2019;173(5): e190025.

21. Anna B. Fishbein, MD, MS, Brian T. Cheng et.al. Sleep disturbance in school-aged children with atopic dermatitis: prevalence and severity in a cross-sectional sample. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2021; 9:3120-29.