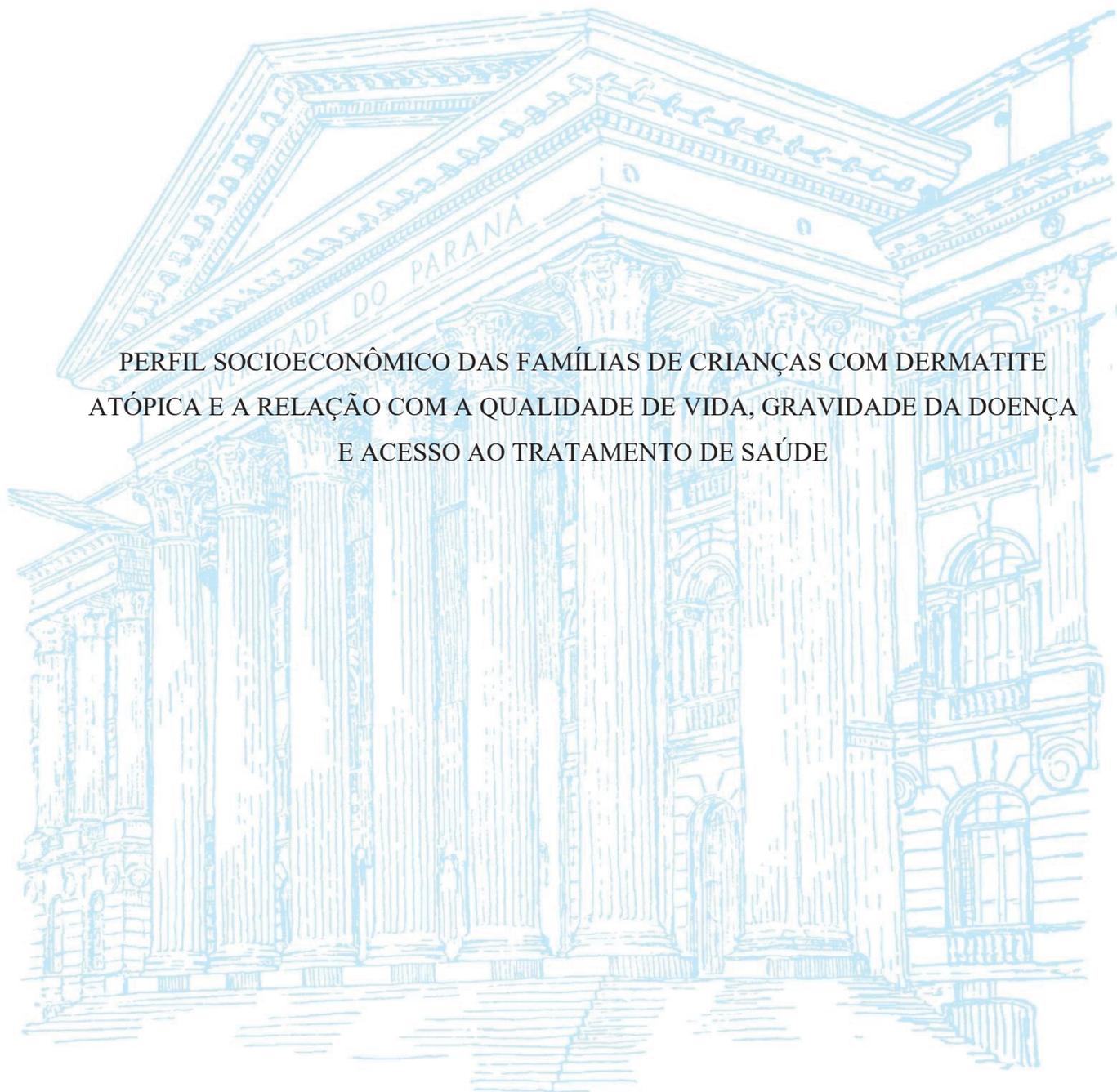


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

SOLANGE GEZIELLE DOS SANTOS CONING

PERFIL SOCIOECONÔMICO DAS FAMÍLIAS DE CRIANÇAS COM DERMATITE  
ATÓPICA E A RELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA, GRAVIDADE DA DOENÇA  
E ACESSO AO TRATAMENTO DE SAÚDE



CURITIBA

2025

SOLANGE GEZIELLE DOS SANTOS CONING

PERFIL SOCIOECONÔMICO DAS FAMÍLIAS DE CRIANÇAS COM DERMATITE  
ATÓPICA E A RELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA, GRAVIDADE DA DOENÇA  
E ACESSO AO TRATAMENTO DE SAÚDE

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestra em Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vânia Oliveira de Carvalho

Coorientador: Prof. Dr. Jayson Azevedo Marsella de Almeida Pedrosa Vaz Guimarães

CURITIBA

2025

C751

Coning, Solange Gezielle dos Santos

Perfil socioeconômico das famílias de crianças com dermatite atópica e a relação com a qualidade de vida, gravidade da doença e acesso ao tratamento de saúde [recurso eletrônico] / Solange Gezielle dos Santos Coning. – Curitiba, 2025.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação Saúde da Criança e do Adolescente, 2025.

Orientadora: Vânia Oliveira de Carvalho – Coorientador: Jayson Azevedo Marsella de Almeida Pedrosa Vaz Guimarães.

Bibliografia: p. 52-53.

1. Dermatite atópica – prevenção & controle. 2. Dermatite atópica – terapia. 3. Dermatite atópica – economia. 4. Perfil de impacto da doença. 5. Classe social. 6. Gravidade do paciente. 7. Acessibilidade aos serviços de saúde. 8. Ambulatório hospitalar. 9. Saúde da Criança. 10. Qualidade de vida. 11. Estudo observacional. 12. Coleta de dados. 13. Inquéritos e questionários. I. Universidade Federal do Paraná. II. Carvalho, Vânia Oliveira de. III. Guimarães, Jayson Azevedo Marsella de Almeida Pedrosa Vaz. IV. Título.

NLMC: WS 265

Catálogo na fonte elaborada pelo Sistema de Bibliotecas da UFPR, Biblioteca de Ciências da Saúde – SD, com os dados fornecidos pelo autor.

Bibliotecário: Francisco José Cordeiro CRB9/1734.

## TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **SOLANGE GEZIELLE DOS SANTOS CONING**, intitulada: **PERFIL SOCIOECONÔMICO DAS FAMÍLIAS DAS CRIANÇAS COM DERMATITE ATÓPICA E A RELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA, GRAVIDADE DA DOENÇA E ACESSO AO TRATAMENTO DE SAÚDE**;, sob orientação da Profa. Dra. VÂNIA OLIVEIRA DE CARVALHO, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestra está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 19 de Maio de 2025.

Assinatura Eletrônica

19/05/2025 19:10:40.0

VÂNIA OLIVEIRA DE CARVALHO  
Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

24/05/2025 08:17:56.0

SOLANGE FERNANDES

Avaliador Externo (PONTIFICA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO  
PARANA)

Assinatura Eletrônica

19/05/2025 20:51:52.0

ANDRÉ LUIS SANTOS DO CARMO

Avaliador Externo (COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS)

Assinatura Eletrônica

21/05/2025 08:53:04.0

JAYSON AZEVEDO MARSELLA DE ALMEIDA PEDROSA VAZ  
GUIMARÃES  
Coorientador(a)

Assinatura Eletrônica

20/05/2025 00:24:23.0

HERBERTO JOSÉ CHONG NETO

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Dedico este estudo às crianças e adolescentes com dermatite atópica que, junto com suas famílias, enfrentam cotidianamente, “à flor da pele”, os reveses sociais, emocionais e de saúde, que “saltam aos olhos” das pessoas.

## AGRADECIMENTOS

A vida é, de fato, um presente que reflete tudo o que vivemos e construímos ao longo do tempo. Ao voltar meu olhar para aquela jovem cheia de sonhos e com o firme propósito de estudar e se tornar uma profissional competente e qualificada, percebo que estou trilhando o caminho certo. O mestrado representa uma parte essencial dessa busca incessante por aprendizado e contribuição para a construção do conhecimento científico, com o objetivo de gerar impacto positivo na vida dos usuários do Sistema Único de Saúde.

Durante essa trajetória, tive a oportunidade e a satisfação de contar com pessoas especiais e fundamentais, às quais expressei meus mais sinceros agradecimentos.

À Professora Dr.<sup>a</sup> Vânia Oliveira de Carvalho, minha gratidão por sua generosidade desde o primeiro momento em que conversamos sobre a possibilidade de desenvolver um projeto de pesquisa voltado para essa temática. Obrigada pelo tempo dedicado aos estudos, pelo incentivo, pelo apoio e por estar presente em cada detalhe da pesquisa e da dissertação. Sua orientação, suas observações, reflexões e ensinamentos foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho. Além disso, agradeço por sua valiosa contribuição como médica de referência na medicina especializada e na pesquisa científica voltada à saúde da criança e do adolescente.

À minha amiga e colega de trabalho no contexto hospitalar, Momyka Brito Lima dos Santos, minha eterna gratidão por sua generosidade em disponibilizar seu tempo e energia para me orientar e contribuir para a conclusão deste estudo. Sua ajuda foi de imenso valor.

Ao meu querido colega e amigo Iuri Camargo Nunes, por seu interesse e participação no projeto de pesquisa, auxiliando na coleta de dados e contribuindo em cada fase do trabalho. Sou profundamente grata por sua companhia, especialmente nos momentos difíceis, quando o cansaço e as adversidades pareciam insistir em permanecer.

Ao Professor Dr. Jayson Azevedo Marsella de Almeida Pedrosa Vaz Guimarães, agradeço a orientação e contribuições que foram essenciais na elaboração do projeto de pesquisa e da dissertação. Seus ensinamentos e reflexões foram fundamentais para a conclusão deste trabalho.

Ao meu marido e companheiro de vida, Fábio José Coning, meu mais profundo agradecimento pelo amor infinito, paciência e, acima de tudo, pelo apoio e incentivo incansáveis desde o processo seletivo para o mestrado até a construção da dissertação. Aos meus filhos amados, Fernando Santos Coning e Felipe Santos Coning, obrigada pela compreensão, pelo carinho e pelas palavras sempre positivas ao longo dessa jornada.

Aos meus pais, Manoel dos Santos e Delma Salete dos Santos, e à minha irmã, Veridiana dos Santos Tenute, sou eternamente grata pelo amor incondicional e pelo incentivo carinhoso nos momentos de desânimo. Minha gratidão especial à minha mãe, por cada palavra de apoio e por suas orações, que me fortaleceram para seguir em frente com meus estudos.

Agradeço à coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal do Paraná, especialmente à Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Debora Carla Chong e Silva, pelo acolhimento, comprometimento, disponibilidade e dedicação aos discentes do curso.

Às minhas queridas colegas de turma, Rafaela Muratori, Renata Corbetta Tavares, Emilly Freitas de Souza e Cláudia M. Souza, obrigada pela parceria, pelos aprendizados compartilhados, pelos encontros e pela amizade. Vocês aquecem meu coração!

Um agradecimento especial à secretária do SAM2, Patrícia Stephani Ferreira, por toda a atenção, apoio e auxílio na organização e localização das famílias elegíveis para a pesquisa nos dias de coleta de dados no ambulatório.

Sou imensamente grata a toda a equipe médica e aos residentes da Dermatologia Pediátrica que estiveram ao meu lado nos dias de coleta de dados. O apoio, a ajuda e o incentivo foram fundamentais para a conclusão desse processo.

À Dr.<sup>a</sup> Valéria Cabral Neves, minha profunda admiração e agradecimento por ser essa profissional e professora incrível. Obrigada por acreditar em mim, me apoiar e ser minha maior incentivadora para buscar a qualificação acadêmica *stricto sensu*.

E, por fim, minha eterna gratidão às crianças e suas famílias que participaram da pesquisa. Vocês foram minha inspiração diária para a construção deste estudo.

Ninguém vê  
O que vejo  
Faz  
O que eu faço  
Sente  
O que sinto  
Porque eu  
Sou eu  
De pedaço  
Em pedaço.  
Ninguém veste  
A pele que visto  
Por isso  
Eu sou eu  
E apenas eu  
Desde que existo.

(Sérgio Capparelli, 2021, 68.)

## RESUMO

**Introdução:** A dermatite atópica é uma doença inflamatória cutânea, caracterizada por lesões eczematosas recorrentes e crônicas, cujo prurido é o principal sintoma. A prevalência de dermatite atópica aumentou nas últimas décadas, tornando-se um problema de saúde global. O atendimento especializado ofertado às crianças com essa dermatose requer a atuação de uma equipe multiprofissional especializada e o acesso ao tratamento indicado para o controle da doença e a melhoria da qualidade de vida. **Objetivo:** Descrever o perfil socioeconômico das famílias de crianças com dermatite atópica e investigar como esses fatores influenciam na qualidade de vida, na gravidade da doença e no acesso ao tratamento de saúde. **Método:** Trata-se de um estudo observacional, analítico e transversal, com coleta prospectiva de dados, realizado no ambulatório de Dermatologia Pediátrica de um hospital universitário. A amostra incluiu 99 crianças com dermatite atópica e seus cuidadores. A classe socioeconômica foi determinada pelo Critério de Classificação Econômica Brasil. A gravidade da doença foi avaliada pelo *Scoring of Atopic Dermatitis* e classificada como leve (pontuação < 25), moderada ( $\geq 25$  a  $\leq 50$ ) e grave ( $> 50$ ). A qualidade de vida foi avaliada por meio dos questionários *Infants Dermatitis Quality of Life Index*, *Children's Dermatology Life Quality Index* e *Dermatitis Family Impact Questionnaire*. Dados epidemiológicos, financeiros e de acesso ao tratamento foram obtidos pelo Roteiro de Entrevista Estruturada Complementar, elaborado pela pesquisadora. Foram utilizadas correlações de Spearman e o teste Anova de Kruskal-Wallis. O nível de significância adotado foi de 5%. **Resultados:** Nas 99 famílias avaliadas, as classes socioeconômicas C1 e B2 foram as mais frequentes, com 47 (47,6%) e 29 (29,3%) participantes, respectivamente. A dermatite atópica leve foi a mais prevalente (54,5%), seguida pela moderada (32,3%) e pela grave (13,1%) e o sexo masculino teve mais dermatite atópica grave. Não foi observada associação entre renda familiar e gravidade da dermatite atópica, porém os custos com o tratamento foram maiores nos pacientes com formas moderadas e graves da doença. A renda mensal familiar mediana foi de R\$ 2.500,00, e a principal fonte de aquisição da medicação foi a farmácia comercial (97%), indicando que os participantes utilizaram recursos próprios para adquirir medicamentos e hidratantes para o tratamento da dermatite atópica. O gasto mensal com a doença foi de R\$ 300,00 (IIQ = 275-400), variando de R\$ 10,00 a R\$ 1.500,00, o que representou 12% da renda familiar. Os custos com o tratamento foram significativamente maiores entre os participantes pertencentes à classe socioeconômica B. **Conclusão:** O estudo aponta que fatores socioeconômicos não impactam na gravidade da dermatite atópica. No entanto, influenciam o acesso ao tratamento e impõem uma carga financeira significativa às famílias, sugerindo a necessidade de políticas públicas para garantir o direito à saúde e o tratamento integral para crianças e adolescentes.

**Palavras-chave:** Dermatite Atópica; tratamento; classe socioeconômica; custos.

## ABSTRACT

**Introduction:** Atopic dermatitis is an inflammatory skin disease, with recurrent and chronic eczematous lesions, whose itching is the main symptom. The prevalence of atopic dermatitis has increased in recent decades, becoming a global health problem. The specialized care offered to children with this dermatosis requires the work of a specialized multidisciplinary team and access to treatment indicated to control the disease and improve quality of life. **Objective:** To describe the socioeconomic profile of families of children with atopic dermatitis and investigate how these factors influence quality of life, disease severity and access to health care. **Method:** This is an observational, analytical, and cross-sectional study, with prospective data collection, carried out in the Pediatric Dermatology outpatient clinic of a University Hospital, with a sample that included 99 children with atopic dermatitis and their caregivers. The socioeconomic class was determined by the Brazilian Economic Classification Criteria. The severity of the disease was determined by Scoring of Atopic Dermatitis and classified as mild (score < 25), moderate ( $\geq 25$  to  $\leq 50$ ) and severe ( $> 50$ ). Quality of life was assessed using the Infants Dermatitis Quality of Life Index, Children's Dermatology Life Quality Index and Dermatitis Family Impact Questionnaire questionnaires. Epidemiological, financial and access to treatment data were obtained through the Complementary Structured Interview Script, prepared by the researcher. Spearman correlations and Kruskal-Wallis Anova test were used. The minimum significance level adopted was 5%. **Results:** In the 99 families evaluated, socioeconomic classes C1 and B2 were the most frequent, with 47 (47.6%) and 29 (29.3%) of participants respectively. Mild atopic dermatitis was the most prevalent (54.5%), followed by moderate (32.3%) and severe (13.1%), with greater severity among boys. No association was found between family income and atopic dermatitis severity, but treatment costs were higher in patients with moderate and severe forms of the disease. The median monthly family income was R\$2.500.00, and the main source of purchasing medication was the commercial pharmacy (97%), indicating participants' own resources were spent on purchasing medication and moisturizers for the treatment of atopic dermatitis. Monthly expenditure on the disease was R\$300.00 (IIQ = 275-400), ranging from R\$10.00 to R\$1,500.00, representing 12% of family income. Treatment costs were significantly higher among participants belonging to socioeconomic class B. **Conclusion:** The study points out that socioeconomic factors do not impact the severity of atopic dermatitis, however, they influence access to treatment and impose a financial burden on families, suggesting the need for public policies to guarantee the right to health and comprehensive treatment for children and adolescents.

**Keywords:** Atopic Dermatitis; treatment; socioeconomic class; costs.

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - DISTRIBUIÇÃO GRAVIDADE DA DERMATITE ATÓPICA PELA PONTUAÇÃO DO <i>SCORING ATOPIC DERMATITIS</i> , CONFORME O SEXO .....	42
FIGURA 2 - CLASSIFICAÇÃO DA GRAVIDADE DA DERMATITE ATÓPICA PELO <i>SCORING ATOPIC DERMATITIS</i> , CONFORME O SEXO .....	43
FIGURA 3 - DISTRIBUIÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DAS CRIANÇAS COM DERMATITE ATÓPICA, CONFORME O SEXO.....	43
FIGURA 4 - RENDA FAMILIAR MENSAL(A) E NÍVEL SOCIOECONÔMICO FAMILIAR(B), CONFORME A GRAVIDADE DA DERMATITE ATÓPICA PELA CLASSIFICAÇÃO DO <i>SCORING ATOPIC DERMATITIS</i> .....	44
FIGURA 5 - GASTO MENSAL EM REAIS CONFORME A GRAVIDADE DA DERMATITE ATÓPICA PELO <i>SCORING ATOPIC DERMATITIS</i> .....	45
FIGURA 6 - GRAVIDADE DA DERMATITE ATÓPICA PELO <i>SCORING ATOPIC DERMATITIS</i> CONFORME AS CLASSES SOCIAIS PELO NÍVEL SOCIOECONÔMICO FAMILIAR.....	45
FIGURA 7 - GASTO MENSAL DESTINADO PARA DERMATITE ATÓPICA DISTRIBUÍDO NAS CLASSES SOCIAIS B E C.....	46

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - CRITÉRIOS DE HANIFIN E RAJKA PARA O DIAGNÓSTICO DA DERMATITE ATÓPICA.....	18
QUADRO 2 - CLASSIFICAÇÃO DE GRAVIDADE DA DERMATITE ATÓPICA CONFORME <i>SCORING ATOPIC DERMATITIS</i> .....	18
QUADRO 3 - DOMÍNIOS AVALIADOS PELOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA .....	31

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA DE ESTUDO.....	39
TABELA 2 - CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS E SOCIOECONÔMICAS DAS FAMÍLIAS.....	40
TABELA 3 - CARACTERÍSTICAS DA MORADIA DAS FAMÍLIAS .....	41
TABELA 4 - COMPOSIÇÃO FAMILIAR DOS PARTICIPANTES .....	41
TABELA 5 - LOCAL DE AQUISIÇÃO DA MEDICAÇÃO PARA DERMATITE ATÓPICA .....	46
TABELA 6 - MEIOS DE LOCOMOÇÃO PARA IR ÀS CONSULTAS MÉDICAS.....	46
TABELA 7 - BENEFÍCIOS SOCIAIS GOVERNAMENTAIS UTILIZADOS PELOS CUIDADORES.....	47
TABELA 8 - COMPARAÇÃO DOS PARTICIPANTES CONFORME A RAÇA .....	47
TABELA 9 - PREDITORES DE QUALIDADE DE VIDA DAS FAMÍLIAS .....	48

## LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

ABEP	- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas
ANVISA	- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	- Atenção Primária à Saúde
CAAE	- Certificado de Apresentação e Apreciação Ética
CCEB	- Critério de Classificação Econômica Brasil
CDLQI	- <i>Children's Dermatology Life Quality Index</i>
CF	- Constituição da República Federativa do Brasil
CFESS	- Conselho Federal de Serviço Social
CHC	- Complexo Hospital de Clínicas
DA	- Dermatite atópica
DATASUS	- Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DFI	- <i>Dermatitis Family Impact questionnaire</i>
DP	- Desvio padrão
DSS	- Determinantes Sociais da Saúde
EBSERH	- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ETFAD	- <i>European Task Force on Atopic Dermatitis</i>
Fem.	- Feminino
GBD	- <i>Global Burden of Disease</i>
IDQOL	- <i>Infants Dermatitis Quality of Life Index</i>
IgE	- Imunoglobulina E
IIQ	- Intervalo interquartilício
IQVIA	- <i>Institute for Human Data Science</i> / Instituto de Ciências de Dados Humanos
ISAAC	- <i>International Study of Asthma and Allergies in Childhood</i>
ISAD	- <i>International Atopic Dermatitis Society</i> / Sociedade Internacional de Dermatite Atópica
Masc.	- Masculino
NSEF	- Nível Socioeconômico Familiar
OMS	- Organização Mundial da Saúde
ONU	- Organização das Nações Unidas
PBF	- Programa Bolsa Família

- PCDT - Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
- QV - Qualidade de vida
- REEC - Roteiro Entrevista Estruturado Complementar
- SAM2 - Ambulatório de Dermatologia Pediátrica
- SciELO - *Scientific Electronic Library Online*
- SCORAD - *Scoring Atopic Dermatitis*
- STROBE - *Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology*
- SUS - Sistema Único de Saúde
- UFPR - Universidade Federal do Paraná

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	16
1.1	OBJETIVOS .....	17
1.1.1	Objetivo Geral.....	17
1.1.2	Objetivos Específicos.....	17
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	16
2.1	DERMATITE ATÓPICA .....	16
2.1.1	Prevalência e diagnóstico da dermatite atópica .....	17
2.1.2	Avaliação da gravidade e tratamento da dermatite atópica.....	18
2.1.3	Avaliação da qualidade de vida da dermatite atópica .....	20
2.1.4	Avaliação econômica da dermatite atópica: impactos financeiros e custos associados em diferentes regiões do mundo .....	21
2.1.5	Influência socioeconômica na dermatite atópica .....	23
2.2	SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE E DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE .....	25
<b>3</b>	<b>MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	29
3.1	TIPO DO ESTUDO .....	29
3.2	LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO .....	29
3.3	HIPÓTESE DE ESTUDO.....	29
3.4	POPULAÇÃO FONTE.....	29
3.5	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO .....	30
3.6	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO .....	30
3.7	POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	30
3.8	AMOSTRA E TÉCNICA DE AMOSTRAGEM.....	30
3.9	VARIÁVEIS DE ESTUDO .....	31
3.9.1	Variáveis dependentes.....	31
3.9.2	Variável independente.....	32
3.10	PROCEDIMENTOS DE ESTUDO .....	33
3.11	TABULAÇÃO E GERENCIAMENTO DE DADOS .....	33
3.12	ANÁLISE ESTATÍSTICA .....	33
3.13	ÉTICA EM PESQUISA .....	34
3.14	MONITORIZAÇÃO DA PESQUISA .....	34
3.15	FOMENTO PARA A PESQUISA, PROFISSIONAIS E SERVIÇO ENVOLVIDOS ..	35

<b>4</b>	<b>ARTIGO</b> .....	36
4.1	INTRODUÇÃO .....	36
4.2	MÉTODO.....	38
4.3	RESULTADO .....	39
4.4	DISCUSSÃO .....	48
4.5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
4.6	REFERÊNCIAS .....	52
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	54
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	55
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	56
	<b>APÊNDICE 1 - ROTEIRO ENTREVISTA ESTRUTURADA COMPLEMENTAR</b> .....	64
	<b>APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> ...	65
	<b>APÊNDICE 3 - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	69
	<b>ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO DO IMPACTO DA DERMATITE NA FAMÍLIA</b> .....	71
	<b>ANEXO 2 - ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA DA DERMATITE EM CRIANÇAS</b> .....	72
	<b>ANEXO 3 - ESCORE DA QUALIDADE DE VIDA NA DERMATOLOGIA INFANTIL</b> .....	73
	<b>ANEXO 4 - FICHA ESQUEMÁTICA PARA CÁLCULO DO <i>SCORING ATOPIC DERMATITIS</i></b> .....	74
	<b>ANEXO 5 - CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL</b> .....	75
	<b>ANEXO 6 - CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO E APRECIÇÃO ÉTICA</b> .	76

## 1 INTRODUÇÃO

A dermatite atópica (DA) é uma doença inflamatória crônica da pele, caracterizada por lesões eczematosas recorrentes, sendo o prurido o sintoma mais frequente (Chovatiya, 2023).

Estudos indicam um aumento na prevalência e incidência da DA nas últimas décadas, atingindo de 15% a 20% das crianças e até 10% dos adultos. Conviver com DA pode ser desafiador, especialmente para aqueles que necessitam de tratamento sistêmico prolongado, uma vez que os medicamentos podem causar eventos adversos. O prurido intenso e as lesões cutâneas afetam significativamente a qualidade de vida (QV), contribuindo para distúrbios do sono, ansiedade, depressão e baixa autoestima, impactando tanto os pacientes quanto seus familiares (Carvalho *et al.*, 2017).

No estado do Paraná, destaca-se como referência em saúde pública o ambulatório de Dermatologia Pediátrica do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC/UFPR), administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), atende crianças diagnosticadas com DA e conta com uma equipe especializada.

A equipe de saúde desse ambulatório observou desafios relacionados à condição socioeconômica das famílias e seus impactos na adesão ao tratamento, aquisição de medicamentos e QV. Considerando que os Determinantes Sociais Da Saúde (DSS) englobam fatores socioeconômicos e ambientais que influenciam a saúde dos pacientes, surgiu a indagação sobre a relação entre o perfil socioeconômico das famílias de crianças com DA, a gravidade da doença, o acesso ao tratamento e a QV.

Dentre os fatores que influenciam a QV das famílias de crianças com DA, destacam-se renda, educação, acesso a serviços de saúde, condições de moradia e meios de transporte, entre outros (Moreira, 2023). A relação entre DSS e DA tem sido objeto de diversos estudos, muitos dos quais apontam uma maior prevalência da doença em classes socioeconômicas mais favorecidas (Peters *et al.*, 2010; Torfi *et al.*, 2015). Paradoxalmente, observa-se maior incidência de formas graves da doença em classes menos favorecidas (Silverberg; Simpson, 2014).

Chung e Simpson (2019) também destacam que um status socioeconômico mais elevado está associado a uma maior prevalência de DA, enquanto um status mais baixo está relacionado a uma maior gravidade da doença. Independentemente da classe social, a DA acarreta custos diretos significativos para pacientes, famílias e empregadores, além de impactos indiretos, como absenteísmo e presenteísmo.

De acordo com o *Institute for Human Data Science* / Instituto de Ciências de Dados Humanos (IQVIA), as doenças de pele representam a quarta forma mais comum de todas as doenças humanas. Nos Estados Unidos, por exemplo, essas doenças geram custos diretos de saúde estimados em US\$ 75 bilhões. Além disso, ocupam o quarto lugar entre as principais causas de carga de doenças não fatais, com base em anos de vida ajustados por incapacidade (Institute for Human Data Science - IQVIA, 2022).

Apesar dos avanços e tratamentos relacionados a DA (Wollenberg *et al.*, 2022), há uma lacuna no conhecimento científico sobre o perfil socioeconômico das famílias de crianças com DA no Brasil, bem como os fatores que influenciam a QV, gravidade da doença e acesso ao tratamento de saúde.

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 Objetivo Geral

Descrever o perfil socioeconômico das famílias de crianças com dermatite atópica e investigar como esses fatores influenciam a qualidade de vida, gravidade da doença e acesso ao tratamento de saúde.

### 1.1.2 Objetivos Específicos

- Analisar a relação entre o perfil socioeconômico das famílias de crianças com dermatite atópica e a qualidade de vida das crianças e seus cuidadores.
- Avaliar a associação entre o perfil socioeconômico das famílias e a gravidade da dermatite atópica nas crianças.
- Investigar a influência do perfil socioeconômico das famílias no acesso ao tratamento de saúde das crianças com dermatite atópica.
- Verificar como fatores socioeconômicos impactam nos custos e na continuidade do tratamento das crianças com dermatite atópica.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 DERMATITE ATÓPICA

A DA é uma doença cutânea inflamatória crônica, caracterizada por lesões do tipo eczema, recidivantes e intensamente pruriginosas (Castro *et al.*, 2006). Os primeiros sinais ocorrem na infância, sendo que 45% dos casos surgem nos primeiros seis meses de vida e 70% das crianças apresentam sintomas antes dos cinco anos de idade (Akcaçay *et al.*, 2014).

A doença está frequentemente associada a outras condições atópicas, como asma e rinite alérgica, caracterizando o fenômeno da "marcha atópica", que corresponde à progressão das manifestações de atopia nos primeiros anos de vida (Spergel, 2010).

A DA é uma doença não contagiosa que pode surgir em qualquer fase da vida, embora seja mais comum na infância (Boguniewicz *et al.*, 2017; Eichenfield *et al.*, 2017). Trata-se de uma condição heterogênea, caracterizada por variações na distribuição e morfologia das lesões, intensidade dos sintomas, evolução e comorbidades associadas. Embora não seja fatal, causa morbidade significativa e uma das doenças de pele com maior impacto na QV (Silverberg, 2017).

Sua etiologia é complexa, envolvendo fatores genéticos, ambientais, anormalidades da barreira cutânea e disfunções imunológicas (Yang *et al.*, 2020). Pacientes com formas moderadas a graves da DA apresentam maior carga da doença, com sintomas frequentes e debilitantes. O prurido intenso, descrito como grave ou insuportável, pode durar até 18 horas diárias, enquanto desconforto, dor e distúrbios do sono afetam a maioria dos pacientes por mais de cinco dias da semana (Simpson *et al.*, 2016).

De acordo com Langan *et al.* (2020), a DA está associada a um maior risco de comorbidades como alergias alimentares, asma, rinite alérgica e transtornos de saúde mental. Sua fisiopatologia envolve uma predisposição genética significativa, disfunção epidérmica e inflamação mediada por células T. Embora os mecanismos do tipo 2 predominem, evidências sugerem a participação de diversas vias imunológicas. Atualmente, não há cura para a DA, mas avanços terapêuticos inovadores têm proporcionado melhor controle da doença.

A DA também impacta significativamente a vida profissional e social dos pacientes, levando a desemprego, menor produtividade e absenteísmo. Os sintomas crônicos e debilitantes afetam a saúde física e mental, interferindo na capacidade de realizar atividades cotidianas (Agboola *et al.*, 2021).

A pele é a primeira linha de defesa contra exposições biológicas e não biológicas (Khan *et al.*, 2022). Quando comprometida por traumas mecânicos, como o ato de coçar, ocorre a lesão dos queratinócitos, intensificando a sinalização inflamatória e perpetuando o ciclo prurito gênico (Stefanovic; Irvine; Flohr, 2021). Esse ciclo crônico de coceira está associado ao desenvolvimento de comorbidades psiquiátricas, incluindo ansiedade, agravando o sofrimento psicológico. Indivíduos com DA apresentam maior propensão a esses transtornos em comparação à população geral (Talamonti *et al.*, 2021).

### 2.1.1 Prevalência e diagnóstico da dermatite atópica

A prevalência da DA varia entre 4,4% e 17,7% em crianças e entre 3,0% e 17,7% em adultos (Bylund *et al.*, 2020). O estudo mais abrangente sobre a prevalência da DA, considerando o maior número de países e centros de pesquisa, foi o *International Study of Asthma and Allergies in Childhood* (ISAAC). Conduzido em 154 centros de 56 países, esse estudo incluiu mais de 750.000 crianças de duas faixas etárias (6-7 anos e 13-14 anos) e utilizou um instrumento padronizado em diferentes momentos. No Brasil, a prevalência da DA é de 8,2% em crianças entre seis e sete anos e de 5,0% em adolescentes (Prado *et al.*, 2022).

Nos últimos anos, o número de diagnósticos de DA aumentou, especialmente em países subdesenvolvidos (Bylund *et al.*, 2020). Esse crescimento está associado, principalmente, a fatores ambientais, como exposição solar, dieta e hábitos de higiene (Mesquita; Igreja; Costa, 2013).

O diagnóstico da DA é clínico, baseado na análise da história do paciente, na morfologia e distribuição das lesões cutâneas, em sinais clínicos associados e na exclusão de outras doenças eczematosas. No entanto, devido à grande variabilidade da apresentação clínica, que pode estar relacionada à idade, etnia e gravidade da doença, o diagnóstico pode ser desafiador, especialmente em bebês e idosos (Frazier; Bhardwaj, 2020).

Os critérios de Hanifin e Rajka são abrangentes e são considerados o “padrão de ouro” para o diagnóstico de DA (QUADRO 1).

QUADRO 1 - CRITÉRIOS DE HANIFIN E RAJKA PARA O DIAGNÓSTICO DA DERMATITE ATÓPICA

CRITÉRIOS MAIORES	CRITÉRIOS MENORES
Prurido Distribuição e morfologia Dermatite crônica e recidivante típica das lesões História familiar ou pessoal de atopia	Xerose Imunoglobulina E (IgE) sérica elevada Ictiose/ceratose pilar Hiperlinearidade palmar Tendência a infecção de pele Início precoce da doença Eczema em mamilo Prega palpebral Dennie-Morgan Pitíriase alba Dermografismo branco Tubérculo labial Fissura infra-lobular Intolerância a lã ou a alimentos Escurecimento periorbital Palidez centro facial Fatores emocionais que alterem o curso da doença Intolerância alimentar

FONTE: Hanifin; Rajka (1980, p.45, tradução nossa).

LEGENDA: IgE – Imunoglobulina E.

### 2.1.2 Avaliação da gravidade e tratamento da dermatite atópica

É fundamental avaliar a extensão e gravidade das lesões cutâneas para definir a abordagem terapêutica mais adequada e o monitoramento da resposta ao tratamento.

Em 1993, a *European Task Force on Atopic Dermatitis* (ETFAD) desenvolveu o *Scoring Atopic Dermatitis* (SCORAD), um índice de pontuação para medir a gravidade da doença. Esse sistema considera a intensidade da inflamação e os sintomas subjetivos relatados pelo paciente. A extensão das lesões (indicada pela letra A) corresponde a 20% da pontuação total, enquanto a intensidade das lesões (letra B) representa 60% e abrange critérios como eritema, edema, pápulas, escoriação, exsudação, crostas, liquenificação e xerose. Os sintomas subjetivos, como prurido e insônia, são representados pela letra C, avaliados por uma escala visual numérica e correspondem aos 20% restantes. A pontuação final é calculada pela fórmula  $A / 5 + 7B / 2 + C$ , com um valor máximo de 103 pontos (Oranje *et al.*, 2007). Com base nessa pontuação, a DA é classificada em leve, moderada ou grave (QUADRO 2).

QUADRO 2 - CLASSIFICAÇÃO DE GRAVIDADE DA DERMATITE ATÓPICA CONFORME SCORING ATOPIC DERMATITIS

GRAVIDADE DA DOENÇA	PONTUAÇÃO
Leve	>25
Moderada	25 – 50
Grave	< 50

FONTE: Oranje *et al.* (2007, p.647, tradução nossa).

O tratamento da DA segue um esquema escalonado. A primeira linha terapêutica inclui o uso de hidratantes para restaurar a barreira cutânea e a aplicação de corticoides tópicos nas lesões durante as exacerbações. Quando há necessidade de uma abordagem de segunda linha, podem ser indicados inibidores tópicos da calcineurina, como tacrolimo e pimecrolimo (Aoki *et al.*, 2019). Para os casos mais graves e refratários ao tratamento tópico, pode-se recorrer a medicações sistêmicas e/ou fototerapia. Os imunossuppressores mais utilizados são ciclosporina, metotrexato, azatioprina e micofenolato de mofetila (Orfali *et al.*, 2023). Além disso, o imunobiológico dupilumabe faz parte do arsenal terapêutico da DA. Esse anticorpo monoclonal humano inibe o receptor da interleucina-4 (IL-4) e é indicado para pacientes maiores de seis meses de idade com DA moderada a grave que não respondem aos tratamentos convencionais (Brasil, 2020).

No entanto, o tratamento da DA representa um desafio financeiro, pois o acesso integral ao tratamento nem sempre é financiado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), tornando-se um ônus para muitas famílias. Atualmente, o SUS disponibiliza gratuitamente dois corticoides tópicos (hidrocortisona e dexametasona) e um imunossupressor sistêmico (ciclosporina) (Brasil, 2023a). Assim, outros medicamentos essenciais, incluindo hidratantes e outros medicamentos de ação sistêmica, precisam ser adquiridos por conta própria pelas famílias dos pacientes.

Além dos desafios financeiros, a abordagem da DA na América Latina enfrenta obstáculos conceituais. De acordo com o Instituto de Ciências de Dados Humanos, muitas instituições públicas e privadas ainda consideram as dermatoses da região como meramente “cosméticas”, negligenciando sua real gravidade e impacto na QV dos pacientes (*Institute for Human Data Science - IQVIA*, 2022). Isso contribui para a falta de políticas públicas eficazes.

A saúde infantil resulta da interação de diversos fatores sociais e ambientais. No Brasil, o Ministério da Saúde desenvolve estratégias para garantir assistência integral às crianças, abrangendo os três níveis de atenção (primária, secundária e terciária). No entanto, até recentemente, crianças com DA tinham acesso limitado a tratamentos adequados pelo SUS, devido à ausência de protocolos regionais ou federais específicos para a doença. Essa lacuna gerou um baixo senso de urgência na formulação de políticas voltadas à DA.

Frente a esse cenário, tornou-se essencial a atualização dos parâmetros nacionais para o diagnóstico, tratamento e acompanhamento da DA. Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) são formulados com base em consenso técnico-científico e seguem padrões rigorosos de qualidade e precisão. Como resultado desse esforço, em 20 de dezembro de 2023, foi aprovado o PCDT da DA (Brasil, 2023b).

Essa aprovação representa um marco significativo para a Política de Saúde e Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente. Fruto de inúmeras mobilizações da sociedade, bem como de organizações médicas e científicas, o PCDT traz avanços na assistência integral às crianças com DA. O grande desafio agora está na implementação efetiva desse protocolo, garantindo o direito ao tratamento adequado e acessível para todos os pacientes.

### 2.1.3 Avaliação da qualidade de vida da dermatite atópica

A QV é influenciada por múltiplos fatores, abrangendo não apenas a saúde física, mas também a saúde mental, o nível de independência, as relações familiares e sociais, na escola e no trabalho, e até mesmo a interação com o meio ambiente. A QV pode ser entendida como a percepção do indivíduo sobre sua inserção na vida, considerando o contexto cultural e os sistemas de valores nos quais ele vive, bem como suas metas, expectativas, padrões e preocupações (Pereira; Teixeira; Santos, 2012).

Falando de QV em saúde as doenças dermatológicas, como a DA, afetam negativamente a QV. A visibilidade das lesões cutâneas e o prurido intenso geram impactos pessoais, sociais e financeiros para os pacientes e suas famílias (Kemp, 2003; Nutten, 2015).

A relação entre QV e DA pode ser avaliada por meio de três instrumentos específicos: o *Infants' Dermatitis Quality of Life Index* - IDQOL (Lewis-Jones; Finlay; Dykes, 2001), o *Children's Dermatology Life Quality Index* - CDLQI (Lewis-Jones; Finlay, 1995) e o *Dermatitis Family Impact Questionnaire* - DFI (Lawson *et al.*, 1998). Esses instrumentos foram traduzidos e validados em português e foram utilizados para avaliar a QV de crianças e familiares.

O IDQOL avalia o impacto da DA na QV nos seguintes aspectos: alterações no sono e humor, dificuldades em participar de atividades recreativas ou da vida familiar, e desconforto durante o banho, vestuário e refeições. Esse instrumento é destinado a crianças menores de quatro anos e deve ser respondido pelos cuidadores (Lewis-Jones; Finlay; Dykes, 2001).

O CDLQI investiga o impacto da DA nos seguintes domínios: sintomas, sentimentos, lazer, escola, relações pessoais, sono e tratamento. Destina-se a crianças com quatro anos ou mais, que respondem ao questionário com a ajuda de um cuidador (Lewis-Jones; Finlay, 1995).

O DFI avalia o impacto da DA na QV familiar nos domínios: alterações emocionais e do sono, tarefas domésticas, alimentação, atividades de lazer, relacionamento conjugal, custos do tratamento e vida familiar geral. Esse instrumento é direcionado aos cuidadores das crianças com DA (Lawson *et al.*, 1998).

Cada um desses três questionários é composto por dez questões relacionadas à última semana da criança ou do cuidador. As respostas são pontuadas de 0 a 3, sendo que o valor máximo obtido em cada questionário é de 30 pontos. Quanto maior a pontuação, maior é o impacto da doença na QV, indicando uma pior QV (Lewis-Jones; Finlay, 1995; Lawson *et al.*, 1998).

#### 2.1.4 Avaliação econômica da dermatite atópica: impactos financeiros e custos associados em diferentes regiões do mundo

A *International Atopic Dermatitis Society* / Sociedade Internacional de Dermatite Atópica (ISAD) organizou uma mesa redonda sobre os aspectos globais da DA em 2023, em Cingapura. De acordo com o consórcio *Global Burden of Disease* (GBD), pelo menos 171 milhões de pessoas foram afetadas pela DA em 2019, representando 2,23% da população mundial. Com base na experiência dos participantes do painel, a maioria dos casos de DA é de leve a moderada. No entanto, a ausência de dados paralelos sobre a prevalência e a gravidade da doença torna as informações do GBD difíceis de interpretar em várias regiões do mundo (Faye *et al.*, 2024).

Essa lacuna de dados é especialmente relevante em países com infraestrutura médica limitada. Embora não existam informações diretas sobre a prevalência e a gravidade da DA nesses locais, evidências indiretas sugerem um grande ônus da doença em áreas com poucos e médios recursos, especialmente nas zonas urbanas. A mesa redonda realizada em Cingapura proporcionou uma valiosa oportunidade para comparar as experiências de países de diferentes categorias do Banco Mundial, incluindo aqueles das categorias 1 (Madagascar e Mali), 3 (Brasil e China) e 4 (Austrália, Alemanha, Catar, EUA, Cingapura e Japão) (Faye *et al.*, 2024).

O painel concluiu que as diretrizes atuais para o tratamento da DA não estão adaptadas a contextos com poucos recursos. Uma abordagem mais pragmática, semelhante à desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para doenças cutâneas, foi sugerida como mais eficaz, permitindo o acesso mínimo a hidratantes e corticosteroides tópicos. Além disso, os especialistas recomendaram priorizar o acesso a medicamentos e incentivar a colaboração com a OMS, grupos de defesa dos pacientes e o setor de saúde dos países, a fim de promover mudanças globais, melhorar o treinamento das capacidades locais e combater as desigualdades existentes (Elezbawy *et al.*, 2022).

A otimização do manejo da DA e de suas comorbidades demanda ações mais eficazes no nível da atenção primária, uma vez que, na maioria dos cenários, o acesso ao atendimento

especializado é uma aspiração distante. A capacitação da atenção primária, aliada ao uso de telemedicina para armazenamento e encaminhamento, bem como o uso de algoritmos baseados em inteligência artificial, deve ser uma meta futura para melhorar o cuidado de pacientes com DA (Faye *et al.*, 2024).

Em relação ao impacto econômico da DA, estudos recentes forneceram dados relevantes. Uma revisão bibliográfica e entrevistas com especialistas na Arábia Saudita estimaram o custo médio anual por paciente em 2.924 riais sauditas, o que equivale a US\$<sup>1</sup> 780 (Elezbawy *et al.*, 2022), ou R\$ 4.822,97. Na Tailândia, um estudo com 200 pacientes adultos com DA analisou os custos diretos da doença. Os custos por consulta foram de NT\$<sup>2</sup> 419,5 (R\$<sup>3</sup> 78,6) para DA leve, NT\$ 411,2 (R\$ 77,1) para DA moderada e NT\$ 437,0 (R\$ 81,97) para DA grave, sem diferenças significativas ( $p = 0,27$ ). Os principais fatores incluídos nestes custos foram medicamentos chineses, hidratantes e suplementos dietéticos (Lee *et al.*, 2023).

O estudo MEASURE-AD, realizado entre dezembro de 2019 e dezembro de 2020, envolveu 1.558 pacientes (1.434 adultos e 124 adolescentes) de 28 países, incluindo 56 do Brasil. O foco foi em casos de DA moderada a grave que necessitavam de terapia sistêmica. Os custos mensais médios de saúde foram de US\$ 157,7 (R\$ 975,17) para adultos e US\$ 185,5 (R\$ 1.147,08) para adolescentes, refletindo o grande impacto financeiro da doença (Eyerich *et al.*, 2024).

O estudo ESSENTIAL AD, realizado entre setembro de 2021 e junho de 2022, incluiu 799 pacientes adultos com DA de 15 países da Europa Oriental, Oriente Médio e África. A idade média foi de 36,3 anos, com índices elevados de gravidade da doença e impacto na QV. O custo médio mensal de saúde foi de US\$ 64,8 (R\$ 395,76), com variações por país, sendo os maiores custos observados na Letônia, Polônia e África do Sul, e os menores no Egito, República Tcheca e Rússia, destacando a carga econômica da DA (Gkalpakiotis *et al.*, 2024).

No Reino Unido, um estudo retrospectivo realizado entre 2013 e 2017, com 33.749 pacientes, avaliou o impacto da DA leve a moderada. Pacientes com DA apresentaram maior uso de recursos de saúde, com mais visitas médicas, prescrições e encaminhamentos. O custo excedente total foi projetado em €462,99 milhões ao longo de cinco anos, reduzido para €417,35 milhões ao excluir pacientes tratados com corticosteroides potentes. Quando

---

<sup>1</sup> US\$ - Dólar americano (moeda americana).

<sup>2</sup> NT\$ - Novo dólar taiwanês (moeda taiwanesa).

<sup>3</sup> R\$ - Reais (moeda brasileira).

<sup>4</sup> Euro (moeda da União Europeia).

comorbidades e perdas de produtividade foram consideradas, o custo aumentou para 1,21 bilhão de euros e 7,06 bilhões de euros, respectivamente (Toron *et al.*, 2021).

Em Israel, entre 2008 e 2017, dados de saúde eletrônicos foram utilizados para avaliar a prevalência e o impacto econômico da DA. A prevalência foi de 4,4%. Os custos anuais médios foram de US\$ 430,6 para DA leve, US\$ 502,1 para DA moderada e US\$ 757,7 para DA grave, evidenciando o impacto financeiro crescente conforme aumenta a gravidade da doença. No entanto, o estudo não incluiu custos pagos pelos pacientes, como hidratantes e tratamentos alternativos (Weil *et al.*, 2022).

Nos Estados Unidos, uma pesquisa on-line com 113.502 membros da National Eczema Association avaliou o impacto econômico da DA. Os cuidadores de crianças com DA relataram mais visitas a profissionais de saúde, alergias alimentares, infecções cutâneas e uso de antimicrobianos tópicos, além de maiores despesas com hospitalização e outros tratamentos. As crianças com DA apresentaram uma mediana de gastos anuais maiores (US\$ 860 contra US\$ 500) comparados a crianças sem DA (Chovatiya *et al.*, 2022).

No Brasil, estudos têm avaliado as características socioeconômicas de usuários dos serviços de saúde por meio do Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). O CCEB classifica os domicílios com base em indicadores como escolaridade do chefe da família, bens de consumo duráveis, tamanho da casa e infraestrutura local (Martins *et al.*, 2007; Martins *et al.*, 2020).

O CCEB, de fácil operacionalização e uniforme em todo o Brasil, classifica a população em diferentes grupos socioeconômicos, de acordo com sua capacidade de consumo. Essa classificação, que abrange as classes A, B1, B2, C1, C2 e D-E, serve como uma importante ferramenta para compreender o perfil socioeconômico das famílias. Este critério foi utilizado no presente estudo para traçar o perfil socioeconômico das famílias de crianças com DA.

#### 2.1.5 Influência socioeconômica na dermatite atópica

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (Brasil, 1988) garante o direito à saúde como um dever do Estado, que deve oferecer assistência terapêutica e farmacêutica integral, conforme estabelecido pela Lei 8.080/1990 (Brasil, 1990), que instituiu o SUS.

O objetivo da equidade na saúde é garantir condições de acesso aos serviços, pelos usuários em todos os níveis de complexidade do sistema. Para tanto, a análise socioeconômica

da população usuária dos serviços de saúde, seja no nível primário, secundário ou terciário, é essencial para compreender o perfil dos pacientes e sugerir programas de atendimento adequados às suas necessidades (Stamm *et al.*, 2002).

O impacto econômico da DA, tanto direto quanto indireto, sobre o sistema de saúde público e privado é considerável. A existência de diversas formas de tratamento e prevenção, como os novos medicamentos tópicos (inibidores da fosfodiesterase 4 e da Janus Kinase), visa proteger a integridade da barreira cutânea. Destaca-se ainda o dupilumabe, que, apesar de seu alto custo, tem apresentado bons resultados clínicos (Kusari *et al.*, 2019).

Além do impacto clínico e econômico, a relação entre a posição socioeconômica e a prevalência de DA também merece atenção. Uma revisão sistemática de 88 estudos revelou que, em 42% dos casos, níveis socioeconômicos mais elevados estavam associados a uma maior prevalência de DA. Em 15%, níveis socioeconômicos mais baixos apresentaram maior prevalência, enquanto em 43% não houve associação significativa (Bajwa *et al.*, 2022). Esses dados sugerem que o impacto da DA pode ser influenciado por fatores socioeconômicos, embora os resultados não sejam sempre consistentes.

Por exemplo, um estudo realizado no Reino Unido entre 1998 e 1999, com 137 crianças com DA, não encontrou variação significativa na gravidade da doença conforme a classe socioeconômica das famílias (Ben-Gashir; Seed; Hay, 2004). Em contraste, uma pesquisa nos Estados Unidos, em 2007, indicou que famílias com rendas menores apresentavam maior prevalência de crianças com DA grave (Silverberg; Simpson, 2014). Essa discrepância entre os estudos reforça a necessidade de mais pesquisas para entender a relação entre a posição socioeconômica e a gravidade da DA.

Além disso, os custos de tratamento associados à DA também são uma preocupação importante. Filanovsky *et al.* (2016) realizaram um estudo com 79 cuidadores de crianças com DA nos Estados Unidos e encontraram que o custo médio mensal de tratamento era de US\$ 274, o que correspondia a 34,8% da renda familiar. No Brasil, um estudo com 101 cuidadores de crianças atendidas exclusivamente pelo SUS revelou um gasto médio de 200 reais, representando 7,5% do salário das famílias (Carvalho *et al.*, 2017). Esses números ilustram o peso financeiro que a DA impõe sobre as famílias, especialmente aquelas de baixa renda, e a necessidade de políticas públicas que possam aliviar esse fardo.

O eczema representa uma carga financeira semelhante ao da asma (Verboom; Hakkaart-Van; Sturkenboom, 2002), e o estresse familiar associado ao cuidado de crianças com DA moderada ou grave é mais intenso do que o enfrentado por famílias de crianças com diabetes

mellitus tipo 1 (Kemp, 2003). Isso se deve, principalmente, à privação de sono, à perda de emprego, ao tempo dedicado ao tratamento e aos custos financeiros.

Durante a revisão da literatura, observou-se que os estudos sobre o perfil socioeconômico das famílias de crianças com DA atendidas pelo SUS concentraram-se, sobretudo, nos custos financeiros do tratamento. No entanto, após uma busca nas principais plataformas e bases de dados acadêmicas, como *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), ScienceDirect (Elsevier), PubMed (artigos científicos em saúde) e Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), não foram encontrados estudos brasileiros que relacionassem o perfil socioeconômico familiar com a gravidade da DA, a QV e ao acesso ao tratamento de saúde.

## 2.2 SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE E DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

Com o objetivo de discutir o Serviço Social na área da saúde e os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), este texto apresenta um histórico da atuação do profissional Assistente Social no Brasil, abordando sua inserção no campo da política pública de saúde.

A intervenção estatal na saúde no Brasil teve início na década de 1930, sendo intensificada após o golpe militar de 1964. Durante a ditadura, houve uma forte influência do setor privado, resultando em um modelo de “privilegiamento” desse segmento. Na década de 1980, ocorreram mudanças significativas, culminando na promulgação da Constituição Federal de 1988. Essa Constituição instituiu um Sistema de Proteção Social Brasileiro baseado na Seguridade Social, universalizando os direitos sociais e estruturando-os em um tripé composto pelas políticas de Saúde, Assistência Social e Previdência Social, consolidando a responsabilidade estatal sobre essas áreas (Guerra, 2007).

Inicialmente, o Serviço Social era visto como um suporte institucional, mantendo-se desarticulado do Movimento da Reforma Sanitária. Esse distanciamento impediu uma ocupação efetiva do Estado por setores progressistas da profissão, limitando a produção de conhecimento sobre as demandas da prática em saúde (Bravo, 1996).

Nos anos 1990, o Brasil passou por um intenso processo de reestruturação estatal, caracterizado pelo avanço do neoliberalismo e da privatização. Isso impactou diretamente o Serviço Social, redefinindo a atuação dos Assistentes Sociais, especialmente na área da saúde. Com a implementação do SUS e as reformas neoliberais, surgiram dois projetos políticos em disputa: o Projeto Privatista e o Projeto da Reforma Sanitária. O primeiro visava à desresponsabilização do Estado, transferindo a gestão para a iniciativa privada, o que impactava

diretamente a atuação do Serviço Social (Bravo, 1999). Já o segundo apresentava, como demanda para o Assistente Social, o trabalho com questões voltadas a democratização do acesso aos serviços de saúde; propunha estratégias de aproximação entre as unidades de saúde e a realidade dos usuários; fortalecimento do trabalho interdisciplinar; e estímulo à participação popular (Bravo, 2000).

O Assistente Social, por meio das lutas sociais, contribuiu para a politização do campo da saúde, incorporando o debate sobre os determinantes sociais. Até hoje, esses profissionais atuam para promover um SUS menos biomédico e mais atento às desigualdades sociais, destacando sua relevância nas redes de serviços e especialidades. O SUS, fruto das mobilizações sociais, contou com a contribuição dos assistentes sociais, que trouxeram um referencial teórico crítico e comprometido com um projeto de sociedade mais justa (Iamamoto, 2008).

A Política Nacional de Saúde no Brasil consolidou-se com um foco hospitalar e curativo. No contexto atual, os assistentes sociais enfrentam desafios como a desigualdade de acesso aos serviços, dificuldades na efetivação da integralidade e equidade no financiamento da saúde, entraves ao controle social e falta de articulação entre movimentos sociais (Conselho Federal de Serviço Social - CFESS, 2010).

Segundo os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, elaborados pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), as atribuições e competências desses profissionais são orientadas pelo Código de Ética Profissional e pela Lei de Regulamentação da Profissão. Esses princípios devem ser seguidos tanto pelos profissionais quanto pelas instituições empregadoras (CFESS, 2010).

A configuração da política de saúde impõe desafios à atuação do Assistente Social em diferentes dimensões, como condições de trabalho, formação profissional, demandas institucionais e articulação com outros profissionais e movimentos sociais. Isso tem levado à ampliação do trabalho precário, pressionando os profissionais a mitigarem os efeitos da pobreza e das desigualdades sociais (CFESS, 2010).

A atuação do Assistente Social na saúde deve estar alinhada com os movimentos de trabalhadores e usuários que lutam pela consolidação do SUS. É essencial conhecer a realidade social dos usuários e os fatores que influenciam o processo saúde-doença, assegurando o acesso universal aos serviços e promovendo o trabalho interdisciplinar (Bravo, 2013).

Nos hospitais universitários e de alta complexidade, a atuação do assistente social torna-se ainda mais estratégica, exigindo uma equipe multidisciplinar qualificada para atender as diversas demandas da população. O profissional é reconhecido como parte da equipe de saúde

pela Resolução CFESS nº 383/1999 (CFESS,1999), desempenhando um papel crucial na garantia de direitos sociais e na identificação de vulnerabilidades que possam interferir no tratamento dos usuários.

O Serviço Social baseia-se no Projeto Ético-Político, formalizado na década de 1990, mas consolidado nos debates dos anos 1980. Esse projeto defende os direitos sociais e tem como objeto de trabalho a "questão social", entendida como “conjunto das expressões das desigualdades econômicas, sociais, políticas e culturais vivenciadas na sociedade capitalista madura” (Iamamoto, 2008). Além disso, conceitos como saúde ampliada, integralidade, intersetorialidade, participação social e interdisciplinaridade são fundamentais para a atuação do assistente social na política de saúde.

A Constituição Federal de 1988 e a Lei nº 8.080/1990 define a saúde como um direito de todos e dever do Estado, garantindo acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Entre os DSS estão fatores como alimentação, moradia, saneamento, trabalho, renda, educação e ambiente (Brasil, 1988; 1990).

Uma das principais atribuições do assistente social é construir o perfil socioeconômico dos usuários, identificando condições que impactam a saúde e desenvolvendo estratégias de intervenção. Esse profissional também articula ações interdisciplinares para garantir o acesso e a continuidade do cuidado no SUS.

No contexto hospitalar, o Assistente Social avalia a realidade sociofamiliar dos usuários, orienta e articula ações com equipes interdisciplinares e demais políticas intersetoriais, garantindo, por exemplo, o transporte para consultas médicas de crianças que residem em outras cidades.

A compreensão do impacto dos DSS na saúde das famílias usuárias do SUS fundamenta-se no modelo de Dahlgren e Whitehead, também chamado de “Modelo de Casca de Cebola”. Esse modelo ilustra a influência de diferentes níveis de fatores na saúde, desde os individuais até os macros determinantes sociais (Razon *et al.*, 2021). No centro, encontram-se fatores como idade, sexo e genética; na camada seguinte, o estilo de vida; depois, as redes sociais e comunitárias; seguidas pelas condições de vida e trabalho; e, por fim, a camada das condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais (Pitombeira; Oliveira, 2020; Ribeiro *et al.*, 2024).

Esse modelo permite identificar pontos estratégicos para intervenções políticas, reduzindo desigualdades sociais e promovendo o bem-estar. Destaca-se a interconexão entre os DSS e a necessidade de uma abordagem integrada na saúde (Pitombeira; Oliveira, 2020).

Portanto, a atuação do Assistente Social no contexto hospitalar é essencial para identificar vulnerabilidades sociais e garantir o acesso aos serviços de saúde. Seu trabalho contribui para a formulação de estratégias que integram as equipes de saúde, sempre considerando a realidade social dos usuários e buscando a efetivação dos direitos garantidos pelo SUS (CFESS, 2010).

### 3 MATERIAL E MÉTODOS

#### 3.1 TIPO DO ESTUDO

Trata-se de estudo observacional, analítico, transversal, com coleta prospectiva de dados, de acordo com o *checklist Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology* (STROBE) (von Elm *et al.*, 2008).

#### 3.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

Esta pesquisa foi realizada no Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal do Paraná, dentro da linha de investigação em dermatologia pediátrica, abrangendo desde o recém-nascido até o adolescente, no período de dezembro de 2022 a dezembro de 2024.

A inclusão das famílias e a coleta de dados ocorreram no Ambulatório de Dermatologia Pediátrica (SAM2) do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC/UFPR), entre março de 2023 e março de 2024.

#### 3.3 HIPÓTESE DE ESTUDO

Considerando a natureza associativa dos estudos transversais, o perfil socioeconômico e cultural das famílias de crianças com DA foi definido como variável independente, enquanto a QV, a gravidade da doença e o acesso ao tratamento de saúde foram estabelecidos como variáveis dependentes. Com base nessa relação, foram formuladas as seguintes hipóteses:

**H0:** O perfil socioeconômico das famílias de crianças com DA não influencia a QV, a gravidade da doença nem a aquisição de medicamentos para o tratamento.

**H1:** O perfil socioeconômico das famílias de crianças com DA interfere na QV, na gravidade da doença e na dificuldade de aquisição de medicamentos para o tratamento.

#### 3.4 POPULAÇÃO FONTE

O ambulatório de Dermatologia Pediátrica do CHC/UFPR, de nível terciário, conta com uma equipe médica especializada e multiprofissional. Ele atende cerca de 1.000 novos pacientes anualmente, dos quais aproximadamente 250 têm diagnóstico de DA.

### 3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os critérios de inclusão foram os seguintes:

- Famílias de crianças com idade inferior a 14 anos e diagnóstico de DA, acompanhadas pelo respectivo cuidador principal, que compareceram à consulta no serviço de Dermatologia Pediátrica do CHC/UFPR.
- Pacientes que atenderam aos critérios de Hanifin e Rajka para o diagnóstico clínico de DA.
- Pacientes em acompanhamento há, no mínimo, um (01) ano e com pelo menos três (03) consultas realizadas.

### 3.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Os critérios de exclusão foram os seguintes:

- Famílias de crianças com diagnóstico de outra doença grave além da DA, exceto asma e rinite (leve e moderada).

### 3.7 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Considerando que o ambulatório de Dermatologia Pediátrica do CHC/UFPR atende anualmente cerca de 250 crianças com DA, a amostra final, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foi de 99 famílias.

### 3.8 AMOSTRA E TÉCNICA DE AMOSTRAGEM

A técnica de seleção da amostra foi não probabilística por conveniência sistemática, de acordo com a disponibilidade da pesquisadora principal nos dias e horários de atendimento do ambulatório de Dermatologia Pediátrica, tanto no período da manhã quanto à tarde. A admissão das crianças seguiu a ordem de chegada, conforme o agendamento do dia.

### 3.9 VARIÁVEIS DE ESTUDO

#### 3.9.1 Variáveis dependentes

##### a) Qualidade de vida

A QV foi aferida por meio dos questionários DFI, IDQOL e CDLQI (QUADRO 3). A QV da família foi avaliada pelo questionário DFI (ANEXO 1), composto por 10 questões. Para crianças de até 4 anos, foi aplicado o IDQOL (ANEXO 2), composto por 11 questões respondidas pelo cuidador principal. Os domínios avaliados estão expostos no Quadro 3. Para crianças com mais de 5 anos, utilizou-se o CDLQI (ANEXO 3), que contém 10 questões a serem respondidas pelas crianças. Quando a criança não podia responder, as respostas foram dadas pelos responsáveis que as acompanhavam durante a consulta.

QUADRO 3 - DOMÍNIOS AVALIADOS PELOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

INSTRUMENTO	IDQOL	CDLQI	DFI
DOMÍNIOS	Sintomas e sentimentos	Sintomas e sentimentos	Sintomas e sentimentos
	Relações pessoais	Impacto no lazer	Impacto no lazer
	Alterações nas atividades de rotina	Alterações na rotina de Escola e Férias	Relações pessoais
	Alterações no sono	Relações pessoais	Alterações nas atividades de rotina
		Alterações no sono	Alterações no sono
		Dificuldades com o tratamento	Custos com tratamento

FONTE: A autora (2023).

LEGENDA: CDLQI - *Children's Dermatology Life Quality Index*; DFI - *Dermatitis Family Impact Questionnaire*; IDQOL - *Infants Dermatitis Quality of Life Index*.

##### b) Gravidade da Dermatite Atópica

A gravidade da DA foi avaliada pelo índice SCORAD (ANEXO 4) que avalia as alterações dermatológicas provocadas pela DA, observadas pela equipe médica durante o exame físico, a intensidade do prurido nos últimos dois dias, e as alterações no sono. A pontuação varia de 0 a 103, classificando a doença da seguinte forma: leve (0 a 25 pontos), moderada (26 a 50 pontos) e grave (acima de 50 pontos).

Todas as crianças participantes foram submetidas a uma avaliação dermatológica completa pela pesquisadora orientadora, realizada no serviço de Dermatologia Pediátrica

durante consulta ambulatorial. O exame físico foi conduzido com o paciente completamente despido e em ambiente aquecido, na presença obrigatória do responsável que acompanhava a criança.

### c) Aquisição e Acesso ao Tratamento de Saúde

A aquisição e o acesso ao tratamento de saúde foram avaliados pelo Roteiro de Entrevista Estruturada Complementar (REEC) – (APÊNDICE 1). Este roteiro foi elaborado para avaliar o acesso e a obtenção de medicamentos para o tratamento da DA no sistema público de saúde, pois não havia um instrumento validado que atendesse às necessidades deste estudo.

### 3.9.2 Variável independente

#### a) Perfil socioeconômico das famílias de crianças com dermatite atópica

A avaliação foi realizada por meio do Questionário CCEB (ANEXO 5) e do REEC. O questionário é uma ferramenta de classificação econômica que tem como objetivo identificar grupos com base na capacidade de consumo e classificar os domicílios (e não os indivíduos) por meio de informações objetivas e precisas. Essa classificação é de fácil aplicação e possui uniformidade geográfica em todo o Brasil.

Na escala utilizada, a escolaridade do chefe da família é pontuada de 0 a 7 pontos, e os demais pontos são atribuídos de acordo com a quantidade de bens de consumo duráveis presentes na residência (como automóvel, microcomputador, lava-louças, geladeira, freezer, lava-roupas, aparelhos de DVD (*digital versatile disc*), micro-ondas, motocicletas e secadora de roupas), o número de cômodos da casa, com ênfase na quantidade de banheiros, a presença ou ausência de asfaltamento na rua onde a residência está localizada, e o número de empregados domésticos mensalistas que trabalham na casa.

A soma desses indicadores classifica as famílias nas seguintes classes sociais, em ordem decrescente de favorecimento: classe A (45 a 100 pontos), classe B1 (38 a 44 pontos), classe B2 (29 a 37 pontos), classe C1 (23 a 28 pontos), classe C2 (17 a 22 pontos) e classes D-E (0 a 16 pontos) (ABEP, 2024). Para complementar a análise do perfil socioeconômico, foi utilizado o REEC, com o objetivo de fornecer uma abrangência maior dos dados.

### 3.10 PROCEDIMENTOS DE ESTUDO

Os procedimentos de estudo e as avaliações ocorreram semanalmente, às segundas-feiras no período da tarde, e às quartas-feiras e quintas-feiras pela manhã, com a população atendida no ambulatório de Dermatologia Pediátrica. Participaram da pesquisa 99 crianças e seus principais cuidadores, todos com consultas agendadas nesses dias.

A avaliação do índice SCORAD foi realizada pela equipe de dermatologia pediátrica no dia da consulta ambulatorial, utilizando um aplicativo disponível para smartphones.

A aplicação dos questionários sobre QV, o questionário nível socioeconômico familiar (NSEF) e o REEC, voltados para o perfil socioeconômico das famílias, foi feita no ambulatório de Dermatologia Pediátrica durante as consultas previamente agendadas, juntamente com a avaliação da gravidade da doença.

Os questionários usados para avaliar a QV da criança e da família são validados e traduzidos para o português. Para evitar a indução de respostas pelos acompanhantes, os questionários foram lidos e respondidos pelos participantes. No entanto, a pesquisadora principal se colocou à disposição para esclarecer eventuais dúvidas.

As questões de cada questionário abordam domínios relacionados aos sentimentos e sintomas da família ou dos pacientes na semana anterior à aplicação. As respostas variam de 0 a 3 pontos, sendo que a pontuação mais alta indica uma pior QV.

### 3.11 TABULAÇÃO E GERENCIAMENTO DE DADOS

Todos os dados foram coletados exclusivamente pelo pesquisador e registrados no instrumento de coleta de dados. Posteriormente foram digitados em planilha eletrônica Excel, conferidos e exportados para o *software* de estatística *Statistica*® (StatSoft Power Solutions, Inc., Palo Alto, California, USA).

### 3.12 ANÁLISE ESTATÍSTICA

As medidas de tendência central e de dispersão estão expressas em médias e desvio-padrão [(média  $\pm$  desvio-padrão (DP))] e em medianas, (mediana, intervalo interquartilico - IIQ) para as de distribuição assimétrica. As variáveis categóricas estão expressas em suas frequências absoluta e relativa.

A estimativa da diferença entre variáveis contínuas foi realizada pelo teste não-paramétrico, teste de Mann-Whitney e Anova de Kruskal-Wallis com teste post-hoc de Mann-Whitney.

A estimativa de diferença entre variáveis categóricas foi estudada pelos testes exato de Fisher e qui-quadrado de Pearson.

O modelo de correlação de Spearman foi aplicado para verificar o grau de associação entre as variáveis contínuas. Coeficientes de correlação ( $r$ ) entre 0,0 e 0,19 indicaram correlação muito fraca, entre 0,20 e 0,39 fraca, entre 0,40 e 0,69 moderada, entre 0,70 e 0,89 forte, acima de 0,89 muito forte e entre 0,90 e 1,00 correlação perfeita.

O modelo de regressão múltipla foi aplicado para identificar as variáveis determinantes da variabilidade da QV considerando as variáveis independentes SCORAD, sexo, escolaridade, renda mensal e classe social.

Para todos os testes foi considerado o nível de significância de 5%.

A amostra foi estimada considerando os testes aplicados, a natureza de independência dos grupos estudados, nível de significância de 5%, erro do tipo II de 5%, com poder de teste de 95%.

### 3.13 ÉTICA EM PESQUISA

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CAAE 63947922.8.0000.0096 – ANEXO 6). Os participantes e seus responsáveis receberam e assinaram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 2) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 3).

### 3.14 MONITORIZAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa foi conduzida em conformidade com todas as resoluções e normas aplicáveis a estudos com seres humanos, assegurando a proteção de dados, ética, sigilo, confidencialidade e responsabilidade tanto do pesquisador quanto da instituição. Esse compromisso foi firmado com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do CHC/UFPR

### 3.15 FOMENTO PARA A PESQUISA, PROFISSIONAIS E SERVIÇO ENVOLVIDOS

A pesquisa foi realizada no Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da UFPR, com a coleta de dados realizada no ambulatório de Dermatologia Pediátrica do CHC/UFPR. Participaram do estudo a orientadora Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vânia de Oliveira Carvalho, o coorientador Prof. Dr. Jayson Azevedo Marsella de Almeida Pedrosa Vaz Guimarães, da UFPR Setor Litoral, e a pesquisadora mestranda Assistente Social Solange Gezielle dos Santos Coning.

Embora não tenha recebido fomento, a pesquisa contou com a infraestrutura do CHC/UFPR e do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da UFPR.

## 4 ARTIGO

Submetido para a Revista Sociedade em Debate (A2).

### **Dermatite Atópica Infantil e o Perfil Socioeconômico das Famílias: Um Estudo Brasileiro**

*Childhood Atopic Dermatitis and the Socioeconomic Profile of Families:  
A Brazilian Study*

#### **RESUMO**

**Objetivo:** Descrever o perfil socioeconômico das famílias de crianças com dermatite atópica (DA) e avaliar sua influência na qualidade de vida (QV), gravidade da doença e acesso ao tratamento. **Metodologia:** Trata-se de estudo observacional, analítico e transversal, sendo incluídas 99 crianças e seus cuidadores. A gravidade foi avaliada pelo SCORAD; a QV pelos instrumentos IDLQI, CDLQI e DFI; e a estratificação socioeconômica pelo Critério Brasil. **Resultados:** As classes C1 (47,6%) e B2 (29,3%) foram mais prevalentes, com renda familiar mediana de R\$ 2.500,00. A aquisição de medicamentos ocorreu majoritariamente em farmácias comerciais (97%). O custo médio mensal com a doença foi de R\$ 300,00 (IIQ = 275–400), comprometendo 12% da renda. Os custos foram maiores entre os participantes da classe B. **Conclusão:** A classe socioeconômica não afetou a gravidade da DA e a QV, mas impactou no acesso ao tratamento, evidenciando a necessidade de políticas públicas efetivas. **Palavras-chave:** Dermatite Atópica; classe socioeconômica; tratamento; custos.

#### **ABSTRACT**

**Objective:** To describe the socioeconomic profile of families of children with atopic dermatitis (AD) and to evaluate its influence on quality of life (QoL), disease severity, and access to treatment. **Methodology:** This is an observational, analytical, and cross-sectional study that included 99 children and their caregivers. Disease severity was assessed using SCORAD; QoL was assessed using the IDLQI, CDLQI, and DFI instruments; and socioeconomic stratification was assessed using the Brazilian Criteria. **Results:** Classes C1 (47.6%) and B2 (29.3%) were the most prevalent, with a median family income of R\$2,500.00. Medications were purchased mainly from commercial pharmacies (97%). The average monthly cost of the disease was R\$300.00 (IQR = 275–400), accounting for 12% of the income. Costs were higher among participants in class B. **Conclusion:** Socioeconomic class did not affect the severity of AD and QoL, but it impacted access to treatment, highlighting the need for effective public policies. **Keywords:** Atopic Dermatitis; socioeconomic class; treatment; costs.

#### 4.1 INTRODUÇÃO

A dermatite atópica (DA) é uma doença inflamatória crônica da pele, caracterizada por lesões eczematosas recorrentes, sendo o prurido o sintoma mais comum (Chovatiya, 2023). Nas

últimas décadas, a prevalência e a incidência da DA têm aumentado, atingindo entre 15% e 20% das crianças. Conviver com a doença pode ser desafiador, especialmente para aqueles que necessitam de tratamento sistêmico prolongado, devido aos possíveis efeitos adversos dos medicamentos. O prurido intenso e as lesões cutâneas impactam significativamente a qualidade de vida (QV) dos pacientes e de seus familiares, causando distúrbios do sono, ansiedade, depressão e baixa autoestima (Carvalho *et al.*, 2017).

A equipe de saúde do ambulatório de Dermatologia Pediátrica de um Hospital Universitário percebeu inquietações relacionadas às condições socioeconômicas das famílias e suas possíveis implicações na adesão ao tratamento, na aquisição de medicamentos e na QV dos pacientes. Considerando que os determinantes sociais da saúde (DSS) abrangem fatores socioeconômicos e ambientais que influenciam a trajetória dos indivíduos em acompanhamento, surgiu a necessidade de investigar o perfil socioeconômico das famílias de crianças com DA e sua relação com a gravidade da doença, o acesso ao tratamento e a QV.

Diversos fatores impactam a QV das famílias de crianças com DA, como renda, nível de escolaridade, acesso aos serviços de saúde, condições de moradia e transporte, entre outros (Moreira, 2023). Estudos recentes indicam que níveis socioeconômicos mais elevados estão associados a uma maior prevalência de DA, enquanto os mais baixos estão se correlacionam com formas mais graves da doença. Independentemente do nível socioeconômico, a DA gera custos diretos substanciais para os pacientes, suas famílias e até mesmo para os empregadores dos pais. Além disso, seus efeitos resultam em custos indiretos, como absenteísmo e presenteísmo (Chung; Simpson, 2019).

O estudo MEASURE-AD, realizado entre dezembro de 2019 e dezembro de 2020, envolveu 1.558 pacientes (1.434 adultos e 124 adolescentes) de 28 países, incluindo 56 do Brasil. O foco foi em casos de DA moderada a grave que necessitavam de terapia sistêmica. Os custos mensais médios de saúde foram de US\$ 157,7 (R\$ 975,17) para adultos e US\$ 185,5 (R\$ 1.147,08) para adolescentes, refletindo o grande impacto financeiro da doença (Eyerich *et al.*, 2024).

Apesar dos avanços e tratamentos relacionados a DA (Wollenberg *et al.*, 2022), há uma lacuna no conhecimento científico sobre o perfil socioeconômico das famílias de crianças com DA no Brasil, bem como os fatores que influenciam a QV, gravidade da doença e acesso ao tratamento de saúde.

O estudo teve como objetivo principal descrever o perfil socioeconômico das famílias de crianças com DA e investigar como esses fatores influenciam a gravidade da doença, o acesso ao tratamento e a QV.

## 4.2 MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional, analítico e transversal, com coleta prospectiva de dados realizada em um Hospital Universitário, no período de março de 2023 a março de 2024. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos Complexo Hospital de Clínicas da UFPR, sob CAAE n. 63947922.8.0000.0096.

Foram incluídas no estudo crianças de até 14 anos com diagnóstico clínico de DA, utilizando uma amostragem de conveniência sistemática, de acordo com a disponibilidade da pesquisadora principal nos dias de atendimento do ambulatório, que ocorriam às segundas, quartas e quintas-feiras pela manhã. Ao todo, participaram 99 crianças e seus cuidadores. O estudo avaliou o perfil socioeconômico das famílias, a QV, a gravidade da doença e o acesso ao tratamento.

As variáveis dependentes analisadas foram:

- Qualidade de Vida: Avaliada por meio dos questionários *Dermatitis Family Impact Questionnaire* (DFI), *Infants Dermatitis Quality of Life Index* (IDQOL) e *Children's Dermatology Life Quality Index* (CDLQI), que avaliam domínios como sintomas e sentimentos, distúrbios do sono, impacto no lazer, relações interpessoais e custos do tratamento.
- Gravidade da DA: Mensurada pelo índice *Scoring of Atopic Dermatitis* (SCORAD), que avalia as alterações dermatológicas provocadas pela doença e classifica sua gravidade em leve (pontuação  $\leq 25$ ), moderada (26 a 50) e grave ( $> 50$  pontos).
- Aquisição e acesso ao tratamento: Investigados por meio do REEC (Roteiro de Entrevista Estruturada Complementar), elaborado pelos pesquisadores devido à ausência de um instrumento validado adequado aos objetivos do estudo.

A variável independente analisada foi:

- Perfil socioeconômico das famílias: Determinado pelo Questionário NSEF (Nível Socioeconômico Familiar – Critério de Classificação Econômica Brasil), considerando fatores como renda, escolaridade e posse de bens (ABEP, 2021).

Os procedimentos do estudo foram conduzidos semanalmente nos dias de consulta do ambulatório, incluindo avaliações dermatológicas, aplicação dos questionários de QV e coleta

de dados socioeconômicos. Os questionários foram respondidos diretamente pelos participantes, com suporte da pesquisadora para esclarecimento de dúvidas, a fim de evitar qualquer indução nas respostas dos acompanhantes.

A avaliação do índice SCORAD foi realizada pela equipe de dermatologia pediátrica no dia da consulta, utilizando a versão do instrumento disponível em aplicativo para smartphones (Oranje *et al.*, 2007).

Os questionários utilizados para avaliar a QV da criança e de sua família são validados e traduzidos para a língua portuguesa. Cada questionário contém questões que abordam sentimentos e sintomas vivenciados na semana anterior à aplicação. As respostas variam de 0 a 3 pontos, totalizando um máximo de 30 pontos, sendo que pontuações mais altas indicam pior QV (Lewis-Jones; Finlay, 1995; Lawson *et al.*, 1998).

Os dados foram tabulados no Microsoft Excel e analisados no software Statistica®. Para análise estatística, foram utilizadas medidas de tendência central (médias e desvios-padrão) e testes como Mann-Whitney, ANOVA de Kruskal-Wallis, teste exato de Fisher e qui-quadrado de Pearson. A correlação entre variáveis foi verificada pelo modelo de Spearman, e análises de regressão múltipla foram aplicadas para identificar os fatores determinantes da variabilidade da QV. O nível de significância adotado foi de 5%.

#### 4.3 RESULTADO

Foram incluídas 99 crianças com DA, sendo 47 do sexo feminino (47,5%), com média de idade de  $8,3 \pm 3,1$  anos (TABELA 1).

TABELA 1 - CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA DE ESTUDO

Características	n (%) [média + DP]
<b>Sexo</b>	
Feminino	47 (47,5%)
Masculino	52 (52,5%)
Idade (anos)	[8,3 ± 3,1]
<b>Raça</b>	
Branca	63 (63,6%)
Parda	28 (28,3%)
Preta	7 (7,1%)
Amarela	1 (1,0%)

Fonte: A autora (2024).

Legenda: DP – desvio padrão.

Na Tabela 2 estão apresentados os dados socioeconômicos das famílias e características da moradia.

TABELA 2 - CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS E SOCIOECONÔMICAS DAS FAMÍLIAS

Variáveis	mediana (IIQ) n (%)
<b>Renda familiar</b>	R\$ 2.500,00 (2000-3500)
<b>Nível socioeconômico</b>	
A	2 (2,0%)
B1	4 (4,0%)
B2	29 (29,3%)
C1	47 (47,6%)
C2	13 (13,1%)
D/E	4 (4,0%)
<b>Grau de parentesco do cuidador</b>	
Mãe	89 (89,9%)
Pai	4 (4,0%)
Outros	6 (6,1%)
<b>Escolaridade do cuidador</b>	
Fundamental incompleto	8 (8,1%)
Fundamental completo	6 (6,1%)
Médio incompleto	7 (7,1%)
Médio completo	57 (57,5%)
Superior incompleto	4 (4,0%)
Superior completo	17 (17,2%)
<b>Trabalho do cuidador</b>	
Atividade doméstica	15 (15,1%)
Com Carteira de Trabalho	51 (51,6%)
Sem Carteira de Trabalho	20 (20,2%)
Aposentado/Pensionista	1 (1,0%)
Autônomo	11 (11,1%)
Outro	(1,0%)
<b>Município de residência</b>	
Curitiba	63 (63,6%)
Região metropolitana	29 (29,3%)
Outro	7 (7,1%)

FONTE: A autora (2024).

LEGENDA: IIQ: Intervalo interquartilico.

Na Tabela 3 estão apresentadas as características da moradia das famílias.

TABELA 3 - CARACTERÍSTICAS DA MORADIA DAS FAMÍLIAS

Variáveis	n (%)
<b>Zona de moradia</b>	
Urbana	96 (97,0%)
Rural	3 (3,0%)
<b>Situações de posse da residência</b>	
Própria	45 (45,5%)
Alugada	27 (2,3%)
Cedida	14 (14,1%)
Financiada	12 (12,1%)
Outros	1 (1,0%)
<b>Material de construção da residência</b>	
Tijolo/Alvenaria	88 (88,9%)
Madeira	10 (10,1%)
Outro	1 (1,0%)
<b>Número de cômodos da residência</b>	
2	1 (1,0%)
3	3 (3,0%)
4	10 (10,1%)
5	53 (53,5%)
6	18 (18,2%)
7	6 (6,1%)
8	7 (7,1%)
9	0 (0,0%)
10	1 (1,0%)
<b>Saneamento</b>	
Luz, Água e Coleta de Lixo	93 (93,9%)

FONTE: A autora (2024).

LEGENDA: IIQ - Intervalo interquartilico.

A composição familiar foi predominantemente de pai, mãe e irmãos menores de 18 anos (47,5%) e pai e mãe (13,0%) (TABELA 4).

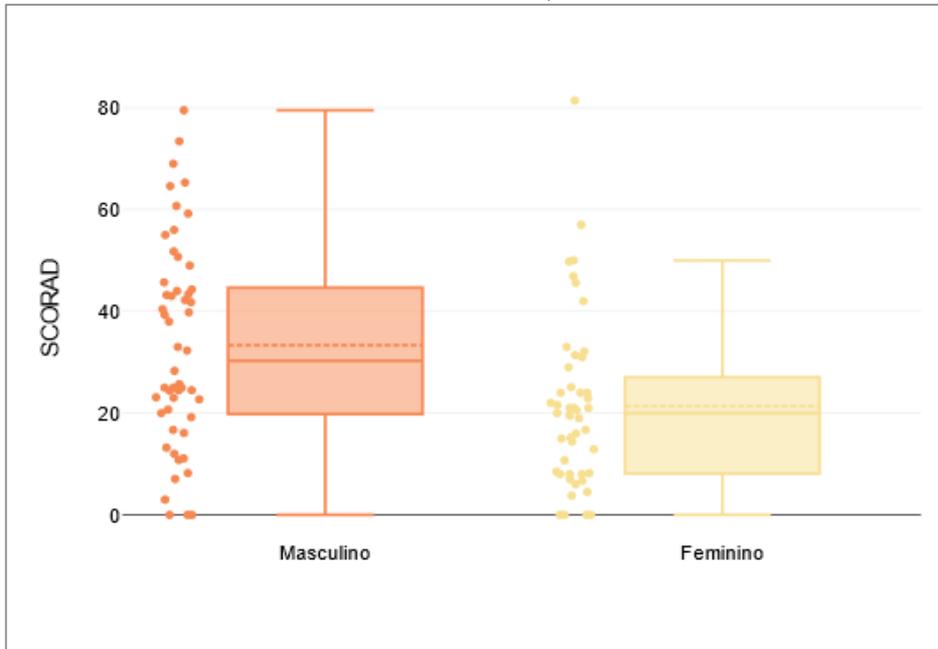
TABELA 4 - COMPOSIÇÃO FAMILIAR DOS PARTICIPANTES

Composição Familiar	n (%)
pai + mãe + irmão(s) menor(es) de 18 anos	47 (47,5%)
pai + mãe	13 (13,1%)
mãe solo apenas	5 (5,0%)
pai + mãe + irmão(s) menor(es) de 18 anos + irmão(s) maior(es) de 18 anos	4 (4,0%)
pai + mãe + irmão(s) maior(es) de 18 anos	2 (2,0%)
outro familiar	2 (2,0%)
pai + mãe + outro familiar	2 (2,0%)
pai + mãe + irmão(s) menor(es) de 18 anos + outro familiar	5 (5,0%)
mãe solo + irmão(s) menor(es) de 18 anos	6 (6,1%)
mãe solo + irmão(s) menor(es) de 18 anos + outro familiar, 9: mãe solo + outro familiar	11 (11,1%)
pai + mãe + irmão(s) maior(es) de 18 anos + outro familiar	2 (2,0%)

FONTE: A autora (2024).

A pontuação mediana da gravidade da DA pelo SCORAD foi de 24,0 (IIQ = 12,9-42,2), variando de 0,0 a 81, pontos. E a DA foi mais grave entre pacientes do sexo masculino [30,3 (IIQ = 19,5-45) vs 20,0 (IIQ = 8-29),  $p < 0,01$ ] (FIGURA 1).

FIGURA 1 - DISTRIBUIÇÃO GRAVIDADE DA DERMATITE ATÓPICA PELA PONTUAÇÃO DO SCORING ATOPIC DERMATITIS, CONFORME O SEXO



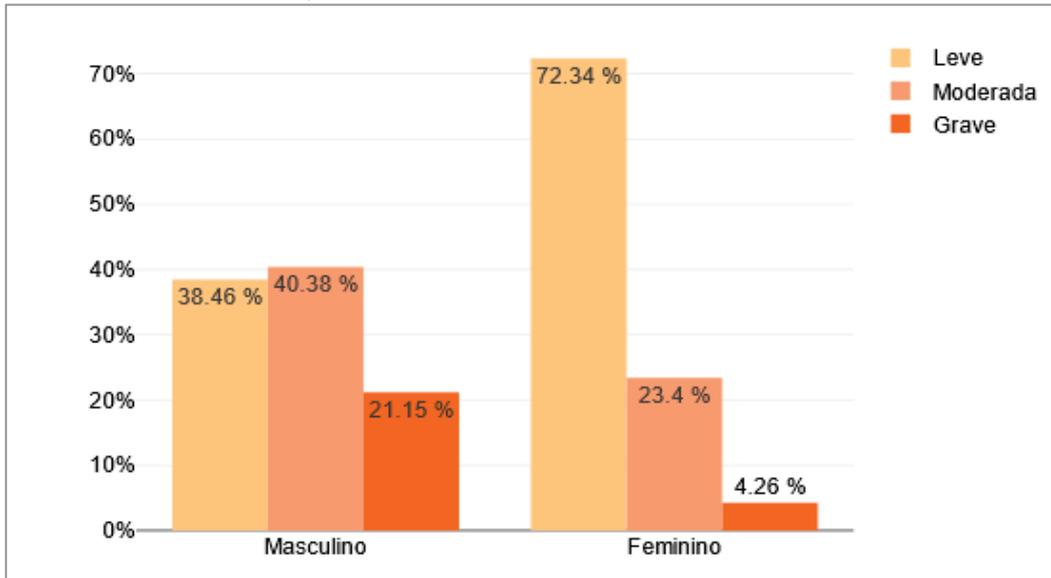
FONTE: A autora (2024).

LEGENDA: SCORAD - *Scoring Atopic Dermatitis*.

NOTA: Teste de Mann - Whitney:  $p < 0,01$ .

Pelo SCORAD em 54 casos a DA foi classificada como leve (54,5%), em 32 como moderada (32,3%) e em 13 como grave (13,1%), com maior frequência de doença moderada e grave nos pacientes do sexo masculino ( $p < 0,01$ ) (FIGURA 2).

FIGURA 2 - CLASSIFICAÇÃO DA GRAVIDADE DA DERMATITE ATÓPICA PELO *SCORING ATOPIC DERMATITIS*, CONFORME O SEXO



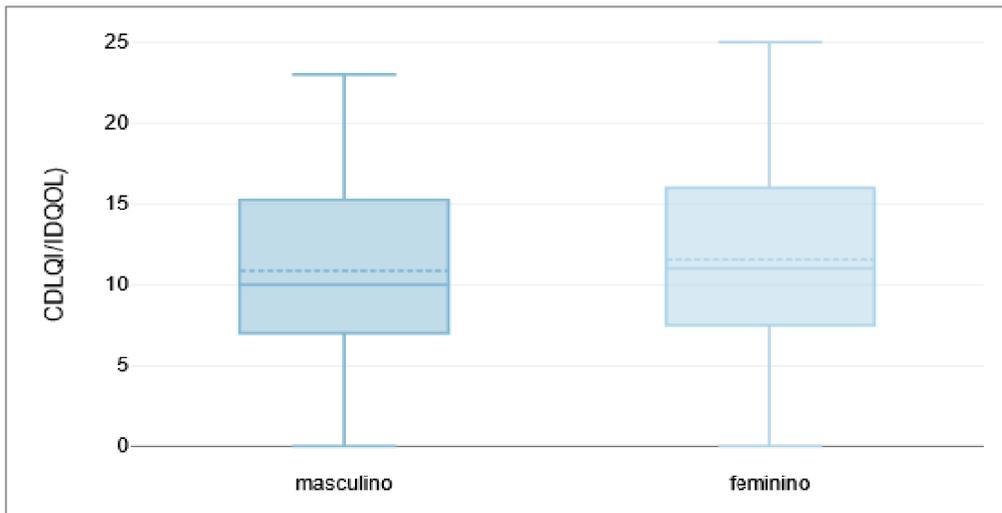
FONTE: A autora (2024)

NOTA: Teste qui-quadrado de Pearson:  $p < 0,01$ .

Não houve diferença de gravidade pelo SCORAD conforme a escolaridade dos pais ( $p = 0,94$ ) ou diferença na classificação da gravidade da DA com a escolaridade dos pais ( $p = 0,75$ ).

A pontuação da QV pelo CDLQI/IDQOL foi de 11,0 (IIQ = 7-16), variando de 0,0 a 25,0 pontos. A QV foi semelhante entre os pacientes, independente do sexo [10,0 (IIQ = 7-15,5) vs 11,0 (IIQ = 7-16),  $p = 0,60$ ] (FIGURA 3).

FIGURA 3 - DISTRIBUIÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DAS CRIANÇAS COM DERMATITE ATÓPICA, CONFORME O SEXO



FONTE: A autora (2024).

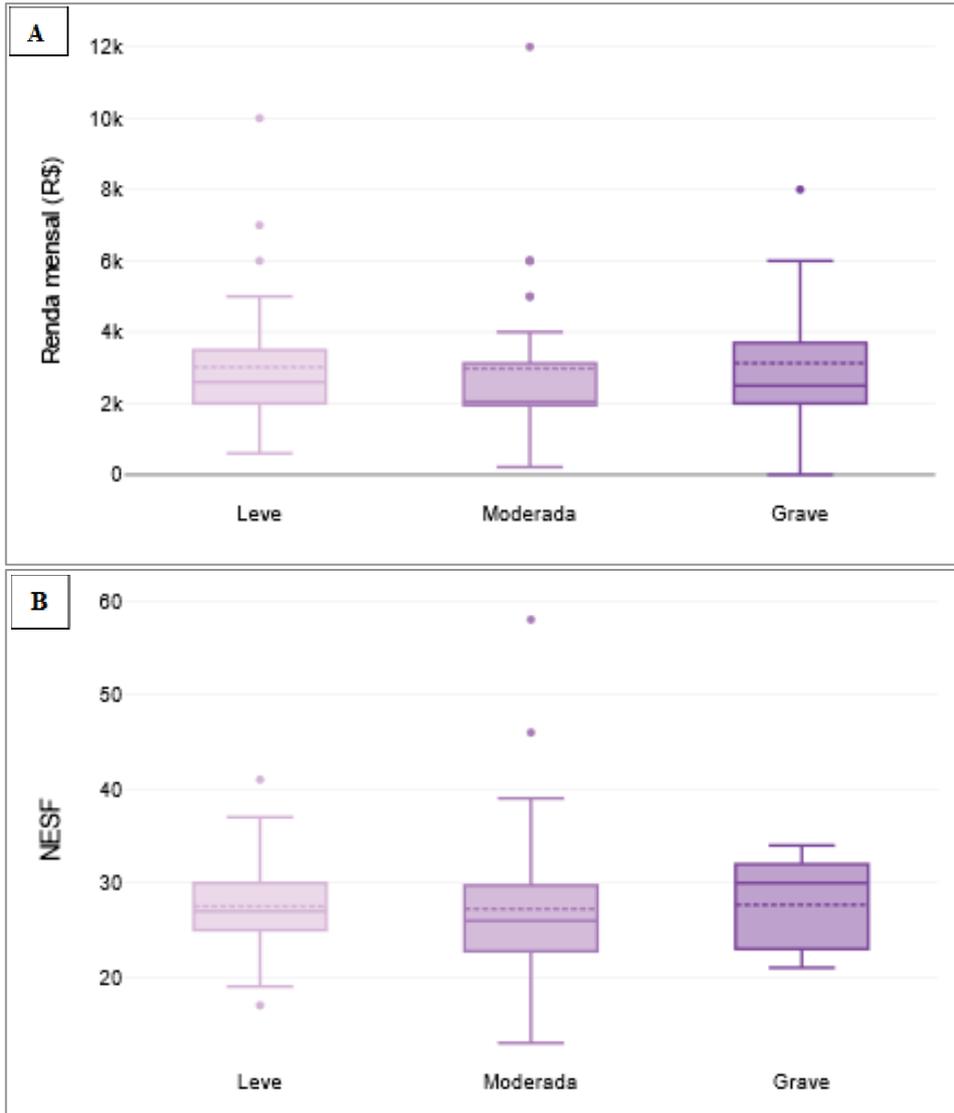
LEGENDA: CDLQI - *Children's Dermatology Life Quality Index*; IDQOL - *Infants Dermatitis Quality of Life Index*.

NOTA: Teste de Mann-Whitney:  $p = 0,60$ .

A pontuação da QV dos cuidadores pelo DFI foi de 12,0 (IIQ = 8-16), variando de 0,0 a 20,0 pontos.

Não se observou diferença nos valores medianos de renda familiar mensal ( $p = 0,59$ ) ou NSEF ( $p = 0,55$ ) conforme a classificação da gravidade da DA pelo SCORAD (figura 4).

FIGURA 4 - RENDA FAMILIAR MENSAL(A) E NÍVEL SOCIOECONÔMICO FAMILIAR(B), CONFORME A GRAVIDADE DA DERMATITE ATÓPICA PELA CLASSIFICAÇÃO DO *SCORING ATOPIC DERMATITIS*



FONTE: A autora (2024).

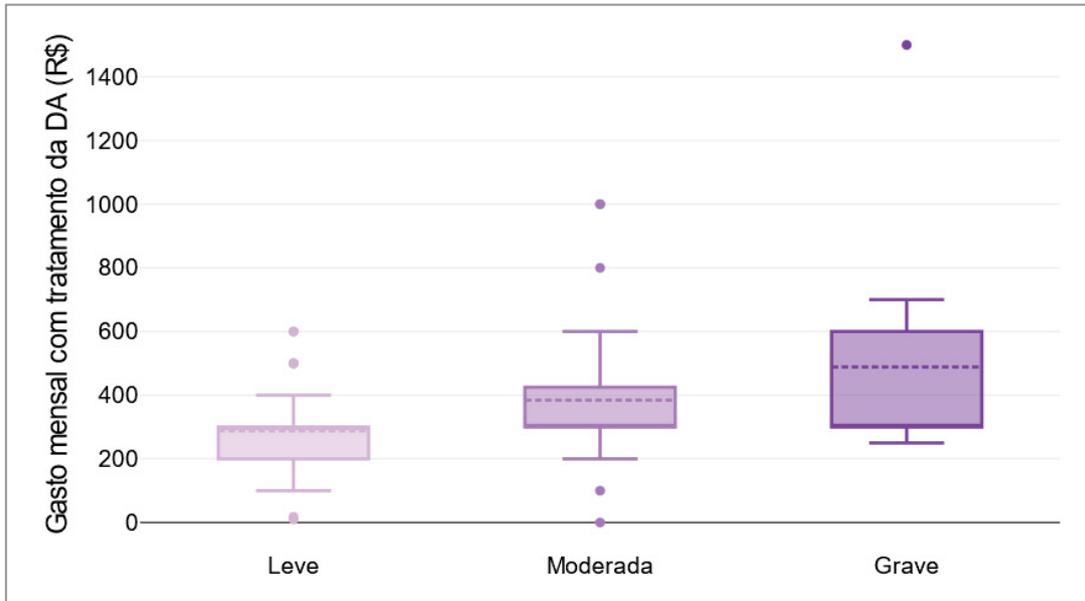
LEGENDA: NSEF - Nível socioeconômico Social Familiar; SCORAD - *Scoring Atopic Dermatitis*.

NOTA: Anova de Kruskal-Wallis:  $p = 0,59$ ;  $p = 0,55$ .

O gasto mensal com a doença foi de R\$ 300,00 (IIQ = 275-400), variando de R\$ 10,00 a R\$ 1.500,00, representando 12% da renda familiar.

O gasto mensal com a forma leve da doença pelo SCORAD foi significativamente menor do que o gasto mensal com as formas moderada e grave ( $p = 0,01$ ) (FIGURA 5).

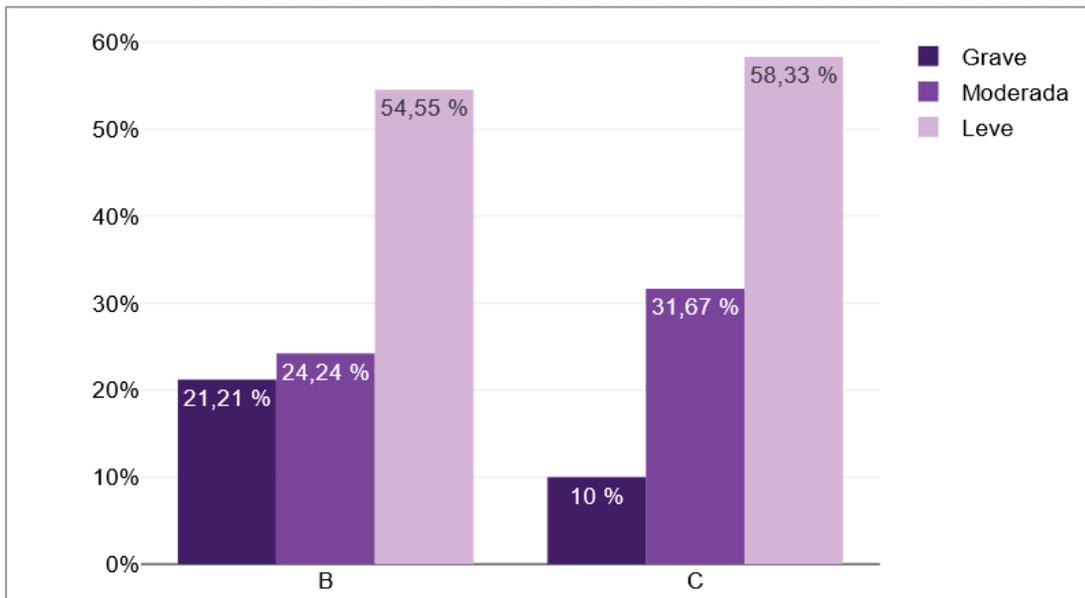
FIGURA 5 - GASTO MENSAL EM REAIS CONFORME A GRAVIDADE DA DERMATITE ATÓPICA PELO *SCORING ATOPIC DERMATITIS*



FONTE: A autora (2024).  
 LEGENDA: DA – Dermatite atópica.  
 NOTA: Anova de Kruskal-Wallis:  $p = 0,01$ .

Considerando as classes correspondentes a 90% das famílias (B e C), não houve diferença de gravidade conforme a classe social ( $p = 0,30$ ) (FIGURA 6).

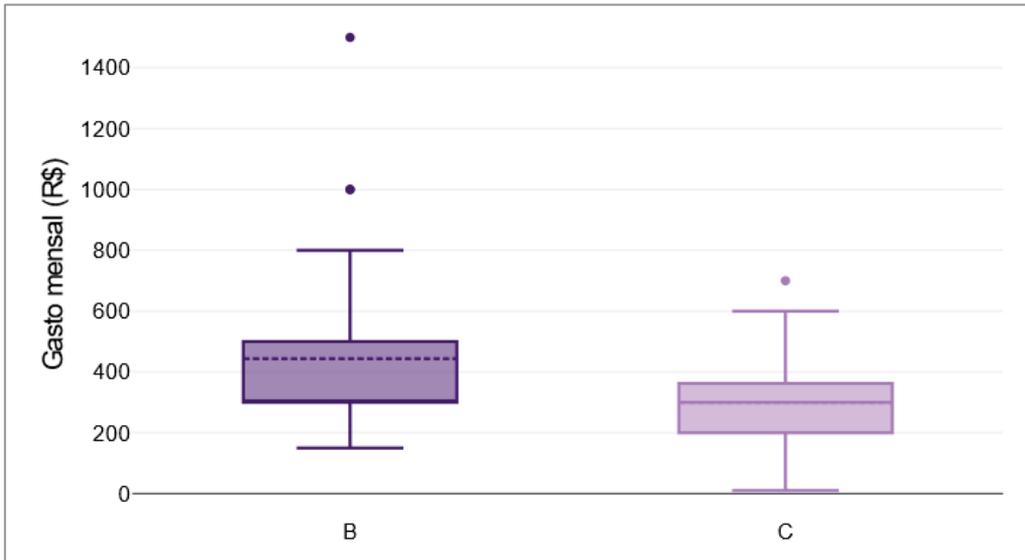
FIGURA 6 - GRAVIDADE DA DERMATITE ATÓPICA PELO *SCORING ATOPIC DERMATITIS* CONFORME AS CLASSES SOCIAIS PELO NÍVEL SOCIOECONÔMICO FAMILIAR



FONTE: A autora (2024).  
 NOTA: Teste qui-quadrado de Pearson:  $p = 0,30$ .

O gasto mensal com a DA foi significativamente maior entre os pacientes de classe social B comparados ao da classe C ( $p < 0,001$ ) (FIGURA 7).

FIGURA 7 - GASTO MENSAL DESTINADO PARA DERMATITE ATÓPICA DISTRIBUÍDO NAS CLASSES SOCIAIS B E C



FONTE: A autora (2024).

NOTA: Teste de Mann-Whitney:  $p < 0,001$ .

O principal local de aquisição de medicações e hidratantes para a DA foi a farmácia comercial (97,0% e 100,0%) (TABELA 5).

TABELA 5 - LOCAL DE AQUISIÇÃO DA MEDICAÇÃO PARA DERMATITE ATÓPICA

Local de aquisição	n (%)
<b>Medicamentos</b>	
Farmácia comercial	96 (97,0%)
UBS do município	36 (36,4%)
Farmácia especializada do estado	21 (21,2%)
Farmácia popular	2 (2,0%)
Defensoria pública	2 (2,0%)
<b>Hidratantes</b>	
Farmácia comercial	99 (100,0%)
Farmácia popular	20 (20,2%)

FONTE: A autora (2024).

O principal meio de locomoção para ir até as consultas foi o ônibus coletivo (57,6%) (TABELA 6).

TABELA 6 - MEIOS DE LOCOMOÇÃO PARA IR ÀS CONSULTAS MÉDICAS

Meios de locomoção	n (%)
Ônibus coletivo	57 (57,6%)
Motocicleta	1 (1,0%)
Carro	30 (30,3%)
Transporte da prefeitura de origem	11 (11,1%)

FONTE: A autora (2024).

Os programas federais ou municipais mais acessados foram o bolsa família (35,3%), armazém da família (18,2%) e tarifa social (18,2%), sendo que 27 deles (27,3%) referiram utilizar mais de um benefício social e 51 deles (51,5%) nenhum (TABELA 7).

TABELA 7 - BENEFÍCIOS SOCIAIS GOVERNAMENTAIS UTILIZADOS PELOS CUIDADORES

Benefícios sociais	n (%)
Nenhum	51 (51,5%)
Bolsa família	35 (35,3%)
Armazém da família	18 (18,2%)
Tarifa social	18 (18,2%)
Cesta básica	8 (8,1%)
Auxílio transporte	5 (5,0%)
Isenção tarifária	2 (2,0%)

FONTE: A autora (2024).

Na comparação entre os participantes conforme a raça observou-se apenas maior frequência de escolaridade máxima de nível médio incompleto entre os participantes de cor parda/preta ( $p = 0,03$ ), assim como a utilização de programas sociais, com nível de significância limítrofe ( $p = 0,05$ ). Para as demais variáveis também não foram observadas diferenças estatisticamente significativas (TABELA 8).

TABELA 8 - COMPARAÇÃO DOS PARTICIPANTES CONFORME A RAÇA

	Parda/Preta (n = 36)	Branca (n = 63)	p
<b>Escolaridade máxima</b>			
Ensino médio incompleto	12 (33,3%)	9 (14,3%)	<b>0,03*</b>
<b>Com saneamento básico</b>	2 (5,6%)	4 (6,3%)	0,87*
<b>Uso de Programas Sociais</b>	22 (61,1%)	26 (41,3%)	<b>0,05*</b>
<b>SCORAD</b>	20,5 (8,3-40,1)	24,0 (16-43)	0,27†
<b>Classificação DA</b>			
Leve	19 (52,8%)	35 (55,6%)	
Moderada	14 (38,9%)	18 (28,6%)	0,41‡
Grave	3 (8,3%)	10 (15,9%)	
<b>CDLQI</b>	10,5 (6,5-15)	10,0 (7-15)	0,71†
<b>DFI</b>	13,0 (7,5-16)	13,0 (10-16)	0,41†
<b>Gasto mensal</b>	300 (225-375)	300 (250-400)	0,43†

FONTE: A autora (2024).

LEGENDA: CDLQI - *Children's Dermatology Life Quality Index*; DA – Dermatite atópica; DFI - *Dermatitis Family Impact Questionnaire*; SCORAD - *Scoring Atopic Dermatitis*.

NOTA: \*Teste exato de Fisher; †Teste de Mann-Whitney; ‡Teste qui-quadrado de Pearson.

No modelo de regressão logística multivariada, considerando como variável dependente a QV aferida pelo CDLQI/IDQOL e como variáveis independentes a gravidade da DA aferida pelo SCORAD, sexo, escolaridade, classe social, renda mensal e gastos mensais, observou-se

que as variáveis renda mensal ( $p < 0,01$ ) e gravidade da DA ( $p = 0,02$ ) foram responsáveis por 20% da variabilidade da pontuação do questionário de qualidade de vida ( $R^2 = 0,20$ ), conforme apresenta a Tabela 9.

TABELA 9 - PREDITORES DE QUALIDADE DE VIDA DAS FAMÍLIAS

Preditor	Estimativas	Erro- Padrão	<i>p</i>
SCORAD	0,06	0,03	0,02
Renda mensal	-0,01	3,41	< 0,01
Sexo (Fem – Masc)	-1,76	1,12	0,12
Escolaridade (médio/superior/fundamental)	-1,54	1,38	0,26
Classe socioeconômica (B – C)	-1,10	1,23	0,37

FONTE: A autora (2024).

LEGENDA: Fem – feminino; Masc – masculino; SCORAD - *Scoring of Atopic Dermatitis*.

NOTA: Regressão Múltipla:  $p < 0,01$ ,  $R^2 = 0,20$

#### 4.4 DISCUSSÃO

As classes socioeconômicas B2, C1 e C2 foram predominantes neste estudo, o que era esperado, considerando que se trata de um ambulatório do Sistema Único de Saúde (SUS). Não houve diferença na gravidade da DA e na QV dos participantes conforme a classe socioeconômica e a renda familiar. No entanto, os custos com o tratamento foram mais elevados nos casos de DA grave e moderada e menores entre as classes socioeconômicas mais vulneráveis.

A maioria dos participantes (54,6%) apresentava DA leve no momento da entrevista. Esse achado pode ser justificado pelo fato de que, embora o ambulatório esteja inserido em um serviço de saúde terciário, voltado para casos dermatológicos mais complexos e graves, os períodos de exacerbação da DA podem ser controlados com monitoramento e tratamento adequados.

Esse percentual é semelhante ao encontrado por Robl *et al.* (2016), que, em um estudo realizado no mesmo serviço em outro período, identificaram que 55,2% das crianças tinham DA leve, 22,8% DA moderada e 21,9% DA grave. Já no estudo de Carvalho *et al.* (2017), a DA moderada foi a mais prevalente (36,6%), seguida pelas formas leve e grave, ambas com 31,7%. Em contrapartida, Kobusiewicz *et al.* (2023) relataram uma distribuição de gravidade de 52% para DA moderada, 35% para DA grave e 13% para DA leve. No estudo de Rangel *et al.* (2023), a DA grave foi a mais comum (57,3%), seguida da moderada (29,4%) e da leve (13,3%). Esses dados demonstram a variabilidade da gravidade da DA em diferentes períodos e populações,

evidenciando a heterogeneidade das características clínicas dos participantes recrutados, possivelmente influenciadas por fatores sociodemográficos e ambientais.

Estudos brasileiros têm utilizado o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) para avaliar o perfil socioeconômico dos usuários dos serviços de saúde (Martins *et al.*, 2007; Martins *et al.*, 2020). No presente estudo, as classes C1 e C2, somadas, representaram 60,7% das famílias participantes. De forma semelhante, Guibu *et al.* (2017) identificaram que 55% dos 8.676 usuários da Atenção Primária à Saúde (APS) pertenciam à classe C. Embora discretamente menor, esse percentual sugere que mais da metade dos usuários do SUS pertence a uma classe socioeconômica intermediária. No entanto, são necessários estudos com populações maiores para confirmar esse perfil entre crianças com DA.

Neste estudo, a gravidade da DA e a QV das crianças e seus cuidadores não foram impactadas pela classe socioeconômica e pela renda familiar. Esse achado sugere que a gravidade da DA está mais relacionada à suscetibilidade individual de cada criança, especialmente suas características genéticas e imunológicas.

A ausência de correlação entre perfil socioeconômico e gravidade da DA está de acordo com um estudo realizado no Reino Unido entre 1998 e 1999, com 137 crianças portadoras da doença, no qual não houve variação da gravidade conforme a classe social (Ben-Gashir; Seed; Hay, 2004). Contudo, a avaliação socioeconômica do estudo britânico se baseou exclusivamente na profissão dos cuidadores, dividindo a população em cinco classes sociais. Diferentemente, o presente estudo utilizou um critério mais abrangente, considerando a escolaridade do chefe de família, infraestrutura da residência e posse de bens materiais.

Por outro lado, um estudo realizado nos Estados Unidos em 2007 identificou maior prevalência de DA grave entre crianças de famílias com renda mais baixa (Silverberg; Simpson, 2014). Essa discrepância pode estar relacionada a diferenças populacionais, reforçando a necessidade de mais estudos que avaliem a relação entre gravidade da DA e perfil socioeconômico, bem como possíveis fatores intervenientes.

O tratamento da DA envolve o uso de hidratantes e corticoides tópicos em todos os níveis de gravidade. Para casos moderados e graves, adicionam-se medicamentos sistêmicos como metotrexato, ciclosporina e o imunobiológico dupilumabe (Chu *et al.*, 2023). Muitos desses produtos não são fornecidos pelo sistema público de saúde brasileiro, como hidratantes e alguns corticoides tópicos (mometasona e betametasona) (Paraná, 2024). No presente estudo, 97% das famílias adquiriram medicamentos em farmácias comerciais, e 100% compraram hidratantes, evidenciando o impacto financeiro do tratamento da DA.

Compreender o perfil da população impactada pela DA no Brasil e os padrões de utilização dos recursos pode contribuir para a análise do impacto da doença no sistema público de saúde, além de apoiar a criação de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDT para seu tratamento (Santos *et al.*, 2021).

O custo mensal mediano do tratamento da DA no presente estudo foi de R\$ 300,00, representando 12% da renda familiar mensal. Esse dado demonstra um impacto financeiro significativo para as famílias, muitas das quais precisam arcar com despesas adicionais para tratar comorbidades associadas à DA, como asma e rinite alérgica (Su *et al.*, 1997).

Em um estudo com 79 cuidadores de crianças com DA nos EUA, calcularam um custo médio mensal de US\$ 274, correspondendo a 34,8% da renda familiar (Filanovsky *et al.*, 2016). Esse percentual é superior ao encontrado no presente estudo, possivelmente porque o estudo norte-americano considerou também os custos com consultas médicas, diferindo do cenário analisado, que envolveu exclusivamente usuários do SUS no Paraná.

O custo mensal do tratamento foi maior nos casos de DA moderada e grave, corroborando achados da literatura. Um estudo realizado na Itália com 33 crianças apontou um custo médio anual de 1.254€ (aproximadamente US\$ 1.540), sendo as principais despesas relacionadas a cremes hidratantes, produtos específicos de higiene e consultas particulares com especialistas (Ricci *et al.*, 2006). De forma semelhante, outro estudo nos EUA evidenciou o alto impacto financeiro da DA, especialmente entre famílias de baixa renda (Filanovsky *et al.*, 2016). Esses achados reforçam que, quanto mais grave a DA, maior a necessidade de produtos para seu controle e, conseqüentemente, maiores os custos.

O gasto mensal com a DA foi significativamente maior entre os pacientes da classe B em comparação com a classe C ( $p < 0,001$ ). Isso sugere que cuidadores com menor poder aquisitivo têm menor capacidade de investir no tratamento, independentemente da gravidade da doença, já que a distribuição da gravidade foi homogênea entre as classes sociais.

Estudos anteriores também apontam que indivíduos de classes socioeconômicas mais altas utilizam mais medicamentos. Bertoldi *et al.* (2004), em estudo com 3.182 indivíduos em Pelotas (RS), observaram que 23,8% dos pertencentes à classe A utilizavam três ou mais medicamentos regularmente, enquanto na classe E esse percentual foi de 13,4%. Arrais *et al.* (2005), ao analisar 1.370 consumidores de medicamentos em Fortaleza (CE), constataram que aqueles com renda familiar superior a três salários-mínimos consumiam 1,3 vezes mais medicamentos do que os de renda inferior.

Esses dados sugerem que um nível socioeconômico mais baixo reduz o acesso a recursos de saúde, levando muitas famílias a recorrerem ao SUS. No contexto da DA, isso é preocupante,

pois apenas alguns corticoides tópicos e imunossupressores são disponibilizados pela rede pública (Brasil, 2023a).

O Programa Bolsa Família (PBF) é uma referência internacional no enfrentamento da pobreza e na diminuição das desigualdades. Em 2014, a Organização das Nações Unidas (ONU) reconheceu sua importância para a retirada do Brasil do Mapa Mundial da Fome. Ao analisar alguns dados com recorte racial e de gênero: 73% das famílias beneficiadas eram formadas por pessoas negras. Além disso, entre as cisternas distribuídas pelo Programa Água Para Todos, 80% tinham como responsáveis familiares negros. Da mesma forma, 80% das famílias atendidas pelo Luz Para Todos eram compostas por pessoas negras ou pardas (Lira, 2019).

#### 4.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As limitações deste estudo estão relacionadas à sua natureza transversal, que pode não refletir a influência socioeconômica sobre a gravidade da DA ao longo do tempo, ao viés de memória decorrente do uso de questionários e ao fato de ter sido realizado exclusivamente com usuários do SUS, o que pode não representar toda a população com DA.

A contribuição desse estudo para a sociedade é de grande relevância, pois, ao ser o primeiro no Brasil ao descrever as características socioeconômicas das famílias de crianças com DA e a relação com a gravidade da doença, a QV e o acesso ao tratamento, ele oferece um panorama único e detalhado sobre as desigualdades enfrentadas por essas famílias.

O estudo não apenas contribui para a compreensão dos fatores que influenciam a saúde das crianças com DA, mas também oferece subsídios para a formulação de políticas públicas mais eficazes e direcionadas a esse grupo. Além disso, destaca a necessidade de um cuidado integral à saúde, que leve em consideração não apenas o tratamento médico, mas também o contexto social e econômico das famílias.

Diante disso, conclui-se que o perfil socioeconômico das famílias das crianças com DA aponta para as classes socioeconômicas C1 e B2 como predominantes na amostra. Embora fatores socioeconômicos e a renda familiar não tenham influenciado a gravidade da DA e a QV, eles determinaram um menor acesso ao tratamento e maior carga financeira para as famílias. Os custos com o tratamento foram mais elevados entre os participantes pertencentes à classe socioeconômica B, em comparação com a classe C.

## 4.6 REFERÊNCIAS

- ARRAIS, P. S. D. *et al.* Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad Saúde Pública** [online]; v. 21, n. 6, p.: 1737-1746, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000600021>. Acesso em: 20 fev. 2025.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). **Critério de Classificação Econômica Brasil** [recurso eletrônico]. 2021. Disponível em: [https://abep.org/wp-content/uploads/2024/09/01\\_cceb\\_2022.pdf](https://abep.org/wp-content/uploads/2024/09/01_cceb_2022.pdf). Acesso em: 13 fev. 2024.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). Critério de Classificação Econômica Brasil [recurso eletrônico]. 2021 Disponível em: [https://abep.org/wp-content/uploads/2024/09/01\\_cceb\\_2024.pdf](https://abep.org/wp-content/uploads/2024/09/01_cceb_2024.pdf). Acesso em: 13 fev. 2024.
- BEN-GASHIR, M. A.; SEED, P. T.; HAY, R. J. Predictors of atopic dermatitis severity over time. **J Am Acad Dermatol** [online]; v. 50, n. 3, p.: 349-356, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2003.09.004>. Acesso em: 20 fev. 2025.
- BERTOLDI, A. D. *et al.* Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. **Rev Saúde Pública** [online]; v. 38, n. 2, p.: 228-238, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102004000200012>. Acesso em: 20 fev. 2025.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Dermatite Atópica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023a. Disponível em: [https://www.gov.br/conitec/ptbr/midias/consultas/relatorios/2023/20230418\\_relatorio\\_de\\_recomendacao\\_pcdt\\_dermatite\\_atopica\\_cp\\_09.pdf](https://www.gov.br/conitec/ptbr/midias/consultas/relatorios/2023/20230418_relatorio_de_recomendacao_pcdt_dermatite_atopica_cp_09.pdf). Acesso em: 13 fev. 2024.
- CARVALHO, S. L. C. de *et al.* Impacto da dermatite atópica na qualidade de vida da família. **Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia** [online]; v. 1, n. 3, p.: 305-310, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2526-5393.20170043>. Acesso em: 13 fev. 2024.
- CHOVATIYA, R. Atopic dermatitis (eczema). **JAMA** [online]; v. 329, n. 3, p.: 268, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2022.21457>. Acesso em: 20 fev. 2025.
- FILANOVSKY, M. G. *et al.* The Financial and Emotional Impact of Atopic Dermatitis on Children and Their Families. **J Pediat** [online], v. 169, p.: 284-290.e5, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2015.10.077>. Acesso em: 13 fev. 2024.
- GUIBU, I. A. *et al.* Main characteristics of patients of primary health care services in Brazil. **Rev Saúde Pública** [online]; v. 51, p.: 17s, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007070>. Acesso em: 20 mar. 2025.
- INSTITUTE FOR HUMAN DATA SCIENCE (IQVIA). Dermatologia Clínica. Aumentando a conscientização e o acesso aos cuidados médicos na América Latina: estudos de caso sobre dermatite atópica e alopecia areata [site]. 2022. Disponível em: <https://www.iqvia.com/pt-br/insights/the-iqvia-institute/reports-and-publications/reports/medical-dermatology>. Acesso em: 20 mar. 2025.

- KOBUSIEWICZ, A. K. *et al.* The relationship between atopic dermatitis and atopic itch in children and the psychosocial functioning of their mothers: A cross-sectional study. **Front Med (Lausanne)** [online]; v. 10, p.: 1066495, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1066495>. Acesso em: 20 mar. 2025.
- LEWIS-JONES, M. S.; FINLAY, A. Y.; DYKES, P. J. The infants' dermatitis quality of life index. **Br J Dermatol** [online]; v. 144, n. 1, p.: 104-110, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2133.2001.03960.x>. Acesso em: 20 mar. 2025.
- LIRA, P. L. Mulheres Negras: desigualdade racial e de gênero e as políticas e programas sociais. In: Encontro Nacional Pesquisa em Serviço Social, XVI, Vitória, ES, 2018. **Anais XVI ENPESS** [online]; v. 1, n.1, não p., 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/22183>. Acesso em: 20 mar. 2025.
- MARTINS, R. J. *et al.* Associação entre classe econômica e estresse na ocorrência da disfunção temporomandibular. **Rev Bras Epidemiol** [online]; v. 10, n. 2, p.: 215-222, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2007000200009>. Acesso em: 20 mar. 2025.
- MARTINS, T. C. R. *et al.* Influência do nível socioeconômico, idade, gordura corporal e sintomas depressivos na frequência de atividade física em adultos: uma análise de caminhos. **Ciênc Saúde Coletiva** [online]; v. 25, n. 10, p.: 3847-3855, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.24742018>. Acesso em: 20 mar. 2025.
- MOREIRA, H. G. Precisamos falar de determinantes sociais de saúde cardiovascular. **Arq Bras Cardiol** [online]; v. 120, n. 8, p.: e20230569, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20230569>. Acesso em: 20 mar. 2025.
- RICCI, G. *et al.* Atopic dermatitis in Italian children: evaluation of its economic impact. **J Pediatr Health Care** [online]; v. 20, n. 5, p.: 311-315, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2006.04.009>. Acesso em: 13 fev. 2024.
- SANTOS, A. *et al.* Características demográficas e utilização de recursos por pacientes com dermatite atópica no Sistema Único de Saúde (SUS). **J Bras Econ Saúde** [online]; v. 13, n. 3, p.: 279-288, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.21115/JBES.v13.n3.p279-87>. Acesso em: 20 mar. 2025.
- PARANÁ. Secretaria Municipal de Saúde. **Consulte medicamentos da farmácia do paraná** [site]. 2024. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/servicos/Saude/Medicamentos/Consultar-medicamentos-da-Farmacia-do-Parana-aPo4Dmom>. Acesso em: 4 fev. 2024.
- SILVERBERG, J. I.; SIMPSON, E. L. Associations of childhood eczema severity: A US population-based study. **Dermatitis** [online]; v. 25, n. 3, p.: 107-114, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/der.000000000000034>. Acesso em: 20 mar. 2025.
- SU, J. C. *et al.* Atopic eczema: its impact on the family and financial cost. **Arch Dis Child** [online]; v. 76, n. 2, p.: 159-162, 1997. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/adc.76.2.159>. Acesso em: 20 mar. 2025.

## 5 CONCLUSÃO

O perfil socioeconômico das famílias das crianças com DA revela que as classes C1 e B2 são as mais predominantes na amostra.

Embora fatores socioeconômicos e a renda familiar não tenham influenciado a gravidade da DA ou a qualidade de vida (QV), eles impactaram o acesso ao tratamento e aumentaram a carga financeira para as famílias.

Os custos com o tratamento foram mais elevados entre os participantes da classe socioeconômica B em comparação com os da classe C.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As limitações deste estudo estão relacionadas à sua natureza transversal, que pode não refletir a influência socioeconômica sobre a gravidade da DA ao longo do tempo; ao viés de memória, decorrente do uso de questionários; e ao fato de ter sido realizado exclusivamente com usuários do SUS, o que pode não representar a realidade de toda a população com DA.

A contribuição desse estudo para a sociedade é de grande relevância, pois, ao ser o primeiro no Brasil ao descrever as características socioeconômicas das famílias de crianças com DA e a relação com a gravidade da doença, a QV e o acesso ao tratamento, ele oferece um panorama único e detalhado sobre as desigualdades enfrentadas por essas famílias.

O estudo não apenas contribui para a compreensão dos fatores que influenciam a saúde das crianças com DA, mas também oferece subsídios para a formulação de políticas públicas mais eficazes e direcionadas a esse grupo. Além disso, destaca a necessidade de um cuidado integral à saúde, que leve em consideração não apenas o tratamento médico, mas também o contexto social e econômico das famílias.

É importante destacar que a pesquisa é um processo contínuo e dinâmico. Dessa forma, a temática apresentada neste estudo não se esgota, indicando a necessidade de novas pesquisas, descobertas e análises exploratórias.

## REFERÊNCIAS

- AKCAY, A. *et al.* What do child daycare center teachers know about atopic dermatitis? **Pediatr dermatol** [online]; v. 31, n. 1, p.: 54-58, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/pde.12139>. Acesso em: 20 mar. 2025.
- ARRAIS, P. S. D., *et al.* Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad Saúde Pública** [online]; v. 21, n. 6, p.: 1737-1746, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000600021>. Acesso em: 20 mar. 2025.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). **Critério de Classificação Econômica Brasil** [recurso eletrônico]. 2021. Disponível em: [https://abep.org/wp-content/uploads/2024/09/01\\_cceb\\_2022.pdf](https://abep.org/wp-content/uploads/2024/09/01_cceb_2022.pdf). Acesso em: 13 fev. 2024.
- AGBOOLA, F., *et al.* JAK inhibitors and monoclonal antibodies for the treatment of atopic dermatitis: Effectiveness and value. **J Manag Care Spec Pharm** [online]; v. 28, n. 1, p.: 108-114, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.18553/jmcp.2022.28.1.108>. Acesso em: 20 mar. 2025.
- AOKI, V., *et al.* Consensus on the therapeutic management of atopic dermatitis - Brazilian Society of Dermatology. **An Bras Dermatol** [online]; v. 94, n. 2 suppl 1, p.: 67-75, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.2019940210>. Acesso em: 20 mar. 2025.
- BAJWA, H. *et al.* Mixed evidence on the relationship between socioeconomic position and atopic dermatitis: A systematic review. **J Am Acad Dermatol** [online]; v. 86, n. 2, p.: 399-405, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2021.09.018>. Acesso em: 20 mar. 2025.
- BEN-GASHIR, M. A.; SEED, P. T.; HAY, R. J. Predictors of atopic dermatitis severity over time. **J Am Acad Dermatol** [online]; v. 50, n. 3, p.: 349-356, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2003.09.004>. Acesso em: 20 mar. 2025.
- BERTOLDI, A. D., *et al.* Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. **Rev Saúde Pública** [online]; v. 38, n. 2, p.: 228-238, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102004000200012>. Acesso em: 20 mar. 2025.
- BOGUNIEWICZ, M., *et al.* Atopic dermatitis yardstick: Practical recommendations for an evolving therapeutic landscape. **Ann Allergy Asthma Immunol** [online]; v. 120, n. 1, p.: 10-22.e2, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.anai.2017.10.039>. Acesso em: 20 mar. 2025.
- BRASIL. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 5 de outubro de 1988. **Diário Oficial da União**, n. 191, Brasília, DF, 05 out. 1988. Seção 1, p.: 1.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas constitucionais nºs 1/1992 a 110/2021, pelo Decreto legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas constitucionais de revisão nºs 1 a 6/1994. – 57. ed. – Brasília, DF: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2021. – (Série legislação; n. 1)

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, n. 182, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p.: 18055.

BRASIL. Agência Nacional De Vigilância Sanitária (ANVISA). **Dupixent (dupilumabe): nova indicação** [online]. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/novos-medicamentos-e-indicacoes/dupixent-dupilumabe-nova-indicacao>. Acesso em: 13 fev. 2024.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Dermatite Atópica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023a. Disponível em: [https://www.gov.br/conitec/ptbr/midias/consultas/relatorios/2023/20230418\\_relatorio\\_de\\_recomendacao\\_pcdt\\_dermatite\\_atopica\\_cp\\_09.pdf](https://www.gov.br/conitec/ptbr/midias/consultas/relatorios/2023/20230418_relatorio_de_recomendacao_pcdt_dermatite_atopica_cp_09.pdf). Acesso em: 13 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. Portaria conjunta SAES/SECTICS nº 34, de 20 de dezembro de 2023. Aprova o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da dermatite atópica. **Diário Oficial da União**, n. 243, Brasília, DF, 22 de dezembro de 2023b. Seção 1, p. 168.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo/Rio de Janeiro: Cortez/Editora UFRJ, 1996.

BRAVO, M. I. S. A Política de Saúde na Década de 90: Projetos em Disputa. *In: Superando Desafios – Cadernos do Serviço Social do Hospital Universitário Pedro Ernesto*. Rio de Janeiro: UERJ/HUPE, v. 4, 1999.

BRAVO, M. I. S. As Políticas Brasileiras de Seguridade Social: Saúde. *In: Capacitação em Serviço Social e Política Social- CFESS/CEAD*. Módulo III: Política Social. Brasília, DF: UnB-CEAD/CFESS, 2000.

BRAVO, M. I. S. **Saúde e Serviço Social no Capitalismo: fundamentos sócio-históricos**. São Paulo: Cortez, 2013.

BYLUND, S. *et al.* Prevalence and incidence of atopic dermatitis: A systematic review. **Acta Derm Venereol** [online]; v. 100, n. 12, p.: 100-112, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.2340/00015555-3510>. Acesso em: 20 mar. 2025.

CARVALHO, S. L. C. de, *et al.* Impacto da dermatite atópica na qualidade de vida da família. **Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia** [online]; v. 1, n. 3, p.: 305-310, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2526-5393.20170043>. Acesso em: 13 fev. 2024.

CASTRO, A. P. M. *et al.* Guia prático para o manejo da dermatite atópica: opinião conjunta de especialistas em alergologia da Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia e da Sociedade Brasileira de Pediatria. **Rev Bras Alergia Imunopatol** [online]; v. 29, n. 6, p.: 268-82, 2006. Disponível em: [http://aaai-asbai.org.br/audiencia\\_pdf.asp?aid2=278&nomeArquivo=v29n6a05.pdf&ano=2006](http://aaai-asbai.org.br/audiencia_pdf.asp?aid2=278&nomeArquivo=v29n6a05.pdf&ano=2006). Acesso em: 20 mar. 2025.

CHOVATIYA, R. Atopic dermatitis (eczema). **JAMA** [online]; v. 329, n. 3, p.: 268, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2022.21457>. Acesso em: 20 mar. 2025.

CHOVATIYA, R.; *et al.* The financial burden of out-of-pocket healthcare expenses on caregivers of children with atopic dermatitis in the United States. **Skin Health Dis** [online]; v. 3, n. 1, p.: e191, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ski2.191>. Acesso em: 13 fev. 2024.

CHUNG, J.; SIMPSON, E. L. The socioeconomics of atopic dermatitis. **Ann Allergy Asthma Immunol** [online]; v.122, n. 4, p.: 360-366, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.anai.2018.12.017>. Acesso em: 20 mar. 2025.

CHU, D. K., *et al.* Atopic dermatitis (eczema) guidelines: 2023 American Academy of Allergy, Asthma and Immunology/American College of Allergy, Asthma and Immunology Joint Task Force on Practice Parameters GRADE– and Institute of Medicine-based recommendations. **Ann Allergy Asthma Immunol** [online]; v. 132, n. 3, p.: 1-39, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.anai.2023.11.009>. Acesso em: 20 mar. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília, DF, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Resolução nº 383**, de 29 de março de 1999. Caracteriza o assistente social como profissional de saúde. Brasília, DF: 1999.

EICHENFIELD, L. F., *et al.* Current Guidelines for the evaluation and management of atopic dermatitis: A comparison of the Joint Task Force Practice Parameter and American Academy of Dermatology guidelines. **J Allergy Clin Immunol** [online]; v 139, n. 4S, p.: S49-57, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2017.01.009>. Acesso em: 20 mar. 2025.

ELEZBAWY, B., *et al.* The humanistic and economic burden of atopic dermatitis among adults and adolescents in Saudi Arabia. **J Med Econ** [online]; v. 25, n. 1, p.: 1231-1239, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13696998.2022.2152234>. Acesso em: 20 mar. 2025.

EYERICH, K., *et al.* Real-world clinical, psychosocial and economic burden of atopic dermatitis: Results from a multicountry study. **J Eur Acad Dermatol Venereol** [online]; v. 38, n. 2, p.: 340-353, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jdv.19500>. Acesso em: 20 mar. 2025.

FAYE, O., *et al.* Atopic dermatitis: A global health perspective. **J Eur Acad Dermatol Venereol**. [online]; v. 38, n. 5, p.: 801-811, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jdv.19723>. Acesso em: 20 mar. 2025.

FRAZIER, W.; BHARDWAJ, N. Atopic Dermatitis: Diagnosis and Treatment. **Am Fam Physician**. [online], v.101, n.10, p.:590-598, 2020. Disponível em: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2020/0515/p590.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2025.

FILANOVSKY, M. G., *et al.* The Financial and Emotional Impact of Atopic Dermatitis on Children and Their Families. **J Pediat** [online], v. 169, p.: 284-290.e5, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2015.10.077>. Acesso em: 13 fev. 2024.

GKALPAKIOTIS, S., *et al.* Real-world clinical, psychosocial and economic burden of atopic dermatitis: Results from a multicountry study. **J Eur Acad Dermatol Venereol** [online]; v. 14, n. 5, p.: 1173-1187, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jdv.19500>. Acesso em: 20 mar. 2025.

GUIBU, I. A. *et al.* Main characteristics of patients of primary health care services in Brazil. **Rev Saúde Pública** [online]; v. 51, p.: 17s, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007070>. Acesso em: 20 mar. 2025.

GUERRA, Y. **O projeto profissional crítico: estratégias de enfrentamento das condições contemporâneas da prática profissional.** In: Serviço Social & Sociedade, São Paulo: Cortez, v. 28, n. 91, 2007.

HANIFIN, J. M.; RAJKA, G. Diagnostic features of atopic dermatitis. **Acta Dermato-Venereol** [online]; n. 92, n. 92, p.: 44-47, 1980. Disponível em: <https://doi.org/10.2340/00015555924447>. Acesso em: 20 mar. 2025.

IAMAMOTO, M. V. O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 2008.

INSTITUTE FOR HUMAN DATA SCIENCE / INSTITUTO DE CIÊNCIA DE DADOS HUMANOS (IQVIA). Dermatologia Clínica. Aumentando a conscientização e o acesso aos cuidados médicos na América Latina: estudos de caso sobre dermatite atópica e *alopecia areata* [site]. 2022. Disponível em: <https://www.iqvia.com/pt-br/insights/the-iqvia-institute/reports-and-publications/reports/medical-dermatology>. Acesso em: 20 mar. 2025.

KEMP, A. S. Cost of illness of atopic dermatitis in children: a societal perspective. **Pharmacoeconomics** [online]; v. 21, p.: 105-113, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.2165/00019053-200321020-00003>. Acesso em: 20 mar. 2025.

KHAN, A. Q., *et al.* Targeting deregulated oxidative stress in skin inflammatory diseases: An update on clinical importance. **Biomed Pharmacother** [online]; v. 154, p.: 113601, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36049315>. Acesso em: 27 abr. 2023.

KOBUSIEWICZ, A. K., *et al.* The relationship between atopic dermatitis and atopic itch in children and the psychosocial functioning of their mothers: A cross-sectional study. **Front Med (Lausanne)** [online]; v. 10, p.: 1066495, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1066495>. Acesso em: 20 mar. 2025.

KUSARI, A., *et al.* Atopic Dermatitis: New Developments. **Dermatol Clin** [online]; v. 37, n. 1, p.: 11-20, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.det.2018.07.003>. Acesso em: 20 mar. 2025.

LANGAN, S. M.; IRVINE, A. D.; WEIDINGER, S. Atopic dermatitis. *Lancet* [online]; v. 396, n. 10247, p.: 345-360, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)31286-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)31286-1). Acesso em: 20 mar. 2025.

LAWSON, V. *et al.* The family impact of childhood atopic dermatitis: the Dermatitis Family Impact questionnaire. **Br J Dermatol** [online]; v. 138, n. 1, p.: 107-113, 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2133.1998.02034.x>. Acesso em: 20 mar. 2025.

LEE, E. M., *et al.* Economic burden of atopic dermatitis in Taiwan. **Acta Derm Venereol** [online]; v. 103, p.: adv00866, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.2340/actadv.v103.4556>. Acesso em: 20 mar. 2025.

LEWIS-JONES, M. S.; FINLAY, A. Y. The Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI): initial validation and practical use. **Br J Dermatol** [online]; v. 132, n. 6, p.: 942-949, 1995. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.1995.tb16953.x>. Acesso em: 20 mar. 2025.

LEWIS-JONES, M. S.; FINLAY, A. Y.; DYKES, P. J. The infants' dermatitis quality of life index. **Br J Dermatol** [online]; v. 144, n. 1, p.: 104-110, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2133.2001.03960.x>. Acesso em: 20 mar. 2025.

LIRA, P. L. Mulheres Negras: desigualdade racial e de gênero e as políticas e programas sociais. *In: Encontro Nacional Pesquisa em Serviço Social, XVI, Vitória, ES, 2018. Anais XVI ENPESS* [online]; v. 1, n.1, não p., 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/abeps/article/view/22183>. Acesso em: 20 mar. 2025.

MALAYSIAN HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT SECTION (MAHTAS). **Clinical practice guidelines: management of atopic eczema**. Level 4, Block E1, Precinct 1, 2018. *E-Book*. Disponível em: <https://encurtador.com.br/qh1Ej>. Acesso em: 20 mar. 2025.

MARTINS, R. J., *et al.* Associação entre classe econômica e estresse na ocorrência da disfunção temporomandibular. **Rev Bras Epidemiol** [online]; v. 10, n. 2, p.: 215-222, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2007000200009>. Acesso em: 20 mar. 2025.

MARTINS, T. C. R., *et al.* Influência do nível socioeconômico, idade, gordura corporal e sintomas depressivos na frequência de atividade física em adultos: uma análise de caminhos. **Ciênc Saúde Coletiva** [online]; v. 25, n. 10, p.: 3847-3855, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.24742018>. Acesso em: 20 mar. 2025.

MESQUITA, K.D.C; IGREJA, A.C.D.S.M.; COSTA, I.M.C. Atopic dermatitis and vitamin D: facts and controversies. **An Bras Dermatol** [online]; v. 88, n. 6, p.: 945-53, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20132660>. Acesso em: 20 mar. 2025.

MOREIRA, H. G. Precisamos falar de determinantes sociais de saúde cardiovascular. **Arq Bras Cardiol** [online]; v. 120, n. 8, p.: e20230569, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20230569>. Acesso em: 20 mar. 2025.

NUTTEN, S. Atopic dermatitis: Global epidemiology and risk factors. **Ann Nutr Metab** [online]; v. 66, n. Suppl. 1, p.: 8-16, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000370220>. Acesso em: 20 mar. 2025.

ORANJE, A., *et al.* Practical issues on interpretation of scoring atopic dermatitis: the SCORAD index, objective SCORAD and the three-item severity score. **Br J Dermatol** [online]; v. 157, n. 4, p.: 645-48, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2007.08112.x>. Acesso em: 20 mar. 2025.

ORFALI, R. L., *et al.* Consenso sobre o manejo terapêutico da dermatite atópica Sociedade Brasileira de Dermatologia: atualização sobre fototerapia e terapia sistêmica utilizando o método e-Delphi. **An Bras Dermatol** [online]; v. 98, n. 6, p.: 814-836, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.05.021>. Acesso em: 20 mar. 2025.

PEREIRA, E.F.; TEIXEIRA, C.S.; SANTOS, A. dos. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. Bras. Educ. Fis. Esporte**, São Paulo, v.26, n.2, p.241-50, 2012.

PITOMBEIRA, D. F.; OLIVEIRA, L. C. Pobreza e desigualdades sociais: tensões entre direitos, austeridade e suas implicações na atenção primária. **Ciênc Saúde Coletiva** [online]; v. 25, n. 5, p.: 1699-1708, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.33972019>. Acesso em: 20 mar. 2025.

PETERS, A. S., *et al.* Prediction of the incidence, recurrence, and persistence of atopic dermatitis in adolescence: A prospective cohort study. **J Allergy Clin Immunol** [online]; v. 126, n. 3, p.: 590-595, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2010.06.020>. Acesso em: 20 mar. 2025

PRADO, E., *et al.* Dermatite atópica grave: guia prático de tratamento da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia e Sociedade Brasileira de Pediatria. **Arq Asma Alerg Immunol** [online]; v. 6, n. 4, p.: 432-467, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2526-5393.20220053>. Acesso em: 20 mar. 2025.

RAZON, N.; HESSLER, D.; BIBBINS-DOMINGO, K. *et al.* How hypertension guidelines address social determinants of health. **Med Care** [online]; v. 59, n. 12, p.: 1122-1129, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/mlr.0000000000001649>. Acesso em: 20 mar. 2025

RANGEL, S. M., *et al.* Prevalence and associations of fatigue in childhood atopic dermatitis: A cross-sectional study. **J Eur Acad Dermatol Venereol** [online]; v. 37, n. 4, p.: 763-771, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jdv.18819>. Acesso em: 20 mar. 2025.

RICCI, G.; *et al.* Atopic dermatitis in Italian children: evaluation of its economic impact. **J Pediatr Health Care** [online]; v. 20, n. 5, p.: 311-315, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2006.04.009>. Acesso em: 13 fev. 2024.

RIBEIRO, K. G., *et al.* Determinantes sociais da saúde dentro e fora de casa: captura de uma nova abordagem. **Saúde Debate** [online]; v. 48, n. 140, p.: 04 mar. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2358-289820241408590P>. Acesso em: 20 mar. 2025.

ROBL, R., *et al.* Serum vitamin D levels not associated with atopic dermatitis severity. **Pediatr Dermatol** [online]; v. 33, n. 3, p.: 283-288, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/pde.12795>. Acesso em: 20 mar. 2025.

SANTOS, A., *et al.* Características demográficas e utilização de recursos por pacientes com dermatite atópica no Sistema Único de Saúde (SUS). **J Bras Econ Saúde** [online]; v. 13, n. 3, p.: 279-288, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.21115/JBES.v13.n3.p279-87>. Acesso em: 20 mar. 2025.

PARANÁ. Secretaria Municipal de Saúde. **Consulte medicamentos da farmácia do paraná** [site]. 2024. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/servicos/Saude/Medicamentos/Consultar-medicamentos-da-Farmacia-do-Parana-aPo4Dmom>. Acesso em: 4 fev. 2024.

SCHMIT, J., *et al.* Prednisolone vs. ciclosporin for severe adult eczema. An investigator-initiated double-blind placebo-controlled multicentre trial. **Br J Dermatol** [online]; v. 162, n. 3, p.: 6610-668, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2009.09561.x>. Acesso em: 20 mar. 2025.

SILVERBERG, J. I.; SIMPSON, E. L. Associations of childhood eczema severity: A US population-based study. **Dermatitis** [online]; v. 25, n. 3, p.: 107-114, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/der.0000000000000034>. Acesso em: 20 mar. 2025.

SILVERBERG, J. I. Public Health Burden and Epidemiology of Atopic Dermatitis. **Dermatology Clinics** [online]; v. 35, n. 3, p.: 283-289, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.det.2017.02.002>. Acesso em: 13 fev. 2024.

SIMPSON, E. L., *et al.* Patient burden of moderate to severe atopic dermatitis (AD): Insights from a phase 2b clinical trial of dupilumab in adults. **J Am Acad Dermatol** [online]; v. 74, n. 3, p.: 491-498, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2015.10.043v> Acesso em: 20 mar. 2025.

SPERGEL, J. M. From atopic dermatites to asthma: the atopic march. **Ann Allerg A.** [online] v. 105, n. 2, p.99-106, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.anai.2009.10.002>. Acesso em: 01 abr. 2025.

STAMM, A. M. N. de F., *et al.* Perfil socioeconômico dos pacientes atendidos no Ambulatório de Medicina Interna do Hospital Universitário da UFSC. **ACM arq. catarin. med** [online]; v. 31, n. 1-2, p.: 17-24, 2002. Disponível em: <https://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/29.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2025.

STEFANOVIC, N.; IRVINE, A. D.; FLOHR, C. O papel do ambiente e exposome na dermatite atópica. **Curr Treat Options Allergy** [online]; v. 8, n. 3, p.: 222-241, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40521-021-00289-9>. Acesso em: 27 abr. 2023.

SU, J. C. *et al.* Atopic eczema: its impact on the family and financial cost. **Arch Dis Child** [online]; v. 76, n. 2, p.: 159-162, 1997. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/adc.76.2.159>. Acesso em: 20 mar. 2025.

TALAMONTI, M., *et al.* Quality of life and psychological impact in patients with atopic dermatitis. **J Clin Med** [online]; v. 10, n. 6, p.: 1298, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/jcm10061298>. Acesso em: 27 abr. 2023.

TORFI, Y.; BITARAFAN, N.; RAJABI, M. Impact of socioeconomic and environmental factors on atopic eczema and allergic rhinitis: a cross sectional study. **EXCLUSIVO J** [online]; v. 14, p.: 1040-1048, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.17179/excli2015-519>. Acesso em: 20 mar. 2025.

TORON, F.; *et al.* Clinical and economic burden of mild-to-moderate atopic dermatitis in the UK: A propensity-score-matched case-control study. **Dermatol Ther** [online]; v. 11, n. 3, p.: 907-928, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s13555-021-00519-7>. Acesso em: 20 mar. 2025.

VERBOOM, P.; HAKKAART-VAN, L.; STURKENBOOM, M. The cost of atopic dermatitis in the Netherlands: an international comparison. **Br J Dermatol** [online]; v. 147, p.: 716-724, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2133.2002.04964.x>. Acesso em: 20 mar. 2025.

VON ELM, E., *et al.* The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: guidelines for reporting observational studies. **J Clin Epidemiol** [online], v.61, n.4, p.:344-9, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2007.11.008>. Acesso em: 01 abr. 2025.

WEIL, C., *et al.* Correction to: Epidemiology and economic burden of atopic dermatitis: real-world retrospective data from a large nationwide Israeli healthcare provider database. **Adv Ther** [online]; v. 39, n. 9, p.: 4392-4393, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12325-022-02120-6>. Acesso em: 20 mar. 2025.

WOLLENBERG, A., *et al.* Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part II. **J Eur Acad Dermatol Venereol** [online]; v. 32, n. 6, p.: 850-878, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jdv.14888>. Acesso em: 20 mar. 2025.

YANG, G., *et al.* Skin barrier abnormalities and immune dysfunction in atopic dermatitis. **Int J Mol Sci** [online]; v. 21, n. 8, p.: 2867, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijms21082867>. Acesso em: 20 mar. 2025.

## APÊNDICE 1 - ROTEIRO ENTREVISTA ESTRUTURADA COMPLEMENTAR

<b>DADOS DA CRIANÇA/ADOLESCENTE</b>					
Nome: _____					
Registro CHC: _____		Nascimento: / / _____		Idade: _____	
Escolaridade: _____		Comorbidades: _____			
Sexo: ( )feminino ( )masculino					
Cor/Etnia: ( )branca ( )pardo ( )negro ( )amarela ( )indígena					
<b>DADOS DO ENTREVISTADO</b>					
Nome: _____					
Parentesco: ( )Mãe ( )Pai ( )Outro: _____					
É o cuidador principal? ( ) Sim ( ) Não, _____					
Escolaridade: ( )Ensino Fundamental: Série _____		( )Ensino Médio: Série _____			
( )Ensino Superior: Curso _____		( )Não alfabetizado			
Trabalho: ( )Atividades domésticas ( )Trabalhador, registro em carteira ( )Trabalhador, sem registro em carteira ( )Aposentado/pensionista ( ) outro _____					
Renda Mensal: R\$ _____					
<b>SITUAÇÃO HABITACIONAL DA FAMÍLIA</b>					
Município: _____			Localização: ( )Urbana ( )Rural		
Casa: ( )Própria ( )Alugada R\$ _____ ( )Cedida ( )Financiada ( )Outros _____					
Número de cômodos na casa: _____					
Tipo de Construção: ( ) Tijolo/Alvenaria ( ) Madeira ( ) Outro _____					
Possui: ( )Luz ( )Água ( )Saneamento/Esgoto ( )Coleta de lixo					
<b>COMPOSIÇÃO FAMILIAR/RENDA:</b>					
Nome	Grau Parentesco	Idade	Escolaridade	Ocupação	Renda Mensal
Possui Rede Apoio Familiar: ( )sim ( )não Se sim, cite _____					
Vínculo Familiar: ( )Frágil ( )Conflituoso ( )Fortalecido ( )Bom ( )Outro, _____					
<b>DADOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA</b>					
Pessoas em casa com comorbidades: ( ) não ( )sim					
Se sim, citar quem e quais doenças _____					
A criança teve internação hospitalar pela DA: ( )sim ( )não Quantas? _____					
Aquisição de medicamentos para a DA:					
( )UBS de referência municipal ( )Farmácia Especializada do Estado ( )Farmácia Popular					
( )Farmácia Comercial (recurso próprio) ( )Defensoria Pública/Judicial					
Aquisição de hidratantes e pomadas para DA:					
( )UBS de referência municipal ( )Farmácia Especializada do Estado ( )Farmácia Popular					
( )Farmácia Comercial (recurso próprio) ( )Defensoria Pública/Judicial					

Meio de locomoção mais utilizado pela família para comparecer às consultas ambulatoriais: ( )ônibus coletivo ( )moto ( )carro ( )transporte da prefeitura ( )outros _____	
Gasto mensal com o tratamento da DA: R\$ _____	
<b>POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DE SAÚDE</b>	
Família acessa algum Programa do Governo Federal ou Municipal:	
( ) Auxílio Brasil ( )Tarifa Social Energia Elétrica ( )Programa Criança Feliz	
( )Armazém da Família ( )Isenção Tarifária ( )Outro, _____	
Família tem algum benefício assistencial ou previdenciário? ( ) sim ( ) não	
Qual? _____	Valor R\$ _____
Nome da UBS de referência: _____	
Observações: _____	

## APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, professora doutora Vânia Oliveira de Carvalho e aluna de pós-graduação de mestrado Solange Gezielle dos Santos Coning, pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando (o Senhor, a Senhora) como familiar responsável da criança com Dermatite Atópica a participar de um estudo intitulado “Perfil socioeconômico das famílias das crianças com dermatite atópica e sua relação com a qualidade de vida, gravidade da doença e acesso ao tratamento de saúde”. Este estudo se justifica pelo fato de que na revisão de literatura sobre a dermatose na infância, não foram encontrados estudos na área multiprofissional da saúde, descrevendo o perfil das famílias de crianças com Dermatite Atópica atendidas no âmbito do SUS, relacionando as condições de vida e realidade social em que essas famílias estão inseridas, bem como se esse perfil interfere no acesso e tratamento da doença.

O objetivo desta pesquisa é descrever o perfil socioeconômico das famílias de crianças com dermatite atópica, relacionando com a qualidade de vida, gravidade da doença, acesso e aquisição ao tratamento de saúde.

Caso (o Senhor, a Senhora) participe da pesquisa, será necessário responder os questionários sobre o perfil socioeconômico que a pesquisadora irá aplicar e o questionário e sobre qualidade de vida que será respondido pelo próprio familiar.

Para tanto (o Senhor, a Senhora) deverá comparecer no ambulatório de Dermatologia Pediátrica SAM2 do Complexo Hospital de Clínicas, rua General Carneiro, 181 – Alto da Glória, nesta cidade de Curitiba/PR para consulta médica da criança e preenchimento dos questionários pelo familiar, o que levará aproximadamente uma hora de permanência no ambulatório.

Alguns riscos mínimos e indiretos podem estar relacionados ao estudo como: é possível que (o Senhor, a Senhora) experimente algum desconforto, principalmente relacionado à cansaço, constrangimento ao responder os questionários.

Rubricas: Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____  Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE _____
---

Os benefícios esperados com essa pesquisa são: gerar conhecimento sobre o perfil social das famílias das crianças com dermatite atópica, possibilitando identificar as condições de acesso e aquisição de medicamento para o tratamento da doença e avaliar a gravidade da doença e impacto na qualidade de vida das crianças, embora nem sempre (o Senhor, a Senhora) seja diretamente beneficiado(a) por sua participação neste estudo.

Os pesquisadores Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Vânia Oliveira de Carvalho e aluna de pós-graduação mestrado Solange Gezielle dos Santos Coning, responsáveis por este estudo, poderão ser localizados para esclarecer eventuais dúvidas que (o Senhor, a Senhora) possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo por e-mail ou telefone em horário comercial 08:00 às 17:00 horas de segunda-feira a sexta-feira. Em situação de emergência ou urgência, relacionadas à pesquisa, os mesmos poderão ser contatados pelo telefone 41/9 91619214.

Se (o Senhor, a Senhora) tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/HC/UPFR pelo Telefone 3360-1041 das 08:30 horas às 14:00 horas de segunda a sexta-feira. O CEP é de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

A sua participação neste estudo é voluntária e se (o Senhor, a Senhora) não quiser mais fazer parte da pesquisa, poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado. O atendimento e tratamento do(a) seu/sua filho(a) está garantido e não será interrompido caso) o Senhor, a Senhora) desista de participar.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas como orientadora, pesquisadora principal, e coorientador. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, será feito sob forma

codificada, para que a **sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade.**

O material obtido como os questionários serão utilizados unicamente para esta pesquisa e será destruído ou descartado ao término do estudo, dentro de 01 ano.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa como questionários impressos não são de sua responsabilidade e (o Senhor, a Senhora) não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, \_\_\_\_\_ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim nem para meu tratamento ou atendimento ordinários que eu possa receber de forma rotineira na Instituição. Eu entendi o que não posso fazer durante a pesquisa e fui informado que serei atendido sem custos para mim se eu apresentar algum problema diretamente relacionado ao desenvolvimento da pesquisa.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

\_\_\_\_\_  
Nome por extenso, legível do Participante e/ou Responsável Legal

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante e/ou Responsável Legal

*(Somente para o responsável do projeto)*

Rubricas: Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____ Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE _____
---

Declaro que obtive, de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou seu representante legal para a participação neste estudo.

---

Nome extenso do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

---

Assinatura do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

Curitiba,

## APÊNDICE 3 - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Crianças de 07 a 12 anos)

Nós, Professora Doutora Vânia Oliveira de Carvalho e aluna de Pós-graduação Mestrado Solange Gezielle dos Santos Coning, pesquisadores desta instituição, convidamos você \_\_\_\_\_ para participar do estudo “Perfil socioeconômico das famílias das crianças com Dermatite Atópica e a relação com a qualidade de vida, gravidade da doença e acesso ao tratamento de saúde”.

Por que estamos propondo este estudo? Porque conhecer o perfil socioeconômico das famílias das crianças com dermatite atópica e relacionar coma qualidade de vida, gravidade da doença e acesso ao tratamento de saúde, visa contribuir para conhecer melhor as dificuldades das famílias para realizar seu tratamento.

#### O que significa assentimento ?



Assentimento é um termo que nós, pesquisadores, utilizamos quando convidamos uma pessoa da sua idade (criança/adolescente) para participar de um estudo. Depois de compreender do que se trata o estudo e, se concordar em participar dele, você pode assinar este documento.

Nós lhe asseguramos que terá todos os seus direitos respeitados e acesso a todas as informações sobre o estudo, por mais simples que possam parecer.

Pode ser que este documento denominado “Termo de Assentimento Livre e Esclarecido” contenha palavras que você não entenda. Por favor, peça ao responsável (pela pesquisa/atendimento ou à equipe do estudo) para explicar qualquer palavra ou informação que você não entenda claramente.



Por que queremos fazer este estudo?

Para descrever o perfil socioeconômico das famílias de crianças com Dermatite Atópica atendidas no SUS, conhecendo as condições de vida e realidade social em que essas famílias estão inseridas, bem como se esse perfil interfere no acesso aos medicamentos e no tratamento da doença.

Os benefícios da pesquisa são construção de conhecimento científico, conhecimento da realidade social das famílias das crianças com dermatite atópica e relação com a qualidade de vida e gravidade da doença, bem como se esse perfil interfere no acesso e tratamento de saúde.

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TALE Orientador
---



Se você ou os responsáveis por você tiverem dúvidas com relação ao estudo ou aos riscos relacionados a ele, você deve contatar o pesquisador principal Aluna Solange Gezielle dos Santos Coning por e-mail ([solangeconing@gmail.com](mailto:solangeconing@gmail.com)) ou telefone 41/9 91619214.



Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Complexo do Hospital de Clínicas (CEP/CHC) da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-1041.

Mas, se você não se sentir confortável em participar, fique à vontade para dizer não e estará tudo bem.

Se em algum momento não tiver mais interesse em participar da pesquisa, pode pedir para seus pais ou responsáveis comunicarem os pesquisadores.



Você entendeu? Quer perguntar mais alguma coisa



#### DECLARAÇÃO DE ASSENTIMENTO DO PARTICIPANTE

Eu li e discuti com o pesquisador responsável sobre este estudo e os detalhes deste documento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar e que posso interromper a minha participação a qualquer momento sem dar qualquer justificativa. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito.

Eu entendi a informação apresentada neste TERMO DE ASSENTIMENTO. Eu tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas.

Eu receberei uma cópia assinada e datada deste documento.

---

Local e data

---

Nome por Extenso/Assinatura da criança/adolescente

---

[Nome por Extenso/Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TALE]

## ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO DO IMPACTO DA DERMATITE NA FAMÍLIA

Nome da criança: \_\_\_\_\_

Nome da mãe/pai/responsável: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Escore:

O objetivo deste questionário é medir o quanto o problema de pele de seu filho tem afetado você e os membros da família na ÚLTIMA SEMANA. Por favor, marque apenas **uma** resposta para cada pergunta.

- 1- Durante a ÚLTIMA SEMANA, qual foi o efeito provocado pela criança com eczema no trabalho de casa, por exemplo: lavar e limpar.  
 muitíssimo  muito  um pouco  nenhum
- 2- Durante a ÚLTIMA SEMANA, qual o efeito provocado pela criança com eczema na preparação e na alimentação.  
 muitíssimo  muito  um pouco  nenhum
- 3- durante a ÚLTIMA SEMANA, qual foi o efeito provocado pela criança com eczema no sono dos outros membros da família.  
 muitíssimo  muito  um pouco  nenhum
- 4- Durante a ÚLTIMA SEMANA, qual foi o efeito provocado pela criança com eczema nas atividades de lazer da família, ex: natação.  
 muitíssimo  muito  um pouco  nenhum
- 5- Durante a ÚLTIMA SEMANA, qual foi o efeito provocado pela criança com eczema nas compras para a família.  
 muitíssimo  muito  um pouco  nenhum
- 6- Durante a ÚLTIMA SEMANA, qual foi o efeito provocado pela criança com eczema nas despesas, ex: custos com o tratamento, roupas, etc.  
 muitíssimo  muito  um pouco  nenhum
- 7- Durante a ÚLTIMA SEMANA, qual o efeito provocado pela criança com eczema ao causar cansaço ou exaustão nos pais ou responsáveis por ela.  
 muitíssimo  muito  um pouco  nenhum
- 8- Durante a ÚLTIMA SEMANA, qual o efeito provocado pela criança com eczema ao causar distúrbios emocionais tais como depressão, frustração ou culpa nos seus pais ou responsáveis.  
 muitíssimo  muito  um pouco  nenhum
- 9- Durante a ÚLTIMA SEMANA, qual o efeito provocado pela criança com eczema nas relações entre o principal responsável e o parceiro ou entre o principal responsável e as outras crianças na família.  
 muitíssimo  muito  um pouco  nenhum
- 10- Durante a ÚLTIMA SEMANA, qual o efeito provocado pela a sua ajuda com o tratamento de seu filho na vida do principal responsável.  
 muitíssimo  muito  um pouco  nenhum

**Por favor, verifique se você respondeu todas as perguntas. Obrigado**

FONTE: Lawson *et al.* (1998, p.109).

## ANEXO 2 - ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA DA DERMATITE EM CRIANÇAS

Nome:  
Endereço:  
Data:

### PONTUAÇÃO IDQOL

O objetivo deste questionário é registrar como tem sido a dermatite do seu filho. Cada pergunta diz respeito **SOMENTE À ÚLTIMA SEMANA**. Por favor, responda a todas as perguntas.

#### Gravidade da dermatite

Na última semana, como classificaria a gravidade do eczema da criança em relação ao rubor, descamação, inflamação ou aumento da área afetada?	Extremamente grave Grave Mediana Relativamente bem Sem eczema
---	---

#### Índice de Qualidade de Vida

Na última semana, a criança teve comichão e coçou-se?	A maior parte do tempo Muitas vezes Poucas vezes Nenhuma
Na última semana, como esteve o humor da criança?	Extremamente difícil, sempre a chorar Muito aflita Ligeiramente aflita Contente
Na última semana, aproximadamente, quanto tempo, em média, levou para conseguir que seu filho fosse dormir a cada noite?	Mais de 2 horas 1-2 horas 15 minutos-1 hora 0 - 15 minutos
Na última semana, quanto tempo por noite, em média, a criança teve perturbações do sono?	5 horas ou mais 3-4 horas 1-2 horas Menos de 1 hora
Na última semana, o eczema da criança interferiu nas brincadeiras, jogos ou prática de natação?	Muito Bastante Pouco Nada
Na última semana, o eczema da criança interferiu com a sua participação ou apreciação de outras atividades familiares?	Muito Bastante Pouco Nada
Na última semana, houve problemas com a criança na hora das refeições por causa do eczema?	Muito Bastante Pouco Nenhum
Na última semana, houve problemas com a criança por causa do tratamento?	Muito Bastante Pouco Nenhum
Na última semana, o eczema da criança tornou o vestir e o despistar desconfortável?	Muito Bastante Pouco Nada
Na última semana, em que medida o eczema da criança constituiu um problema na hora do banho?	Muito Bastante Pouco Nada

Por favor, confirme que respondeu todas as questões. Muito obrigado.

FONTE: Lewis-Jones; Finlay; Dykes (2001, p.106).

## ANEXO 3 - ESCORE DA QUALIDADE DE VIDA NA DERMATOLOGIA INFANTIL

Nº do hospital \_\_\_\_\_  
 Nome: \_\_\_\_\_ Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Escore CDLQI:

**O objetivo deste questionário é avaliar o quanto o seu problema de pele tem afetado sua vida AO LONGO DA ÚLTIMA SEMANA. Por favor, marque apenas uma resposta para cada pergunta.**

- |     |   |   |   |
|-----|---|---|---|
| 1.  | Na última semana, o quanto sua pele tem apresentado <b>coceira, sensibilidade ou dor?</b>   | Muitíssimo<br>Muito<br>Pouco<br>Não   | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>  |
| 2.  | Na última semana, o quanto você sentiu-se <b>constrangido ou pouco à vontade, chateado ou triste</b> por causa de sua pele?   | Muitíssimo<br>Muito<br>Pouco<br>Não   | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>  |
| 3.  | Na última semana, o quanto sua pele tem afetado suas <b>amizades?</b>   | Muitíssimo<br>Muito<br>Pouco<br>Não   | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>  |
| 4.  | Na última semana, o quanto você precisou usar <b>roupas/calçados especiais ou diferentes</b> por causa de sua pele?   | Muitíssimo<br>Muito<br>Pouco<br>Não   | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>  |
| 5.  | Na última semana, o quanto sua pele tem atrapalhado as suas <b>saidas, brincadeiras ou passatempos?</b>   | Muitíssimo<br>Muito<br>Pouco<br>Não   | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>  |
| 6.  | Na última semana, o quanto você evitou <b>nadar</b> ou praticar <b>outros esportes</b> por causa dos seus problemas de pele?  | Muitíssimo<br>Muito<br>Pouco<br>Não   | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>  |
| 7.  | <u>Na última semana:</u><br><b>Era período escolar?</b>   |  <b>Se em período escolar:</b> Na última semana, o quanto seu problema de pele interferiu em suas <b>atividades escolares?</b>       | Me impediu de ir à escola <input type="checkbox"/><br>Muitíssimo <input type="checkbox"/><br>Muito <input type="checkbox"/><br>Pouco <input type="checkbox"/><br>Não <input type="checkbox"/> |
|     | <b>OU</b>   |  <b>Se em período de férias:</b> Na última semana, o quanto seu problema de pele interferiu no aproveitamento de suas <b>férias?</b> | Muitíssimo <input type="checkbox"/><br>Muito <input type="checkbox"/><br>Pouco <input type="checkbox"/><br>Não <input type="checkbox"/>   |
| 8.  | Na última semana, o quanto você teve problemas com pessoas <b>dizendo nomes, caçoando, intimidando, fazendo perguntas ou evitando você</b> , por causa de sua pele? | Muitíssimo<br>Muito<br>Pouco<br>Não   | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>  |
| 9.  | Na última semana, o quanto seu <b>sono</b> foi afetado por causa de seu problema de pele?   | Muitíssimo<br>Muito<br>Pouco<br>Não   | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>  |
| 10. | Na última semana, o quanto o seu <b>tratamento</b> de pele foi um problema para você?   | Muitíssimo<br>Muito<br>Pouco<br>Não   | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>  |

**Por favor, verifique se você respondeu TODAS as perguntas. Obrigado.**

FONTE: Lewis-Jones; Finlay (1995, p. 945).

## ANEXO 4 - FICHA ESQUEMÁTICA PARA CÁLCULO DO *SCORING ATOPIC DERMATITIS*

**SCORAD**  
Escala de avaliação de Dermite Atópica

Nome \_\_\_\_\_  
 Registro \_\_\_\_\_  
 Data de nascimento \_\_\_\_\_  
 Data da consulta \_\_\_\_\_

**Corticóide tópicos utilizados**  
 Potência (marca) \_\_\_\_\_  
 Quantidade/meses (g) \_\_\_\_\_  
 Número de crises /mes \_\_\_\_\_

(8,5)

(8,5)

Números entre parênteses para crianças menores de 2 anos

A: EXTENSÃO (indicar as zonas acometidas) \_\_\_\_\_

B: INTENSIDADE \_\_\_\_\_

C: SINTOMAS SUBJETIVOS, PRURIDO+ PERDA DE SONO \_\_\_\_\_

CRITÉRIO	INTENSIDADE
Eritema	_____
Lesões escarlates ou pruriginosas	_____
Edema/pápula	_____
Escoriação	_____
Liquenificação	_____
Xerose (avaliada na pele normal)	_____

**Método de Cálculo**  
Critérios de Intensidade

0 - ausente      1 - leve  
 2 - Moderado    3 - severo

**SCORAD**  $A/5 + 7B/2 + C =$  \_\_\_\_\_

Escala analógica visual  
(média das 3 últimas noites e dias)

Prurido (0-10)

Perda de sono (01-10)

Tratamento: \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

FONTE: Oranje *et al.* (2007, p.646).

## ANEXO 5 - CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL

Todos os itens devem ser perguntados pelo entrevistador e respondidos pelo entrevistado.

ITENS DE CONFORTO	QUANTIDADE QUE POSSUI				
	0	1	2	3	4+
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de fornos de micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					

A água utilizada neste domicílio é proveniente de?	
1	Rede geral de distribuição
2	Poço ou nascente
3	Outro meio

Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:	
1	Asfaltada/Pavimentada
2	Terra/Cascalho

Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.	
Nomenclatura atual	Nomenclatura anterior
Analfabeto / Fundamental I incompleto	Analfabeto / Primário incompleto
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	Primário completo / Ginásio incompleto
Fundamental completo / Médio incompleto	Ginásio completo / Colegial incompleto
Médio completo / Superior incompleto	Colegial completo / Superior incompleto
Superior completo	Superior completo

FONTE: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2021, p. 6-7).

## ANEXO 6 - CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO E APRECIÇÃO ÉTICA



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS  
COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR**

<b>CAAE</b>	63947922.8.0000.0096
<b>TÍTULO DA PESQUISA</b>	PERFIL SOCIOECONÔMICO DAS FAMÍLIAS DAS CRIANÇAS COM DERMATITE ATÓPICA E A RELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA, GRAVIDADE DA DOENÇA E ACESSO AO TRATAMENTO DE SAÚDE
<b>PESQUISADOR PRINCIPAL</b>	VÂNIA OLIVEIRA DE CARVALHO
<b>EQUIPE DE PESQUISA</b>	SOLANGE GEZIELLE DOS SANTOS CONING IURI CAMARGO NUNES

Declaramos para os devidos fins que a pesquisa supracitada, encontra-se com os documentos e relatórios obrigatórios atualizados e incluídos na Plataforma Brasil.

Curitiba, 07 de abril de 2025.

Documento assinado digitalmente  
 **MARIA JOSE MOCELIN**  
 Data: 07/04/2025 20:08:27-0300  
 Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

**Maria José Mocelin**  
 Vice Coordenadora do Comitê de Ética do CHC-UFPR