

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
CURSO DE MEDICINA  
ESCOLA DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA VIDA



**O IMPACTO PSICOLÓGICO, SOCIAL E ECONÔMICO DA DERMATITE ATÓPICA NO  
BRASIL**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO (TCC)**

AMANDA CASTRO NAGATO  
VALENTINA MACHADO PERILLO

GOIÂNIA, GO  
2023

AMANDA CASTRO NAGATO  
VALENTINA MACHADO PERILLO

**O IMPACTO PSICOLÓGICO, SOCIAL E ECONÔMICO DA DERMATITE ATÓPICA NO  
BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
como exigência parcial para graduação no curso  
de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de  
Goiás (PUC GO).

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Isadora Carvalho Medeiros Fran-  
cescantonio

GOIÂNIA, GO  
2023

## Resumo

A dermatite atópica (DA) é uma doença crônica da pele que se caracteriza por inflamação sistêmica persistente. Essa doença está cada vez mais disseminada no Brasil, gerando impactos para a sociedade. O objetivo do trabalho será avaliar os impactos psicológicos, sociais e econômicos da dermatite atópica no Brasil. Será realizada uma revisão bibliográfica da literatura.

**Palavras-chave:** Dermatite atópica. Qualidade de vida. Brasil.

## **Abstract**

Atopic dermatitis (AD) is a chronic skin disease characterized by persistent systemic inflammation. This disease is increasingly widespread in Brazil, which generates impacts for society. The objective of the work will be to evaluate the social and economic impacts of atopic dermatitis in Brazil. A bibliographic review of the literature will be carried out.

**Keywords:** Atopic dermatitis. Quality of life. Brazil.

## Lista de tabelas

Tabela 1 – Medida dos instrumentos de qualidade de vida . . . . .	14
Tabela 2 – Custos da DA . . . . .	19

## Sumário

1	INTRODUÇÃO . . . . .	6
2	JUSTIFICATIVA . . . . .	10
3	OBJETIVOS . . . . .	11
3.1	Geral . . . . .	11
3.2	Específicos . . . . .	11
4	MÉTODOS . . . . .	12
5	RESULTADOS . . . . .	13
6	DISCUSSÃO . . . . .	21
7	CONCLUSÃO . . . . .	24
	REFERÊNCIAS . . . . .	25
	Anexos . . . . .	27

## 1 INTRODUÇÃO

A dermatite atópica (DA) ou eczema atópico é uma doença multifatorial cuja fisiopatologia tem como base a disfunção na barreira cutânea. A prevalência dessa doença é maior na infância e tem aumentado nas últimas décadas (JESUS et al., 2021). O impacto causado pela DA nos pacientes pediátricos é maior do que aquele causado por outras dermatoses, o que ressalta a posição de destaque que essa doença deve assumir nos centros de saúde (FONTES NETO et al., 2005). Estudos revelam que 60% dos casos de DA ocorrem no primeiro ano de vida. A DA assume forma leve em 80% das crianças acometidas, e em 70% dos casos há melhora gradual até o final da infância. A prevalência do diagnóstico médico de DA na América Latina, segundo o *Estudio Internacional de Sibilancia en el Lactente*, EISL), foi de 18,2%. Outro estudo, realizado pelo *International Study of Asthma and Allergies in Childhood* (ISAAC), revelou que, no Brasil, a prevalência média de eczema flexural foi 6,8% para os escolares (6 e 7 anos de idade), e 4,7% para os adolescentes (13 e 14 anos). Em todas as localidades a prevalência de DA foi maior entre os escolares (ANTUNES et al., 2017).

Sobre a etiopatogenia da DA, duas hipóteses vêm sendo discutidas sistematicamente. Na primeira, de fora para dentro (outside-inside), a DA seria produzida primariamente por uma disfunção de barreira. Na segunda, de dentro para fora (inside-outside), seria produzida primariamente por uma alteração imune que desencadearia uma resposta inflamatória a irritantes e alérgenos ambientais. É provável que todos os pacientes apresentem uma combinação de desregulação imunológica e disfunção da barreira da pele e que ambas as hipóteses de fora para dentro e de dentro para fora sejam relevantes em diferentes subgrupos de pacientes (ANTUNES et al., 2017).

Seus sintomas incluem xerose cutânea, fissuras, exsudação, liquenificação, espessamento da pele, descamação, edema e prurido (SANTOS et al., 2021). O prurido causa distúrbios de sono e irritabilidade, e pode ser agravado por vários fatores, como calor, suor, banhos, atividades físicas, mudanças de temperatura ambiente, alterações de humor ou atividades que ocasionem estresse na criança, e uso de roupas de lã ou sintéticas (ANTUNES et al., 2017). Pode se apresentar em três fases clínicas diferentes: aguda, com a presença de vesículas e crostas; subaguda, com pápulas e placas secas, escamosas e eritematosas e crônica, possuindo liquenificação e espessamento da pele (DO AMARAL; MARCH; SANT'ANNA, 2012).

Para os pacientes adultos, a DA pode ser uma condição muito mais grave, sendo caracterizada por lesões crônicas, espessas, vermelhas e liquenificadas. Os pacientes podem apresentar surtos agudos, vesiculares ou supurativos. O prurido é intenso e afeta fortemente a vida diária e o sono desses indivíduos. Quando comparados os adultos às crianças, a DA afeta diferentes regiões do corpo, sendo no paciente pediátrico, geralmente, restrita ao rosto e às mãos. No Brasil, estima-se que a prevalência de DA entre os adultos

seja de 7% (MESQUITA et al., 2019).

Os pacientes com DA também podem apresentar alguns sinais cutâneos associados a doença. Por exemplo, a Dupla prega ou prega infra-orbital de Dennie-Morgan. É comum em qualquer pessoa a presença de uma prega nas pálpebras inferiores. No atópico, provavelmente devido à inflamação e coçadura constantes, surgem duas ou até três pregas, denominadas de Dennie-Morgan. Existe também o Sinal de Hertoghe, decorrente da coçadura constante, a porção distal lateral dos supercílios pode ter diminuição de pelos, o que caracteriza este sinal que é observado em menos da metade dos pacientes. Além dessas, existem diversas outras comorbidades associadas, como a pitiríase alba, ceratose pilar e eczema palpebral (ANTUNES et al., 2017).

O tratamento da DA requer educar os pais e os pacientes em seus três aspectos: controle da barreira, controle da inflamação e tratamento da infecção. No controle da barreira, a hidratação é fundamental. A hidratação da pele pode ser preservada e a integridade da barreira cutânea restaurada com a aplicação de hidratantes, que são a primeira linha de tratamento, recomendados para todas as formas da doença. Ao prescrever um hidratante para os pacientes com DA, deve-se evitar produtos com fragrância, conservantes e substâncias sensibilizantes, considerar a preferência de cada paciente quanto à textura em loção, creme ou pomada, e o custo do hidratante, que será de uso diário, e em alguns pacientes várias vezes ao dia, e ao longo dos anos. O uso de hidratantes de forma adequada diminui o número de crises agudas e ainda melhora o ressecamento e o prurido. Para que a pele fique hidratada são necessárias no mínimo duas aplicações diárias do hidratante. O custo pode ser elevado, pois uma criança utiliza 150 a 200 g por semana, e um adolescente aproximadamente 500 g por semana. O controle das crises de DA é essencial no tratamento da doença, atualmente os medicamentos mais utilizados são os corticosteroides e os inibidores da calcineurina, ambos de uso tópico e têm papel importante no controle das crises da doença. Os corticosteroides apresentam custo mais baixo, mas estão associados a maior número de eventos adversos quando comparados com os inibidores de calcineurina, principalmente quando utilizados durante longos períodos. O uso do corticosteroide tópico deve ser de uma vez para crianças e até duas vezes ao dia para adultos, normalmente longe do período de hidratação para que o paciente não realize aplicações em menor quantidade. Por fim, o tratamento da infecção pode ser feito com imunossupressão sistêmica, recurso adotado em pacientes com DA grave e refratária à terapêutica habitual. Também pode ser utilizada a fototerapia (CARVALHO et al., 2017).

Independentemente da gravidade do acometimento, a DA tem forte influência na qualidade de vida dos afetados, pois interfere em suas atividades diárias, tanto de lazer quanto de trabalho e estudo (FONTES NETO *et al.*, 2005). As questões com escores mais altos relacionados à qualidade de vida são relativas ao prurido (coçar/arranhar), alterações de humor e distúrbios do sono. O prurido noturno acarretaria alterações na qualidade e quantidade do sono dos pacientes, ocasionando cansaço, irritabilidade, dificuldade de



concentração e aprendizagem e mau desempenho escolar no caso de crianças. Dentro das alterações de humor, podemos citar a hiper-reatividade, a irritabilidade e o choro durante o dia e no momento da administração de medicações tópicas e sistêmicas. Além disso, a DA exerce impacto sobre a qualidade de vida dos familiares, uma vez que esses sofrem com maior cansaço/exaustão, culpa e também com alterações do sono (ALVARENGA; CALDEIRA, 2009). Quando comparados com um grupo de indivíduos sem a doença, os pacientes com DA apresentaram mais sintomas depressivos e outros sintomas psicossomáticos, sugerindo a necessidade desses pacientes serem tratados por dermatologistas e por psiquiatras (FERREIRA; MÜLLER; JORGE, 2006).

A DA tem um impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes e suas famílias, devido aos encargos pessoais, psíquicos, econômicos e sociais. Muitas vezes, esses aspectos não são abordados durante o tratamento devido ao foco nos aspectos físicos da doença e nas intervenções terapêuticas, que já demandam muito do tempo da consulta. (DO AMARAL; MARCH; SANT'ANNA, 2012).

Considerando os aspectos psicológicos, as crianças com DA possuem maior dificuldade de ficarem sozinhas, choram muito, sofrem com a ideia de que devem ser perfeitas, são mais tensos e irritados e mostram-se mais infelizes e mais preocupados, o que evidencia a presença de traços de insegurança, baixa auto-estima e traços depressivos (FONTES NETO *et al.*, 2005). A criança até manifesta o desejo de se relacionar, porém, devido aos conflitos com as questões estéticas pessoais, ela se torna mais retraída, o que afeta suas atividades interpessoais. Quanto ao adulto, a DA também leva a distúrbios psicossociais, principalmente relacionados a autoimagem. Assim, a persistência do quadro dessa dermatose na vida adulta continua a prejudicar a autoestima do paciente, sua capacidade de lidar com a doença e a adesão à terapia (COGHI *et al.*, 2007), perpetuando os sentimentos de vergonha ou constrangimento, ansiedade, baixa confiança e problemas com relacionamentos pessoais, sociais e de trabalho.

Quanto aos impactos econômicos, calcular a totalidade dos custos financeiros diretos e indiretos da DA é difícil. Os custos incluem prescrições, consultas médicas, custos de emergência e hospitalares para pagadores e pacientes, e custos de farmácias de venda livre para pacientes; os custos indiretos incluem presenteísmo (diminuição da produtividade no trabalho), absenteísmo (falta ao trabalho) e prejuízo à qualidade de vida. A investigação mais abrangente do ônus econômico da DA nos EUA até o momento veio de um relatório conjunto da Academia Americana de Dermatologia e da Sociedade de Dermatologia Investigativa publicado em 2006. Esse estudo examinou o impacto financeiro da doença de pele em geral nos EUA usando dados de várias fontes, incluindo pesquisas nacionais, bancos de dados e literatura publicada. Os pesquisadores foram capazes de estimar os custos de doenças individuais nas seguintes áreas: custos médicos diretos (incluindo consultas médicas e uso de medicamentos), custos indiretos (incluindo perda de produtividade de pacientes e cuidadores e perda de produtividade devido à mortalidade precoce) e custos indiretos

devido a impactos na qualidade de vida (usando um modelo de disposição a pagar com base em dados do Índice de Qualidade de Vida em Dermatologia publicados anteriormente). A carga anual total da DA nesse estudo foi de US\$ 4,228 bilhões. Os custos diretos foram de US\$ 1,009 bilhão, os custos de perda de produtividade foram de US\$ 619 milhões e os custos devido a diminuições na qualidade de vida foram de US\$ 2,6 bilhões (DRUCKER et al., 2017).

Além disso, há um aumento dos custos do sistema de saúde devido às internações por infecções cutâneas secundárias, em grande parte devido ao comprometimento da barreira cutânea e ao aumento da colonização de patógenos. Pacientes com DA correm maior risco de desenvolver outros tipos de infecções graves do que pessoas sem a doença, e essas infecções geralmente requerem tratamento antiviral e/ou antibiótico, aumentando os custos associados ao tratamento (SANTOS et al., 2021).

Em relação às competências sociais e pessoais, os pacientes com DA participam e desenvolvem menos atividades de brincar e jogar do que as crianças sem DA. Isso está ligado à constante estigmatização sofrida e devido aos sintomas, que dificultam o relacionamento com outras crianças (FONTES NETO *et al.*, 2005). Acredita-se que essas crianças nem sempre sofrem com esses problemas de socialização; entretanto, as dificuldades de aceitação pelo grupo e o receio do preconceito são constantes. Ademais, a presença de uma criança com DA compromete a qualidade de vida de toda a família, podendo a doença até mesmo influenciar mais na dinâmica familiar do que na qualidade de vida da criança isoladamente (FONTES NETO *et al.*, 2006). Assim como a criança com DA influencia o sistema familiar, pode se dizer que o contrário também acontece, de modo que a família, muitas vezes, impacta o desencadeamento, a permanência e o término dos sintomas. Pesquisas indicaram que crianças de famílias com altos escores de independência e organização têm percentagem de área corporal com dermatite atópica significativamente mais baixa, um curso menos contínuo (ou seja, mais remissões) e menos coceira noturna. Destarte, famílias que enfatizam rotinas regulares, autoconfiança, pensamento independente e responsabilidades familiares claramente definidas foram associadas com sintomas reduzidos de dermatite atópica em suas crianças (FERREIRA; MÜLLER; JORGE, 2006). Dessa forma, a educação de todos os envolvidos no cuidados dos atópicos é fundamental.

A DA é, portanto, um grande desafio. O entendimento das questões emocionais, comportamentais, econômicas e sociais desses pacientes possibilita o desenvolvimento de abordagens terapêuticas mais adequadas e abrangentes com uma equipe multidisciplinar. (FONTES NETO et al, 2005). A necessidade de tratamentos seguros de longo prazo para a DA que possam proporcionar, além do controle da doença, a minimização do impacto na qualidade de vida é essencial.

## 2 JUSTIFICATIVA

A dermatite atópica é uma doença multifatorial que tem um grande impacto na qualidade de vida dos pacientes e da sua família. Além disso, é um desafio para o sistema de saúde devido à necessidade de uma abordagem multidisciplinar, contínua e de alto custo.

O Brasil possui uma alta prevalência da doença. A prevalência média de dermatite atópica em adolescentes é de 8,9%, variando de 7,3% (região Sul) a 11,1% (região Norte). No entanto, o sistema único de saúde não oferece em uma grande parcela do país os medicamentos básicos para esse cuidado. Sem esse registro detalhado nas políticas de saúde pública a dermatite atópica se torna uma doença silenciosa epidemiologicamente.

Observando a importância dessa doença e a deficiência de sua abordagem nos sistemas de saúde do Brasil, esse tema precisa ser melhor trabalhado. Esse estudo visa revisar os dados brasileiros do impacto da DA sobre a qualidade de vida dos afetados.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

Entender o impacto psicológico, social e econômico da dermatite atópica no Brasil.

#### **3.2 Específicos**

- Compreender como a dermatite atópica afeta a qualidade de vida dos pacientes e familiares no Brasil
- Investigar os custos da dermatite atópica para o sistema de saúde brasileiro
- Entender o impacto psicológico da DA nos pacientes brasileiros

## 4 MÉTODOS

Foi feita uma revisão sistemática da literatura com artigos encontrados nas plataformas “PubMed”, “Scielo” e “Lilacs”, utilizando os descritores “dermatite atópica”, “qualidade de vida” e “Brasil”. Foram incluídos artigos publicados em inglês e português, brasileiros, que abordam o impacto psicológico, social e econômico da dermatite atópica no Brasil. Os artigos que abordem o tema em outros países foram excluídos, assim como artigos cujos focos sejam apenas a fisiopatologia e o tratamento da doença.

## 5 RESULTADOS

A pesquisa eletrônica resultou na seleção de 11 artigos. Desses, 3 foram estudos observacionais (ALVARENGA; CALDEIRA, 2009; FONTES NETO et al., [s.d.]; SANTOS et al., 2021), 4 foram estudos transversais (CARVALHO et al., 2017; DO AMARAL; MARCH; SANT'ANNA, 2012; SANTOS et al., 2021), 1 foi uma revisão integrativa da literatura (LIMA; RODRIGUES JUNIOR, 2021), 1 foi uma revisão sistemática (CARNAÚBA; NUNES, 2019) e 2 foram relatos de caso (GIAVINA-BIANCHI, 2021; MESQUITA, 2019).

Dos estudos analisados, 5 utilizavam instrumentos de medidas para avaliar a qualidade de vida (Tabela 1): *Dermatitis Family Impact Questionnaire* (DFI) e/ ou *Children's Dermatology Life Quality Index* (CDLQI). Os questionários foram traduzidos para língua portuguesa e validados nesse idioma como instrumento de pesquisa para o uso nas feixas etárias específicas. (ALVARENGA; CALDEIRA, 2009; CARVALHO et al., 2017; REVISTA DA; ALEGRE, [s.d.]; SANTOS et al., 2021; SOÏDO et al., 2012)

O DFI (Anexo 1) é composto por dez perguntas referentes aos efeitos da DA sobre diversos domínios da vida familiar, tendo como referência a semana anterior a avaliação. Ele pode ser usado para avaliar a faixa etária até 16 anos e deve ser respondido por responsáveis da criança. Os aspectos avaliados pelas perguntas são: distúrbios emocionais, alterações do sono, alterações na limpeza da residência, na alimentação, nas atividades de lazer, no relacionamento dos pais e custos do tratamento. Cada resposta recebe um escore de 0 a 3 pontos. Quanto maiores os valores desse escore, maior é o impacto da doença na qualidade de vida, ou seja, pior é a qualidade de vida. O valor máximo obtido é de 30 pontos. (ALVARENGA; CALDEIRA, 2009)

O CDLQI (Anexo 2) é composto por dez questões referentes à última semana do paciente. Ele é usado para avaliar crianças entre 4 e 16 anos, é respondido pela própria criança com o auxílio do responsável e aborda os seguintes aspectos: alterações de sono, de humor, dificuldades em participar de atividades recreativas ou da vida familiar, desconforto durante o banho, vestuário e refeições (ALVARENGA; CALDEIRA, 2009). Assim como o DFI, cada questão recebe um escore de 0 a 3 pontos, sendo 30 pontos a pontuação máxima obtida.

A avaliação de sintomas emocionais e comportamentais em crianças e adolescentes (4-16 anos) foi feito pelo Child Behavior Checklist (CBCL) no estudo FONTES NETO et al. (2005). Esse inventário possui perguntas relacionadas à competência social e sintomatologia emocional e comportamental capazes de discriminar indivíduos com psicopatologia e indivíduos normais.

**Tabela 1 – Medida dos instrumentos de qualidade de vida**

Primeiro autor	Ano do periódico	Metodologia	Faixa etária	Amostra	Instrumento de qualidade de vida	Média dos resultados	Conclusões
Alvarenga et al.	2009	Estudo observacional	6- 59 meses	42 Pacientes, sendo 19 (45,2%) do gênero masculino e 23 (54,8%) do gênero feminino.	DFI e CDLQI	DFI = 8,5 CDLQI = 9,2	Em relação à pontuação do questionário DFI, observou-se maior impacto para os domínios que avaliam despesas com o tratamento, o efeito sobre as compras da família, a alteração do sono em outros membros da família e o eczema como causa de cansaço e exaustão para os familiares. A análise do questionário de CDLQI dos pacientes com DA revelou que os domínios mais acometidos foram os que avaliam o prurido, a alteração de humor, os problemas com o tratamento e o desconforto durante o banho.
Santos et al.	2021	Estudo transversal	4-16 anos	100 pacientes, 62% (21) de crianças do gênero feminino, 56% (19) entre 10 e 15 anos e 44% (15) entre 4 e 9	DFI e CDLQI	DFI = 12,62 (DP $\pm$ 7,34) CDLQI = 7,32 (DP $\pm$ 5,91)	A piora da qualidade de vida dos familiares (DFI) foi relacionada ao efeito, na vida do principal responsável, provocado pela ajuda com o tratamento dos pacientes, seguido pelas despesas com a doença; enquanto o menor impacto foi



Primeiro autor	Ano do periódico	Metodologia	Faixa etária	Amostra	Instrumento de qualidade de vida	Média dos resultados	Conclusões
Carvalho et al.	2017	Estudo transversal	4 meses a 14 anos	101 cuidadores de pacientes com DA, sendo que cinquenta e dois pacientes com DA (51%) eram do sexo feminino.	DFI	DFI = 9,1 (DP ±6,7)	Os gastos com o tratamento (citado em 46% dos questionários), sentimento de exaustão (36%) e prejuízos no sono (33%) foram os domínios mais frequentemente afetados.
Jesus et al.	2021	Estudo transversal	4-16 anos	70 pacientes, sendo que 58,6% apresentavam DA e o restante outras dermatoses.	CDLQI	CDLQI = 7,41 (DP = ± 5,14)	O escore total do CDLQI, em pacientes com DA, apresentou uma média de 7,41 (com variação de 5,14) representando um efeito moderado na qualidade de vida. Uma maior proporção de pacientes com DA apresentou grande impacto na qualidade de vida (14,6%), quando analisados individualmente, comparado aos pacientes com outras dermatoses (10,3%).

Primeiro autor	Ano do periódico	Metodologia	Faixa etária	Amostra	Instrumento de qualidade de vida	Média dos resultados	Conclusões
Do Amaral et al.	2012	Estudo transversal	5-16 anos	50 pacientes, sendo 30% do sexo masculino e 70% do sexo feminino.	DFI e CDLQI	CDLQI = 9,5 (1 - 26) e DFI = 11 (1 - 30)	No questionário CDLQI, 38% dos pacientes com DA tiveram efeito moderado na QV e 34% consideraram efeito muito alto. Descobrimos que 72% dos pacientes tiveram efeito significativo na qualidade de vida. No questionário DFI, 30% dos pais ou responsáveis dos pacientes com DA pontuaram entre sete e doze pontos e 44% deles pontuaram entre treze e trinta pontos. No questionário CDLQI, as áreas com maior nível de problemas foram relacionadas a sintomas e sentimentos, seguidas por problemas de lazer, relacionamento pessoal e escola ou férias.

Primeiro autor	Ano do periódico	Metodologia	Faixa etária	Amostra	Instrumento de qualidade de vida	Média dos resultados	Conclusões
Fontes Neto et al.	2005	Estudo observacional	4-16 anos	50 pacientes, sendo equivalentes em idade e sexo.	CBCL		As crianças com DA participam menos de atividades do que as do grupo controle. Nem sempre as crianças atópicas apresentam problemas de socialização, nem mesmo dificuldades escolares em função da sua doença, mas sofrem com o sentimento relacionado ao receio da não-aceitação e do preconceito. Quanto ao retraimento, não houve diferença significativa entre os grupos. As crianças com DA são mais propensas a sintomas de ansiedade.

Apenas o estudo de Mesquita (2019) realizou entrevistas com profissionais brasileiros especializados no manejo da DA para obter informações sobre o manejo da doença, eficácia do tratamento e qualidade de vida dos pacientes. Nesse estudo, foram entrevistados 10 especialistas no tratamento de DA de vários locais do Brasil. Foi desenvolvida uma pesquisa padronizada com perguntas específicas sobre o diagnóstico da doença, o algoritmo de tratamento, a percepção dos especialistas da área terapêutica (TAEs) sobre as implicações da DA na qualidade de vida (QV) dos pacientes e as necessidades não

atendidas relacionadas ao tratamento da doença. Cada TAE participou separadamente de uma entrevista presencial estruturada de 60 a 80 minutos. As questões consideradas exigiam respostas quantitativas em 80% dos casos e respostas qualitativas nos outros 20%. Os resultados apresentados neste estudo são principalmente a média ponderada das respostas dos TAEs às questões quantitativas. A prevalência de DA em adultos foi estimada em 7% no Brasil, dos quais 35% possuem DA moderada e 30%, severa. No geral, 41% dos pacientes foram submetidos a cinco ou mais tratamentos diferentes. No entanto, 17% e 29% dos pacientes com DA moderada/ grave, respectivamente, não conseguem controlar a sua doença. Quanto ao impacto econômico, cerca de 94% dos custos com o tratamento para pacientes com DA moderada e grave estão relacionados a custos médicos diretos (consultas médicas, tratamento, hospitalizações e outros). As faltas nas consultas, correspondem a cerca de 6% do custo total do acompanhamento da DA moderada/grave. (MESQUITA, 2019).

Quanto aos custos da DA para o sistema público de saúde, Santos et al. (2021) observou que, de 2015 a 2020, houve um repasse total de R\$ 2.007.757,13 para atendimentos relacionados à DA, e 77,0% desse total (R\$ 1.546.695,76) representam gastos com hospitalizações. Os gastos provenientes do âmbito hospitalar foram superiores aos gastos dos procedimentos ambulatoriais. Já quanto ao custo dessa doença para a família, Carvalho et al. (2017) concluiu que o salário total da família teve mediana de 2.000 reais por mês (800 até 8.000 reais). O valor médio de gastos com tratamento foi de 200 reais ao mês (variando de 40 a 900 reais) e representaram 7,5% do salário. A tabela 2 sintetiza esses custos.

**Tabela 2 – Custos da DA**

<b>Primeiro autor</b>	<b>Ano do periódico</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Custos para o sistema público de saúde</b>	<b>Custos para a família</b>
-----------------------	-------------------------	--------------------	---	------------------------------

<b>Primeiro autor</b>	<b>Ano do periódico</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Custos para o sistema público de saúde</b>	<b>Custos para a família</b>
Santos et al.	2021	Estudo observacional	R\$ 2.007.757,13	—
Carvalho et al.	2017	Estudo transversal	—	R\$200,00/mês

## 6 DISCUSSÃO

A dermatite atópica (DA) é uma doença de alta prevalência no mundo e no Brasil e afeta tanto crianças quanto adolescentes e adultos. No Brasil, a prevalência de DA foi de 7,3% nas crianças e 5,3% nos adolescentes da mesma faixa etária, segundo o International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). No entanto, até recentemente, a DA era considerada apenas uma doença de pele. Sabe-se que essa doença está ganhando cada vez mais visibilidade no país, o que é comprovado com a publicação do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da dermatite atópica em 2023, documento baseado em evidências científicas, que visa garantir as melhores práticas para o diagnóstico, tratamento e monitoramento dos pacientes no âmbito do SUS. Por isso, a presente revisão teve como propósito mostrar os diferentes impactos que essa doença tem na vida de quem convive com ela.

O cuidado de uma criança com dermatite atópica é uma tarefa que vai além do tratamento médico, envolvendo ajustes familiares, um regime de tratamento adequado para a pele e despesas financeiras consideráveis. Devido à natureza crônica da doença, a atenção constante é necessária. Esta revisão destaca como a dermatite atópica impacta significativamente a qualidade de vida das crianças, adolescentes e seus familiares no Brasil.

Em estudos realizados no Brasil, foi observado que sentimentos de exaustão e perturbação do sono são prevalentes entre as famílias que lidam com a dermatite atópica (Alvarenga et al., 2009). O processo de tratamento exerce um grande impacto na qualidade de vida dos pacientes e, inevitavelmente, os cuidadores também são afetados. Um número considerável de cuidadores (38%) alega um efeito moderado na qualidade de vida, enquanto outros (34%) relatam um efeito elevado (Do Amaral et al., 2012). Os sintomas experimentados pelas crianças, como perturbações do sono, inquietação, tensão psicológica e constrangimento, podem ser sentidos de forma indireta pelos pais, tornando a qualidade de vida desses um determinante do bem-estar da criança. A inquietação e a hiperatividade das crianças podem ser desgastantes para os pais, levando à frustração e à exaustão. Além disso, a dedicação de tempo para a aplicação do tratamento e as tarefas domésticas adicionais têm implicações diretas nas responsabilidades profissionais dos responsáveis, resultando em impactos financeiros (Ali et al., 2020).

Esses achados se assemelham aos resultados de um estudo canadense, que relata que cerca de 52% das famílias alegam prejuízo na qualidade de vida, com distúrbios de sono na criança e no cuidador, além de problemas de saúde mental (Bridgman et al., 2018). Muitas crianças (51%) relatam evitar atividades sociais devido à DA e enfrentar dificuldades para participar de atividades físicas.

Em uma pesquisa americana, distúrbios de sono e prurido foram apontados como os sintomas que mais afetam as crianças, levando à privação de sono e exaustão entre

os familiares (Chamlin et al., 2004). Quanto às queixas emocionais, irritabilidade, agitação e choro constante foram os mais frequentemente mencionados. Socialmente, a dermatite atópica desencadeia sentimentos de solidão e momentos de isolamento.

Assim, os resultados de pesquisas nacionais e internacionais indicam que as crianças com DA e seus cuidadores frequentemente enfrentam exaustão, ansiedade e até mesmo depressão. Isso ressalta a importância de oferecer apoio psicológico tanto às crianças afetadas quanto aos seus familiares. Os sistemas de saúde e políticas públicas devem considerar o impacto emocional significativo dessa condição nas famílias e fornecer recursos adequados, como aconselhamento e grupos de apoio. Um grupo de apoio oferece, por exemplo, a oportunidade de compartilhar estratégias de enfrentamento, discutir como lidar com situações sociais desafiadoras e criar uma rede de apoio que ajuda a combater o isolamento.

Ademais, uma outra alternativa para o alívio das consequências psicológicas da DA é o oferecimento de terapia psicológica pelo sistema público de saúde brasileiro, como a terapia cognitivo-comportamental (TCC), como destaca um estudo americano (Chamlin et al., 2012).

Desse modo, é evidente que os desafios e impactos da DA são semelhantes em diferentes partes do mundo, enfatizando a relevância dessa condição na vida de todos os envolvidos; logo, a abordagem multidisciplinar que considera o bem-estar físico, emocional e financeiro de pacientes e cuidadores é fundamental para melhorar a QV das famílias afetadas por essa doença, como presente no estudo de Ring et al., 2020.

A dermatite atópica não apenas impõe desafios à saúde física e emocional dos indivíduos, mas também representa uma carga econômica significativa. Os custos associados à dermatite atópica são multifacetados, abrangendo desde despesas diretas com tratamento médico até impactos indiretos na produtividade e qualidade de vida. Os custos diretos da dermatite atópica referem-se aos gastos relacionados ao tratamento médico, consultas e medicamentos. Os pacientes com DA frequentemente necessitam de cuidados contínuos, que incluem visitas regulares a dermatologistas, aquisição de cremes e loções específicas, e, em alguns casos, medicamentos orais. Além disso, procedimentos médicos para o controle da condição também contribuem para esses custos. Os custos indiretos da dermatite atópica são mais difíceis de quantificar, mas não menos impactantes. A perda de produtividade no trabalho, devido a faltas frequentes ou diminuição do desempenho, é uma preocupação significativa. Pacientes com DA, especialmente em casos mais graves, podem enfrentar limitações em suas atividades diárias, incluindo a participação em ambientes de trabalho. Além disso, a condição pode influenciar negativamente o bem-estar psicológico, levando a custos associados ao tratamento de problemas de saúde mental, como ansiedade e depressão. Entender a extensão desses custos é essencial, pois através disso pode-se criar políticas de saúde pública e estratégias de intervenção que visam não apenas melhorar a vida dos pacientes, mas também reduzir os custos associados à condição.

No presente estudo foi apresentado que, no Brasil, o gasto médio com a DA é de 200 reais ao mês, no entanto, sabe-se que esse custo pode ser muito superior a este valor. Nos EUA, por exemplo, o custo mensal chega a ser de US\$274 (FILANOVSKY et al., 2016). Além dos custos para o paciente e seus familiares, existe o custo para o sistema de saúde público, que no Brasil chega a ser em média de 2 milhões de reais, enquanto nos EUA esse custo variou de US\$ 0,90 bilhão a US\$ 3,80 bilhões por ano (ELLIS et al., 2002). Já outro estudo realizado em Taiwan mostrou que os custos totais anuais reembolsados pelo Seguro Nacional de Saúde (NHI) associados à DA foram estimados em NT\$ 3,61 bilhões, o que equivale a cerca de 0,314% dos gastos nacionais com saúde de Taiwan (NHE) em 2017 (LEE et al., 2022). Grande parte desses custos atrelados à DA estão relacionados aos procedimentos hospitalares. Isso sugere que a maior parte do impacto econômico da doença no sistema público de saúde está relacionada à falta de manejo adequado e à doença mal controlada, o que leva a exarcebações e, conseqüentemente, à necessidade de tratamentos mais complexos e dispendiosos. São necessárias políticas públicas para gerenciar a doença por meio da implementação de terapias sistêmicas seguras e eficazes que possam controlar adequadamente a DA para evitar a piora clínica, as complicações e a necessidade de hospitalização, particularmente em pacientes com doença moderada a grave. A partir dessas políticas, o custo para o SUS da DA reduzirá.

Além disso, para reduzir os custos associados à dermatite atópica, estratégias preventivas e de gestão são essenciais. Educação pública sobre a condição, intervenções precoces e o acesso a tratamentos eficazes são componentes-chave para reduzir a carga econômica. Além disso, apoiar a pesquisa para o desenvolvimento de terapias mais acessíveis e eficazes pode ter impactos positivos a longo prazo.

Em suma, a dermatite atópica não é apenas uma questão de saúde individual; é também uma questão econômica significativa. A análise dos custos diretos e indiretos destaca a necessidade de uma abordagem integrada para gerenciar essa condição, não apenas para melhorar a saúde dos pacientes, mas também para aliviar os impactos econômicos sobre os sistemas de saúde e as economias individuais. A compreensão aprofundada desses custos é fundamental para orientar políticas de saúde, promover a conscientização e impulsionar a pesquisa em busca de soluções mais eficazes e acessíveis.



## 7 CONCLUSÃO

A dermatite atópica (DA) é uma doença crônica que impacta significativamente as esferas psicológica, social e econômica dos indivíduos e suas famílias. Apesar de sua relevância e da crescente incidência no Brasil, muitas vezes ela é negligenciada, especialmente em relação à abordagem biopsicossocial necessária para lidar eficazmente com essa condição complexa. A pesquisa revela que, ao longo de 16 anos, apenas um número limitado de estudos se dedicou a avaliar a qualidade de vida do paciente e de suas famílias, com apenas alguns estudos abordando os custos envolvidos no tratamento. Isso reflete uma lacuna significativa na compreensão do impacto abrangente da DA no contexto brasileiro.

Para enfrentar essa lacuna de conhecimento e melhor atender às necessidades dos pacientes com DA e suas famílias, é fundamental promover e realizar mais estudos epidemiológicos no Brasil. Esses estudos devem capturar a amplitude do impacto psicológico, social e econômico da DA em nossa população. Somente por meio de dados sólidos e representativos será possível a sensibilização de profissionais de saúde, de formuladores de políticas e a sociedade em geral sobre a importância da DA como um problema de saúde pública.

A partir de estudos epidemiológicos é possível desenvolver protocolos de cuidado mais adequados e específicos para a população, considerando os desafios únicos enfrentados pelos que convivem com a DA no Brasil. Esses protocolos devem englobar uma abordagem biopsicossocial completa, que leve em consideração não apenas os aspectos médicos, mas também os emocionais e financeiros.

Em última análise, a DA não é apenas uma questão de pele; é uma condição que afeta profundamente a vida das pessoas. Garantir que os pacientes acometidos por essa doença recebam cuidados de qualidade e que suas necessidades psicológicas, sociais e econômicas sejam atendidas é fundamental para o seu bem-estar e o das suas famílias. Ao investir em pesquisa, conscientização e abordagens multidisciplinares, podemos garantir que todos os envolvidos no cuidado com a DA tenham o apoio necessário para enfrentar os desafios e desfrutar de uma melhor qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

- 1) ALVARENGA, Tassiana M.M.; CALDEIRA, Antônio P. Quality of life in pediatric patients with atopic dermatitis. *Jornal de Pediatria*, v. 85, n. 5, p. 415–420, 2009.
- 2) ANTUNES, A. A. et al. Guia prático de atualização em dermatite atópica - Parte I: etiopatogenia, clínica e diagnóstico. Posicionamento conjunto da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia e da Sociedade Brasileira de Pediatria.
- 3) CARVALHO, V. O. et al. Guia prático de atualização em dermatite atópica - Parte II: abordagem terapêutica. Posicionamento conjunto da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia e da Sociedade Brasileira de Pediatria. *Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia*, v. 1, n. 2, p. 157–182, 2017.
- 4) COGHI, Silvana et al. Quality of life is severely compromised in adult patients with atopic dermatitis in Brazil, especially due to mental components. *Clinics*, v. 62, n. 3, p. 235–242, 2007.
- 5) DO AMARAL, C. S. F.; MARCH, M. DE F. B. P.; SANT'ANNA, C. C. Qualidade de vida das crianças e adolescentes com dermatite atópica. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, v. 87, n. 5, p. 717–723, 2012.
- 6) DRUCKER, A. M. et al. The Burden of Atopic Dermatitis: Summary of a Report for the National Eczema Association. *Journal of Investigative Dermatology*, v. 137, n. 1, p. 26–30, 2017.
- 7) FERREIRA, Vinícius Renato Thomé; MÜLLER, Marisa Campio; JORGE, Hericka Zogbi. Dinâmica das relações em famílias com um membro portador de dermatite atópica: Um estudo qualitativo. *Psicologia em Estudo*, v. 11, n. 3, p. 617–625, 2006.
- 8) FONTES NETO, Paulo T. L. et al. A dermatite atópica na criança: uma visão psicossomática. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 28, n. 1, p. 78–82, 2006.
- 9) FONTES NETO, Paulo T. L. et al. Avaliação dos sintomas emocionais e comportamentais em crianças portadoras de dermatite atópica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 27, n. 3, p. 279–291, 2005.
- 10) JESUS, Luyze Homem De et al. Comparação da qualidade de vida entre pacientes pediátricos com dermatite atópica e com outras dermatoses no sul do Brasil. v. 65, n. 4, p. 1–6, 2021.
- 11) MESQUITA, Kleyton. Unveiling atopic dermatitis burden in Brazil: a report from clinical assistance perspective. *Jornal Brasileiro de Economia da Saúde*, v. 11, n. 2, p. 153–160, 2019.

- 
- 12) SANTOS, A. et al. Características demográficas e utilização de recursos por pacientes com dermatite atópica no Sistema Único de Saúde (SUS). *Jornal Brasileiro de Economia da Saúde*, v. 13, n. 3, p. 279–287, 2021.

## Anexos

**O IMPACTO DA DERMATITE ATÓPICA INFANTIL NA FAMÍLIA (DFI)****Questionário**

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**

© M S Lewis-Jones, A Y Finlay 1995

# PROBLEMA COM A PELE

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.

Muitíssimo



Muito



Pouco



Não



Na última semana, o quanto sua pele tem apresentado **coceira, sensibilidade ou dor?**

Muitíssimo



Muito



Pouco



Não



Na última semana, o quanto você sentiu-se **constrangido ou pouco à vontade, chateado ou triste** por causa de sua pele?

Muitíssimo



Muito



Pouco



Não



Na última semana, o quanto sua pele tem afetado suas **amizades?**

Muitíssimo



Muito



Pouco



Não



Na última semana, o quanto você precisou usar **roupas/calçados especiais ou diferentes** por causa de sua pele?

Muitíssimo



Muito



Pouco



Não



Na última semana, o quanto sua pele tem atrapalhado as suas **saídas, brincadeiras ou passatempos?**

Muitíssimo



Muito



Pouco



Não



Na última semana, o quanto você evitou **nadar** ou praticar **outros esportes** por causa dos seus problemas de pele?

**ESCORE DA QUALIDADE DE VIDA NA DERMATOLOGIA INFANTIL**

Me impediu de ir à escola



**Se em período escolar:** Na última semana, o quanto seu problema de pele interferiu em suas atividades escolares?

Muitíssimo



**Se em período de férias:** Na última semana, o quanto seu problema de pele interferiu no aproveitamento de suas férias?



Na última semana, o quanto você teve problemas com pessoas **dizendo nomes, caçoando, intimidando, fazendo perguntas** ou **evitando você**, por causa de sua pele?

Muitíssimo



Na última semana, o quanto seu **sono** foi afetado por causa de seu problema de pele?

Nome:  
Idade:  
Endereço:

Diagnóstico:  
Data:  
Escore CLDQI:

©M.S. Lewis-Jones, A.Y. Finlay, maio de 1993.  
Ilustrações ©Media Resources Centre, UVCN. Dez 1996.

Muitíssimo



Na última semana, o quanto o seu **tratamento** de pele foi um problema para você?

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

