

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E PREVALÊNCIA DOS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE DERMATITE ATÓPICA EM PACIENTES ATENDIDOS EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO DO SUL DO BRASIL.

EVALUATION OF THE QUALITY OF LIFE AND PREVALENCE OF DIAGNOSTIC CRITERIA FOR AOPIC DERMATITIS IN PATIENTS ATTENDED IN A TERTIARY HOSPITAL IN SOUTHERN BRAZIL.

Valmir VICENTE FILHO¹, Ana Carolina STAATS², Maira Mitsue MUKAI³.

Rev. Méd. Paraná/1583

Vicente Filho V, Staats AC, Mukai MM. Avaliação da Qualidade de Vida e Prevalência dos Critérios Diagnósticos de Dermatite Atópica em Pacientes Atendidos em um Hospital Terciário do Sul do Brasil. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2021;79(1):19-25.

RESUMO - Caracterizada por pele seca, pruriginosa, placas e pápulas eritematosas e liquenificação, a dermatite atópica (DA) ocasiona dor e gera grande impacto na qualidade de vida (QdV) dos pacientes. De importante prevalência mundial, manifesta-se diferentemente em distintos grupos e pesquisas locais são necessárias para avaliar o padrão de acometimento regional. Os objetivos deste estudo são traçar o perfil fenotípico e avaliar os impactos da DA na QdV em pacientes em hospital terciário, referência no Paraná. De 28 participantes convidados, 20 foram submetidos a avaliação clínica somada a aplicação do *Dermatology Life Quality Index*. A análise descritiva mostrou a sintomatologia, constrangimento e uso de roupas como mais impactantes na QdV. Consistiam em adultos jovens, com sintomas de início na infância e adolescência e história familiar e pessoal de doenças atópicas. As lesões eram típicas, pruriginosas e recidivantes, e outros achados cutâneos e não cutâneos, como influência dos fatores emocionais e intolerância à lã.

DESCRITORES - Dermatite Atópica, Qualidade de Vida, Critérios Diagnósticos.

INTRODUÇÃO

A Dermatite Atópica (DA), também conhecida como eczema e eczema atópica, é uma doença de importante prevalência na infância, afetando entre 5 a 20% das crianças em todo o mundo. Entretanto, nos últimos anos, sua incidência tem aumentado cada vez mais entre adultos^{1,2}. Especialmente nos países desenvolvidos, a DA demonstra crescente incidência nas últimas décadas. Assim, tem se tornado um grave problema de saúde global, devido a altos custos de tratamento e associação com considerável morbidade e impacto na qualidade de vida (QdV). Caracteriza-se por lesões de intenso prurido, maculopapulares ou vesiculares, eritematosas e descamativas. Eventualmente, são acompanhadas de exsudação, crostas e/ou liquenificação³.

Apesar de algumas características serem habitualmente observadas, a DA tem um quadro morfológico bastante heterogêneo, e parece manifestar-se diferentemente em distintos grupos de pacientes⁴. Neste contexto, pesquisas regionais tornam-se importantes para avaliar o padrão de acometimento local.

Inexistem testes específicos ou biomarcadores laboratoriais patognomônicos para o diagnóstico, sendo estabelecido por uma abordagem clínica dos pacientes na anamnese e exame físico.³ Os critérios diagnósticos propostos por Hanifin & Rajka⁵ são amplamente utilizados pelo mundo.⁶ De acordo com estes critérios, o diagnóstico é realizado na presença de pelo menos três critérios maiores (quadro 1) somados a três critérios menores (quadro 2).

Trabalho realizado no Hospital de Clínicas da UFPR.

1 - Acadêmico de Medicina da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.

2 - Acadêmica de Medicina da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.

3 - Mestre em Medicina Interna pela Universidade Federal do Paraná. Professora Assistente de Dermatologia da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.

QUADRO 1. CRITÉRIOS MAIORES DE DERMATITE ATÓPICA

CRITÉRIOS MAIORES

Prurido;
 Morfologia e distribuição típicas (liquenificação de dobras de flexão e/ou aparência linear em adultos ou em região de face e/ou superfície extensora de crianças e lactentes);
 Dermatose crônica e/ou recidivante;
 História familiar e/ou pessoal de atopia (asma, rinite alérgica e DA);

FONTE: ADAPTADO DE HAFININ E RAJKA (1980)

QUADRO 2. CRITÉRIOS MENORES PARA DERMATITE ATÓPICA

CRITÉRIOS MENORES

Xerose cutânea;	Elevação da IgE sérica;
Prega de dennie-morgan (linha acentuada na pálpebra inferior);	Curso influenciado por fatores emocionais e/ou ambientais;
Início da doença em idade precoce;	Conjuntivites recorrentes;
Tendência a infecções cutâneas (especialmente staphylococcus aureus e herpes simplex);	Tendência à dermatite inespecífica de mãos e pés;
Queratose pilar;	Prurido quando transpira;
Palidez facial e/ou eritema facial;	Ictiose;
Dermografismo branco;	Hiperlinearidade palmar;
Queilite;	Hiperreatividade cutânea (tipo I);
Pregas anteriores do pescoço;	Eczema de mamilo;
Escurecimento periorbital;	Ceratocone;
Dermografismo branco;	Catarata subcapsular anterior;
Pitíriase alba;	Intolerância a lã e solventes lipídicos;
Acentuação perifolicular;	Intolerância alimentar;

FONTE: ADAPTADO DE HAFININ E RAJKA (1980)

A DA, com sintomatologia que incluem muita dor e coceira, gera grande impacto na QdV dos pacientes, especialmente nos mais graves. Os quadros podem estar associados com ansiedade, depressão, má qualidade de sono, irritabilidade e estresse generalizado tanto para os pacientes, quanto para a família⁷. Nesse contexto, vem se tornando crescente o interesse em avaliar a QdV nestes pacientes, como forma de entender a própria percepção do paciente da sua condição e os efeitos no seu cotidiano⁸.

A QdV costuma ser estimada objetivamente por meio de questionários. Contudo, na dermatologia, há uma carência de ferramentas validadas para DA, sendo necessário o uso de ferramentas mais gerais. Uma delas é o questionário desenvolvido por Finlay & Khan, o *Dermatology Life Quality Index* (DLQI)⁹. Este questionário mede o impacto das doenças dermatológicas, sendo assim possível determinar o tamanho do prejuízo da QdV. Além disso, permite averiguar o impacto das medidas desenvolvidas, possibilitando o monitoramento das terapias adotadas.

Tal questionário é prático, de fácil uso na rotina médica e consiste em apenas dez perguntas que abordam temáticas diferentes da vida do paciente (Quadro

3). O escore máximo obtido é 30 pontos. Em cada pergunta, pontua-se de um a três pontos, de acordo com a percepção do impacto referente ao aspecto questionado, variando de “pouco impacto” a “realmente muito impacto”. Traduzido e validado por Martins et al., no presente estudo, foi utilizado esta mesma versão brasileira para aplicação em pacientes com DA, intitulada de DLQI-BRA.¹⁰

QUADRO 3. PERGUNTAS PRESENTES NO DLQI-BRA

Nº DA PERGUNTA	TEMÁTICA	PERGUNTA
1	Coceira	O quanto sua pele foi afetada durante a semana que passou por causa de coceira, inflamação, dor ou queimação?
2	Constrangimento	Quanto constrangimento ou outro tipo de limitação foi causado por sua pele durante a semana que passou?
3	Shopping/Jardina-gem/Casa	O quanto sua pele interferiu nas suas atividades de compras ou passeios, em casa ou locais públicos, durante a semana que passou?
4	Roupas	Até que ponto sua pele interferiu na semana que passou com relação às roupas que você normalmente usa?
5	Social/Lazer	O quanto sua pele afetou qualquer uma das suas atividades sociais ou de lazer na semana que passou?
6	Esportes	Quão difícil foi para você praticar esportes durante a semana que passou?
7	Trabalho/Estudo	Sua pele impediu que você fosse trabalhar ou estudar durante a semana que passou? Em caso negativo, sua pele já foi problema para você no trabalho ou na vida escolar?
8	Parceiros/Amigos Próximos/Parentes	Quão problemática se tornou sua relação com o(a) parceiro(a), amigos próximos ou parentes, por causa de sua pele?
9	Dificuldades sexuais	Até que ponto sua pele criou dificuldades na sua vida sexual na semana que passou?
10	Tratamento	Até que ponto seu tratamento dermatológico criou problemas para você na semana que passou?

FONTE: MARTINS ET AL. (2004)

O objetivo deste estudo é avaliar os impactos da DA na QdV e traçar o perfil fenotípico dos pacientes atendidos no ambulatório de dermatologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR), um hospital terciário, referência local e regional. Acredita-se que esta análise acrescentará dados importantes à pesquisa loco-regional, permitindo metas personalizadas e melhores resultados terapêuticos e es-

estratégias de prevenção, onde desempenham um papel crucial no curso da doença.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo analítico transversal. Durante 6 meses, os pacientes do Ambulatório de DA do Serviço de Dermatologia do CHC-UFPR foram convidados para a pesquisa durante sua consulta. Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em local privado, os participantes foram submetidos a um questionário (Figura 1), buscando características epidemiológicas e aspectos clínicos. Estes foram baseados nos critérios diagnósticos de DA propostos por Hanifin e Rajka.⁵ Além disso, foi aplicado o DLQI-BRA (Figura 2), com o intuito de estimar o impacto da DA na QdV dos participantes.

Foram convidados à pesquisa 28 participantes. Foram incluídos 20 indivíduos, diagnosticados com DA. Como critérios de exclusão foram adotados: pacientes menores de 18 anos; ausência do diagnóstico de dermatite atópica e aqueles que não concluíram a avaliação clínica. Dentre esses, 7 foram excluídos por possuírem menos de 18 anos e 1 por não terminar o exame clínico por motivos de consulta em outro ambulatório.

FIGURA 1. QUESTIONÁRIO PARA AVALIAR OS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE HANIFIN E RJKA (1980)

INICIAIS DO PACIENTE: _____ DATA DE NASC: ___/___/___ GÊNERO: () M () F
 MEDICAMENTOS EM USO: _____
 COMORBIDADES: _____
 TABAGISMO EM CASA: () SIM () NÃO CONTATO COM ANIMAIS: () SIM () NÃO
 GRAVIDADE: () GRAVE () NÃO GRAVE

CRITÉRIOS MAIORES

1. Você sente muita coceira? () SIM () NÃO

- Morfologia e distribuição típicas (liquenificação de dobras de flexão e/ou aparência linear em adultos ou em região de face e/ou superfície extensora de crianças e lactentes);
- Dermatose crônica e/ou recidivante;
- História familiar e/ou pessoal de atopia (asma, rinite alérgica e DA).

CRITÉRIOS MENORES

1. Você tem muitas infecções de pele? () SIM () NÃO
 2. Suas lesões/coceira também ocorrem nas mãos e nos pés? () SIM () NÃO
 3. Há piora da lesão/coceira conforme o ambiente ou oscilações de humor? () SIM () NÃO
 4. Você normalmente sente coceira quando sua/transpira? () SIM () NÃO
 5. Você normalmente sente coceira ou vermelhidão no mamilo? () SIM () NÃO
 6. Com quantos anos você percebeu o início desses sintomas? ____ anos
 7. Você tem alergia a tecidos feitos com lã? () SIM () NÃO
 8. Você tem alergia à algum tipo de comida? () SIM () NÃO
 9. Você tem alergia à produtos químicos? () SIM () NÃO
 10. Algum familiar tem alguma destas doenças? () Rinite () Bronquite/Asma () DA
 11. E você? () Rinite () Bronquite/Asma

- Xerose cutânea;
- Pityriase alba;
- Prega de Dennie-Morgan;
- Acentuação perifolicular;
- Queratose pilar;
- Palidez facial e/ou eritema facial;
- Dermografismo branco;
- Ictiose;
- Queilite;
- Hiperlinealidade palmar;
- Pregas anteriores do pescoço;
- Hiperreatividade cutânea (tipo I);
- Escurecimento periorbital;

FONTE: OS AUTORES.

Entre as variáveis de identificação, foram registrados: (1) sexo (masculino ou feminino); (2) data de nascimento; (3) comorbidades; (4) medicações de uso contínuo e (5) existência de contato com agravantes de atopia: como animais e tabagismo. Os participantes foram definidos como “Grave” mediante uso de medicação de ação sistêmica e “Não Grave” mediante medicações de uso tópico no controle da DA.

Os critérios oftalmológicos e laboratoriais, como catarata subcapsular anterior, ceratocone, e IgE sérica não foram investigados devido à ausência de infraestrutura do serviço.

Todos os dados colhidos foram organizados em planilha eletrônica (*Microsoft Excel®*), conferidos e exportados para análise estatística. Para a análise do perfil fenotípico e da análise dos impactos da QdV, utilizou-se uma estatística descritiva, adotando valores de média, mediana, desvio padrão, taxas absolutas e relativas.

A pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do CHC-UFPR, de acordo com a Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, acompanhada do TCLE, sob o número de aprovação CAAE 01378618.0.0000.0096, tendo sido devidamente aprovado em 15/01/2019.

FIGURA 2. ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA EM DERMATOLOGIA – DLQI-BRA

O objetivo deste questionário é medir o quanto seu problema de pele afetou sua vida no decorrer da última semana. Marque com um X a melhor resposta para cada pergunta.

1. Na última semana, quanto sua pele coçou, esteve sensível, dolorida ou ardida?
 3 Realmente muito 2 Bastante 1 Um pouco 0 Nada

2. Na última semana, você ficou com vergonha ou se preocupou com sua aparência por causa de sua pele?
 3 Realmente muito 2 Bastante 1 Um pouco 0 Nada

3. Na última semana, quanto sua pele interferiu nas suas compras ou nas suas atividades dentro e fora de casa?
 3 Realmente muito 2 Bastante 1 Um pouco 0 Nada

4. Na última semana, quanto sua pele influenciou na escolha das roupas que você vestiu?
 3 Realmente muito 2 Bastante 1 Um pouco 0 Nada

5. Na última semana, quanto sua pele afetou as atividades sociais ou de lazer?
 3 Realmente muito 2 Bastante 1 Um pouco 0 Nada

6. Na última semana, quanto sua pele atrapalhou a prática de esportes?
 3 Realmente muito 2 Bastante 1 Um pouco 0 Nada

7. Na última semana, sua pele o impediu de trabalhar ou ir à escola?
 3 Sim 0 Não

Caso sua resposta seja NÃO, na última semana quanto sua pele lhe causou problemas no trabalho ou na escola?
 2 Bastante 1 Um pouco 0 Nada

8. Na última semana, quanto sua pele lhe causou problemas com seu parceiro ou amigos mais próximos e parentes?
 3 Realmente muito 2 Bastante 1 Um pouco 0 Nada

9. Na última semana, quanto seu problema de pele lhe causou dificuldades sexuais?
 3 Realmente muito 2 Bastante 1 Um pouco 0 Nada

10. Na última semana, quanto o seu tratamento para a pele foi um problema deixando sua casa desorganizada ou tomando muito o seu tempo?
 3 Realmente muito 2 Bastante 1 Um pouco 0 Nada

FONTE: MARTINS ET AL. (2014).

RESULTADOS

Dos 28 pacientes convidados, 20 foram incluídos na pesquisa, 10 do sexo feminino e 10 do sexo masculino. As idades eram de 18 a 56 anos. A média de idade dos participantes foi de 30,4 anos, mediana de 27 anos e desvio padrão (σ) de 12,28.

Quanto às comorbidades, 40% dos participantes apresentaram pelo menos uma comorbidade, sendo as duas mais prevalentes - hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus tipo 2 - cada uma em 15% dos participantes. Em seguida, transtorno de ansiedade generalizada (10%); dislipidemia (5%); doença do refluxo gastroesofágico (5%); e insulinoma (5%). O contato com animais em casa foi constatado em 65% dos participantes e 20% apresentavam contato com tabagismo.

Ademais, 18 participantes apresentavam história familiar de atopia, sendo 9 rinite (45%), 2 asma (10%) e 7 DA (35%). Todos os pacientes relataram história pessoal de atopia, sendo 11 rinite (55%), 9 asma (45%), e 5 ambas (25%). Todos foram classificados como portadores de DA grave, sendo 9 (45%) em tratamento farmacológico em monoterapia, e 11 (55%) em tratamento farmacológico em politerapia.

Os 3 critérios maiores de diagnóstico foram preenchidos em todos os pacientes e estavam presentes, em média, 11,2 critérios menores (mediana: 11; σ : 2,85). Sete pacientes (30%) notaram o início dos sintomas na vida adulta (após os 18 anos). Também contabilizamos a frequência de cada critério menor, apresentada em taxas absolutas e relativas (Tabela 1).

TABELA 1. ANÁLISE DESCRITIVA DA FREQUÊNCIA DOS CRITÉRIOS MENORES PARA DA.

CRITÉRIO MENOR (HAFININ E RAJKA)	TAXA ABSOLUTA	TAXA RELATIVA
Curso influenciado por fatores emocionais e/ou ambientais	19	95%
Intolerância à lã	19	95%
Dermatite inespecífica de mãos e pés	14	70%
Prurido quando transpira	14	70%
Escurecimento periorbital	13	65%
Intolerância a produtos químicos	13	65%
Tendência a infecções cutâneas	12	60%
Xerose cutânea	11	55%
Pregas de Dennie-Morgan	10	50%
Pitíriase Alba	10	50%
Hiperlinearidade palmar	10	50%
Intolerância alimentar	10	50%
Queratose pilar	9	45%
Palidez ou eritema facial	9	45%
Ictiose	8	40%
Dermografismo branco	6	30%
Pregas anteriores do pescoço	6	30%
Início da doença em idade precoce		
Até 6 meses	5	25%
Até 1 ano	7	35%

Até 5 anos	10	50%
Queilite	5	25%
Eczema de mamilo	5	25%
Acentuação perifolicular	3	15%
Hiperreatividade cutânea	0	0%

FONTE: OS AUTORES.

Quanto aos dados obtidos do pelo DLQI-BRA, o escore médio global foi de 8,35. A mediana foi de 7,5 e o σ de 6,88. Para cada pergunta do DLQI-BRA, o escore médio obtido e o respectivo desvio padrão (Tabela 2).

TABELA 2. ESCORES MÉDIO E DESVIO PADRÃO (Σ) OBTIDOS POR PERGUNTA A PARTIR DA APLICAÇÃO DO DLQI-BRA

PERGUNTA	DLQI-BRA scores	
	(n = 20)	
	MÉDIA	(σ)
Coceira	1,55	(1,09)*
Constrangimento	1,20	(1,32)*
Shopping/Jardinagem/Casa	0,85	(1,26)
Roupas	1,10	(1,07)*
Social/Lazer	0,85	(1,26)
Esportes	0,70	(0,92)
Trabalho/Estudo	0,6	(1,23)
Parceiros/Amigos Próximos/Parentes	0,37	(0,80)
Dificuldades sexuais	0,25	(0,63)
Tratamento	0,50	(0,88)
Total	8,35	(6,88)

FONTE: OS AUTORES.

DISCUSSÃO

A idade média dos participantes deste estudo (30,45 anos) se aproxima da habitualmente descrita em pacientes adultos com DA: a maioria deles são adultos jovens, 48% com menos de 35 anos, o que também corrobora com tendências internacionais.³

Na investigação dos pacientes, a idade de início dos sintomas parece ser um ponto importante. Estudos têm demonstrado que a DA de início no adulto e na infância possuem características fenotípicas distintas¹¹.

Sinais como dermatite em cabeça, pescoço e mãos tendem a aparecer nos quadros mais tardios¹². Enquanto que na infância, dermatite palpebral, queilite, prurido após suor, xerose cutânea e pregas de Dennie-Morgan são sinais mais frequentemente associados¹².

Entre os participantes deste estudo, 30% relataram o início dos sintomas após os 18 anos, a taxa se aproxima da encontrada por Lee et al.³, de 25%. Os picos de incidência na infância ocorrem aproximadamente 45% dentro dos primeiros seis meses de vida, 50 a 60% durante o primeiro ano e 80 a 90% antes do quinto ano de vida^{3,12}. No presente estudo, 25% relataram início antes dos 6 meses, 35% antes de 1 ano e 50% até os 5 anos de idade.

Evidências na literatura estimam que o histórico de

atopia em um dos pais aumenta em 1,5 vezes o risco de uma criança desenvolver DA³. No presente estudo, 90% dos participantes possuíam história familiar de atopia.

As condições tipicamente associadas a DA são a asma e a rinite alérgica, observadas, respectivamente, em 45% e 55% dos acometidos¹³. Entre estes quadros, a DA surge mais precocemente, marcando uma das primeiras manifestações de atopia. Evidências sugerem que metade daqueles que desenvolveram a doença antes dos 2 anos de idade apresentarão asma nos anos subsequentes³.

Apesar da importância dos fatores genéticos na patogênese da DA, estes não são suficientes para explicar as variáveis prevalências entre diferentes localidades. A interação entre fatores genéticos predisponentes e fatores ambientais e/ou exacerbantes têm sido apontada como potencial determinante¹⁴.

Além dos fatores externos já presentes nos critérios de Ranifin e Rajka (lã, produtos químicos e alimentos), outros fatores ambientais são reconhecidos como de risco para exacerbação da DA, como irritantes, pruritógenos, fatores climáticos severos, poluentes transportados pelo ar, contato com animais e tabagismo ou exposição à fumaça^{5,15}. Nesse estudo, investigou-se o contato com tabagismo e animais, sendo 4 pacientes tabagistas, e 13 possuíam contato com animais domésticos.

Todos os participantes possuíam os 3 critérios maiores de Ranifin e Rajka.⁵ Nossos pacientes apresentaram em média 11 critérios menores, situação também observada em outro estudo semelhante e com uma amostra mais expressiva (n=481), em que 71,7% dos pacientes possuíam os 4 critérios maiores, e 72,6% destes tinham mais de 10 critérios menores¹⁶.

Lamentavelmente, a literatura científica carece de estudos que delineiam os aspectos clínicos de pacientes com DA no Brasil, especialmente na região sul. Considerando a heterogeneidade da doença, tal aspecto foi determinante para a elaboração do presente estudo.

Um estudo polonês com 481 pacientes, os critérios menores mais frequentes foram xerose cutânea (85,2%), dermatografismo branco (84,2%), dermatite inespecífica de mãos e pés (81,9%) e pregas de Dennie-Morgan (78,1%)¹⁶. Outra pesquisa semelhante da Suíça (n=105), demonstrou que os mais frequentes foram intolerância a lã (77,9%), pregas anteriores de pescoço (51,4%), queilite e pregas de Dennie-Morgan (50,5%)¹⁷.

Uma revisão sistemática de 101 estudos de todo o mundo acerca do assunto sugeriu que os critérios menores mais frequentes são: xerose cutânea (73%), curso influenciado por fatores emocionais (60%), início em idade precoce (57%) e hiper-reatividade cutânea (56%)¹⁸.

Alguns destes critérios foram também observados mais frequentemente por nós, como intolerância à lã (95%), curso influenciado por fatores emocionais (95%), e dermatite de mãos e pés (70%). Porém outros sinais foram observados mais frequentemente do que os refe-

ridos estudos: prurido quando transpira (70%), escurecimento periorbital (65%), intolerância a produtos químicos (65%) e tendência a infecções cutâneas (60%).

Estes achados nos levam a reafirmar que a DA é uma doença de morfologia bastante heterogênea, e que seu fenótipo pode diferir em diferentes regiões e de acordo com as características dos pacientes. Tal fato demonstra a importância de conhecer os pacientes específicos de cada local, pois algumas características podem aumentar o valor diagnóstico para a doença¹⁶.

Quanto à análise dos impactos na QdV, a partir do DLQI-BRA, o *score* médio foi de 8,35 (mediana: 7,5; σ : 6,88). Contudo, como os participantes do estudo já estavam em tratamento da DA, é possível que haja um fator de confusão frente aos *scores* obtidos. Isso porque estes podem estar falsamente diminuídos devido ao tratamento. Todos os participantes faziam uso de alguma medicação sistêmica voltada para o tratamento de DA.

Apesar disso, o *score* obtido no presente estudo se assemelha a outros estudos da literatura (Tabela 3). Um estudo de Holm et al.¹⁹, com 296 participantes, apontou o *score* médio obtido de 9,79, mediana de 9 e desvio padrão (σ) de 6,2. Outro estudo de Kim et al.⁸ apontou média de 10,7 e desvio padrão (σ) de 7,9.

TABELA 3. SCORES MÉDIO E DESVIO PADRÃO (Σ) OBTIDOS POR PERGUNTA A PARTIR DA APLICAÇÃO DO DLQI-BRA EM COMPARAÇÃO AO ESTUDO DE HOLM ET AL. (2016) E DE KIM ET AL. (2012).

	DLQI-BRA scores (n = 20)	DLQI score por Holm et al (2016) (n = 296)	DLQI score por Kim et al (2012) (n = 147)
PERGUNTA	MÉDIA (Σ)	MÉDIA (Σ)	MÉDIA (Σ)
Coceira	1,55 (1,09)*	1,8 (0,8)*	1,7 (0,9)*
Constrangimento	1,20 (1,32)*	1,3 (1,9)*	1,9 (1,0)*
Shopping/Jardina-gem/Casa	0,85 (1,26)	0,9 (0,9)	1,0 (1,0)
Roupas	1,10 (1,07)*	1,3 (1,1)*	1,2 (1,1)
Social/Lazer	0,85 (1,26)	1,0 (1,0)	1,2 (1,0)
Esportes	0,70 (0,92)	0,9 (1,0)	1,1 (1,0)
Trabalho/Estudo	0,6 (1,23)	0,7 (0,9)	1,6 (0,7)*
Parceiros/Amigos Próximos/Parentes	0,37 (0,80)	0,7 (0,9)	0,8 (0,9)
Dificuldades sexuais	0,25 (0,63)	0,5 (0,9)	0,5 (0,8)
Tratamento	0,50 (0,88)	0,7 (0,8)	0,9 (1,0)
Total	8,35 (6,88)	9,8 (6,2)	10,7 (7,9)

FONTE: OS AUTORES.

NOTA: * SIGNIFICA OS TRÊS MAIORES IMPACTANTES OBSERVADOS EM CADA UM DOS TRÊS ESTUDOS

Para fins de comparação, o DLQI também permite avaliar uma resposta frente a uma abordagem terapêutica. Por exemplo, um estudo realizado por Oosterhaven et al.²⁰, com 47 participantes com DA em tratamen-

to com Dupilumab, um *score* médio pelo DLQI de 12,0 foi apontado.

Quando analisadas as perguntas presentes no DLQI-BRA individualmente, a de aparente maior impacto foi sobre coceira. Frente a pergunta 1, 80% demonstraram existir algum impacto da coceira na QdV, dividido entre 25% para realmente muito, 25% para muito e 30% para pouco. O escore médio obtido nesta pergunta foi de $1,55 \pm 1,1$.

Este dado se aproxima aos relatados no estudo realizado por Holm et al.¹⁹, onde o maior incômodo foi a coceira ($1,8 \pm 0,8$). Já no estudo de Kim et al.⁸, com 147 adultos acima de 16 anos, a coceira ($1,7 \pm 0,9$) foi o segundo maior impacto na QdV.

No presente estudo, a segunda pergunta com maior escore foi constrangimento ($1,20 \pm 1,32$), seguida por roupas ($1,10 \pm 1,07$). No estudo de Holm et al.¹⁹, o padrão foi semelhante, sendo o segundo maior impacto roupas, seguido pelo constrangimento, apontado uma possível concordância entre os estudos. No estudo de Kim et al.⁸, o constrangimento ($1,9 \pm 0,9$) foi apontado como principal fator de impacto na QdV.

Apesar da influência no uso das roupas ($1,2 \pm 1,1$), neste estudo, não consistiu entre os três maiores impactantes, os seus escores se aproximam do presente estudo e do de Holm et al.¹⁹.

Curiosamente, Kim et al.⁸ apontou em seu estudo grande influência da DA no trabalho e nos estudos ($1,6 \pm 0,7$). Apesar do escore não ser expressivo no presente estudo, a DA é responsável por grande impacto econômico. Os custos totais são difíceis de mensurar, mas incluem prescrições, visitas ao médico, custo hospitalar e com emergências. Além de custos indiretos, seja por presenteísmo (diminuição da produtividade no trabalho) ou por absenteísmo (faltas ao trabalho)²¹.

Nos três estudos também é possível observar que o menor impacto sobre a QdV dos indivíduos foram as dificuldades sexuais, com escore deste estudo ($0,25 \pm 0,63$) *versus* ($0,5 \pm 0,9$) de Holm et al.¹⁹ *versus* ($0,5 \pm 0,8$) de Kim et al.⁸.

CONCLUSÃO

No presente estudo, é possível apontar diversas limitações. Um número reduzido de pacientes não nos permite afirmar se os sinais mais frequentemente observados possuem um valor diagnóstico maior, por isso foi feita somente a análise descritiva dos dados. Também seria importante a graduação da gravidade dos participantes da amostra, uma vez que quadros mais graves podem impactar mais em aspectos da QdV.

Além disso, é possível notar na literatura, uma carência de estudos científicos nacionais com desenho semelhante. Neste estudo, comparou-se os resultados com estudos de outras nacionalidades, cuja cultura pode ter influência nos aspectos da QdV dos indivíduos.

O atual estudo mostrou que o constrangimento, a sintomatologia da doença e a influência no uso de roupas que possam esconder ou irritar menos as lesões são os que impactam mais na QdV destes pacientes.

Notou-se que o perfil típico dos pacientes portadores de DA no serviço consiste em adultos jovens, com o início dos sintomas na infância e adolescência, com história familiar e pessoal positiva para doenças atópicas, com lesões típicas, pruriginosas e recidivantes, e com riqueza de outros achados cutâneos e não cutâneos, principalmente o curso influenciado por fatores emocionais e a intolerância à lã.

Conclui-se que são necessários estudos regionais mais expressivos que caracterizem o quadro fenotípico de adultos com DA. Uma melhor compreensão do quadro clínico dos pacientes pode acrescentar à uma terapêutica mais individualizada e efetiva. Ademais, com uma amostra maior poderíamos inferir dados mais confiáveis e realizar uma análise mais profunda do impacto da DA na QdV. De maneira geral, mostra-se importante a abordagem da QdV no atendimento de pacientes com DA.

Vicente Filho V, Staats AC, Mukai MM. Evaluation of the Quality of Life and Prevalence of Diagnostic Criteria for Atopic Dermatitis in Patients Attended in a Tertiary Hospital in Southern Brazil Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2021;79(1):19-25.

ABSTRACT - Characterized by dry, itchy skin, erythematous plaques and papules and lichenification, atopic dermatitis (AD) causes pain and has a great impact on patients' quality of life (QoL). Importantly prevalent worldwide, it manifests itself differently in different groups and local research is needed to assess the pattern of regional involvement. The objectives of this study are to trace the phenotypic profile and evaluate the impacts of AD on QoL in patients at a Tertiary Hospital, a reference in Paraná. Of 28 invited participants, 20 underwent clinical evaluation plus the application of the Dermatology Life Quality Index. The descriptive analysis showed the symptoms, embarrassment and use of clothes as the most impactful in QoL. They consisted of young adults, with symptoms beginning in childhood and adolescence and a family and personal history of atopic diseases. The lesions were typical, itchy and recurrent, and other skin and non-skin findings, such as the influence of emotional factors and intolerance to wool.

KEYWORDS - Atopic Dermatitis, Quality of Life, Diagnosis Criteria.

REFERÊNCIAS

- Williams H, Robertson C, Stewart A, Ait-Khaled N, Anabwani G, Anderson R, et al. Worldwide variations in the prevalence of symptoms of atopic eczema in the International Study of Asthma and Allergies in Childhood. *J Allergy Clin Immunol*. 1999 Jan;103(1 Pt 1):125-38.
- Langan SM, Irvine AD, Weidinger S. Atopic dermatitis. *Lancet*. 2020 Aug 1;396(10247):345-360. Erratum in: *Lancet*. 2020 Sep 12;396(10253):758.
- Torres T, Ferreira EO, Gonçalves M, Mendes-Bastos P, Selores M, Filipe P. Update on Atopic Dermatitis. *Acta Med Port*. 2019 Sep 2;32(9):606-613.
- Spergel JM. From atopic dermatitis to asthma: the atopic march. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2010 Aug;105(2):99-106; quiz 107-9, 117.
- Hanifin JM; Rajka G. Diagnostic features of atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 1980;44-7
- Vakharia PP, Chopra R, Silverberg JI. Systematic Review of Diagnostic Criteria Used in Atopic Dermatitis Randomized Controlled Trials. *Am J Clin Dermatol*. 2018 Feb;19(1):15-22.
- Chamlin SL, Frieden IJ, Williams ML, Chren MM. Effects of atopic dermatitis on young American children and their families. *Pediatrics*. 2004 Sep;114(3):607-11.
- Kim DH, Li K, Seo SJ, et al. Quality of life and disease severity are correlated in patients with atopic dermatitis. *J Korean Med Sci*. 2012;27(11):1327-1332.
- Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI)--a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol*. 1994 May;19(3):210-6.
- Martins, Gladys Aires, Arruda, Lucia, & Mugnaini, Aline Schaefer Buerger. (2004). Validação de questionários de avaliação da qualidade de vida em pacientes de psoríase. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 79(5), 521-535.
- Silvestre Salvador JF, Romero-Pérez D, Encabo-Durán B. Atopic Dermatitis in Adults: A Diagnostic Challenge. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2017;27(2):78-88
- Lee HH, Patel KR, Singam V, Rastogi S, Silverberg JI. A systematic review and meta-analysis of the prevalence and phenotype of adult-onset atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol*. 2019 Jun;80(6):1526-1532.e7.
- Orfali, RL, Shimizu, MM, Takaoka, R, Zaniboni, MC., Ishizaki, AS, Costa, AA, et al. Valéria. (2013). Atopic dermatitis in adults: clinical and epidemiological considerations. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 59(3), 270-275.
- Antunes AA, Solé D, Carvalho VO, Bau AEK, Kuschnir FC, Mallozi MC, et al. Guia prático de atualização em dermatite atópica - Parte I: etiopatogenia, clínica e diagnóstico. Posicionamento conjunto da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia e da Sociedade Brasileira de Pediatria. *Arq Asma Alerg Imunol*. 2017;1(2):131-156
- Kantor R, Silverberg JI. Environmental risk factors and their role in the management of atopic dermatitis. *Expert Rev Clin Immunol*. 2017 Jan;13(1):15-26.
- Rudzki E, Samochocki Z, Rebandel P, Saciuk E, Gałczyński W, Raczka A, Szmurło A. Frequency and significance of the major and minor features of Hanifin and Rajka among patients with atopic dermatitis. *Dermatology*. 1994;189(1):41-6.
- Mevorah B, Frenk E, Wietlisbach V, Carrel CF. Minor clinical features of atopic dermatitis. Evaluation of their diagnostic significance. *Dermatologica*. 1988;177(6):360-4.
- Yew YW, Thyssen JP, Silverberg JI. A systematic review and meta-analysis of the regional and age-related differences in atopic dermatitis clinical characteristics. *J Am Acad Dermatol*. 2019 Feb;80(2):390-401.
- Holm JG, Agner T, Clausen ML, Thomsen SF. Quality of life and disease severity in patients with atopic dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2016 Oct;30(10):1760-1767.
- Oosterhaven JAF, Voorberg AN, Romeijn GLE, de Bruin-Weller MS, Schutelaar MLA. Effect of dupilumab on hand eczema in patients with atopic dermatitis: An observational study. *J Dermatol*. 2019 Aug;46(8):680-685
- Drucker AM, Wang AR, Li WQ, Severson E, Block JK, Qureshi AA. The Burden of Atopic Dermatitis: Summary of a Report for the National Eczema Association. *J Invest Dermatol*. 2017 Jan;137(1):26-30.