

ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DA ESCALA DE GRAVIDADE DE PRURIDO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DERMATITE ATÓPICA

Cross-cultural adaptation and validation of the Itching Severity Scale in children and adolescents with atopic dermatitis

Dayanne Mota Veloso Bruscky^{a,*}, Ana Caroline Cavalcanti Dela Bianca Melo^a, Emanuel Sávio Cavalcanti Sarinho^a

RESUMO

Objetivo: Realizar tradução, adaptação e validação da *Itch Severity Scale* (ISS-Ped) para medir a gravidade de prurido em crianças e adolescentes com dermatite atópica.

Métodos: Estudo metodológico de validação de instrumento, seguindo protocolos recomendados. Após a definição da versão traduzida, com participação de um profissional com experiência em validação de instrumentos, três professores de inglês, um professor de linguística e sete alergologistas, a Escala de Gravidade de Prurido (ISS-Ped) foi aplicada a 42 responsáveis por pacientes entre 2 e 18 anos de idade com dermatite atópica e a 42 responsáveis por indivíduos sem doença cutânea pruriginosa da mesma faixa etária. Resultados da escala foram comparados com a gravidade da dermatite atópica e o controle da doença, e entre os dois grupos.

Resultados: A clareza das questões foi maior que 90%. A ISS-Ped mostrou forte correlação positiva com a gravidade da dermatite atópica (Pearson: 0,74; $p < 0,001$) e boa correlação com o controle da doença (coeficiente de correlação ponto biserial: 0,65; $p < 0,001$), além de ótima consistência interna (α de Cronbach: 0,96) e adequada reprodutibilidade pela concordância do teste e reteste (coeficiente de correlação intraclass variando de 0,89 a 0,99 com IC95% e $p < 0,001$).

Conclusões: A ISS-Ped apresentou-se viável, válida e confiável, sendo atingida equivalência satisfatória. A escala traduzida mostrou-se adequada para avaliar a gravidade do prurido em crianças e adolescentes com dermatite atópica, permitindo comparações na prática clínica e entre pesquisas de diferentes centros.

Palavras-chave: Tradução; Prurido; Dermatite atópica; Pré-escolar; Criança; Adolescente.

ABSTRACT

Objective: To translate, adapt and validate the Itch Severity Scale to a Brazilian version (ISS-Ped) in order to measure the severity of pruritus in children and adolescents with atopic dermatitis.

Methods: This is a methodological study of validation of an instrument following recommended protocols. The translated version was evaluated by a group of experts including one professional with experience in instrument validation, three English teachers, one linguistics teacher and seven allergists. After this, the scale was applied to 42 parents of children aged between 2 and 18 years old with atopic dermatitis, and 42 parents of children without pruritic diseases. Results were evaluated according to the severity of atopic dermatitis and disease control, and they were compared between groups with and without atopic dermatitis.

Results: More than 90% of the questions were clear to the parents. The ISS-Ped showed a strong positive correlation with the severity of atopic dermatitis (Pearson: 0.74; $p < 0.001$) and a good correlation with the control of dermatitis (point-biserial correlation coefficient: 0.65; $p < 0.001$). The scale showed excellent internal consistency (Cronbach's α : 0.96) and adequate test and retest agreement (95% confidence interval of intraclass correlation coefficient: 0.89–0.99; $p < 0.001$).

Conclusions: The ISS-Ped is a feasible, valid, reliable and satisfactorily equivalent. The translated scale was appropriate to assess the severity of itching in children and adolescents with eczema, allowing comparisons in the clinical practice and in the research setting.

Keywords: Translating; Pruritus; Atopic eczema; Preschool child; Child; Adolescent.

*Autor correspondente: E-mail: dayannebruscky@gmail.com (D.M.V. Bruscky).

^aUniversidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

Recebido em 7 de julho de 2016; aprovado em 30 de outubro de 2016; disponível on-line em 03 de julho de 2017.

INTRODUÇÃO

A dermatite atópica é a doença inflamatória crônica e recidivante da pele mais comum na infância, caracterizada por xerose cutânea e prurido importante.^{1,2} Acomete de 10 a 20% das crianças e de 1 a 3% dos adultos em todo o mundo. No Brasil, a fase III do *International Study of Asthma and Allergies in Childhood* (ISAAC) encontrou prevalência estimada de 13,1% para crianças de 6 a 7 anos de idade e de 8,4% para adolescentes de 13 a 14 anos de idade.^{3,4} É uma doença que afeta negativamente a qualidade de vida relacionada com a saúde dos pacientes, causando prejuízo na qualidade de vida dos familiares e impondo alto custo econômico às famílias, principalmente em suas formas mais graves.^{5,6} As principais queixas são: alteração de sono e de humor, exclusão social, falta a aulas pelas crianças acometidas, além de privação de sono e exaustão dos pais. O prurido persistente, com consequente prejuízo no sono e na concentração, além da estigmatização social, é um dos principais componentes com efeitos nos domínios social, psicológico e econômico da doença.⁵⁻⁹

O prurido, sensação desagradável que provoca a necessidade de coçar a pele, decorre da ativação de fibras nervosas não mielinizadas (fibras CMi) na derme papilar e na epiderme. Após a ativação, essas fibras fazem sinapse com neurônios secundários, cujas projeções são parte do trato espinotalâmico contralateral e ascendem a várias áreas cerebrais envolvidas em sensibilidade, emoção, avaliação, recompensa e memória.^{10,11} Os mecanismos que promovem essa ativação são complexos e ainda pouco conhecidos na dermatite atópica, sendo a histamina liberada pelos mastócitos cutâneos apenas um dos mediadores. Além dessa e das células inflamatórias, outras substâncias como neuropeptídeos, citocinas (principalmente IL-2 e IL-31), taquicinas, tripsina, prostaglandinas, fator ativador plaquetário, leucotrienos, serotonina e proteínas eosinofílicas têm sido envolvidas na fisiopatologia do prurido.^{2,12,13}

Atualmente, o instrumento mais utilizado para avaliar o prurido é a escala visual analógica. No entanto, apesar de ser um instrumento válido, ela apresenta grande limitação por avaliar apenas a intensidade do sintoma e não o modo como ele interfere na vida do paciente acometido. Além disso, por ser completamente subjetiva e depender de interpretação pessoal, a medida do prurido com esse tipo de escala é individual, com prejuízo de comparações entre pessoas e grupos, principalmente de diferentes etnias, condições sociais e culturais.¹⁴⁻¹⁶ A *Itch Severity Scale* (ISS) foi desenvolvida e validada a partir do questionário de Yosipovitch, para quantificar a gravidade do prurido. Foi validada em inglês para pacientes de 18 a 70 anos de idade, portadores de psoríase.¹⁵ A versão em espanhol foi validada para uso em crianças e adolescentes com dermatite atópica, sendo composta por seis perguntas e com pontuação variando de 0 a 18 pontos.¹⁷ Mas vale ressaltar que, até o

momento, não há um instrumento padrão-ouro para mensurar o prurido, sendo amplamente recomendado que sejam utilizados ao menos dois instrumentos para avaliar de forma confiável a intensidade do sintoma nas pesquisas clínicas.¹⁸

Para que um instrumento seja utilizado em uma população diferente daquela para a qual foi desenvolvido e validado, recomenda-se a tradução, a adaptação cultural, a análise das equivalências conceitual, de itens, semântica, operacional, assim como a realização de testes que avaliem as propriedades de medida desses instrumentos na nova versão, como consistência interna, reprodutibilidade, validade e viabilidade.¹⁹⁻²¹ Este estudo teve como objetivo traduzir e adaptar a ISS para o português e para a cultura brasileira e testar as propriedades psicométricas em crianças e adolescentes com dermatite atópica.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de tradução, adaptação transcultural e validação de um questionário para avaliar a gravidade do prurido em crianças e adolescentes com dermatite atópica. O estudo foi realizado entre maio e dezembro de 2014, nos ambulatórios de Alergia e Imunologia, de Dermatologia e de Pediatria do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE), por entrevistador único e devidamente treinado, de forma individual e com duração de 10 a 15 minutos. Dados do prontuário sobre gravidade da dermatite atópica e necessidade do uso de corticoide na consulta do dia da coleta foram anotados.

Participaram do estudo: componentes do comitê de especialistas (alergologistas, professores de inglês, professor de linguística e pesquisador com experiência em validação de instrumento); responsáveis por pacientes de 2 a 18 anos de idade com diagnóstico clínico de dermatite atópica^{22,23} e em acompanhamento no ambulatório de Alergia e Imunologia do HC-UFPE; e responsáveis por pacientes de mesma faixa etária, sem doença cutânea pruriginosa, atendidos em ambulatório de pediatria geral da mesma instituição.

A escala é composta por sete perguntas e sua pontuação varia de 0 (sem prurido) a 21 pontos (prurido mais grave), com diferença clinicamente importante de dois pontos. Apresenta questões sobre descrição, frequência, intensidade, extensão do prurido e o modo como afeta o sono, o humor e a atividade ou desejo sexual dos acometidos. Cada questão vale de zero a um ponto, e a pontuação da escala é obtida pelo somatório de todas as questões multiplicado por um fator de correção (x3).

O processo de validação do instrumento foi realizado conforme as etapas descritas a seguir^{20,21,24} e iniciado após a permissão dos autores da escala original:

1. Avaliação das equivalências conceitual e de itens, realizada por alergologistas, com o objetivo de aferir a relevância do instrumento e de seus itens para a dermatite atópica.

2. Avaliação da equivalência semântica, englobando duas traduções independentes da versão em língua inglesa por dois profissionais fluentes no idioma (Tradução 1 e 2 — T1 e T2, respectivamente); síntese das traduções, por um observador fluente na língua inglesa (T12); duas retrotraduções do T12, de forma independente, por dois professores de inglês nativos com fluência em português (RT1 e RT2) e síntese das retrotraduções (RT12); verificação do processo de equivalência, pelo comitê de especialistas, com comparação das versões T12, RT12 e original, com avaliação por meio das opções “Exatamente o mesmo significado”, “Quase o mesmo significado” e “Significado diferente”; estudo-piloto com versão traduzida, em que foram avaliados a clareza e o grau de compreensão ao ser perguntado se cada item era “Nada claro”, “Pouco claro”, “Claro”, “Muito claro” ou “Totalmente claro”, para cada questão.
3. A equivalência operacional foi realizada por meio de avaliação do formato, da ordem e do *layout* das questões e do modo de aplicação do instrumento.
4. As propriedades psicométricas iniciais foram analisadas da seguinte forma:
 - a viabilidade foi avaliada pelo percentual de respostas dos pacientes abordados;
 - a validade convergente, por comparação com a gravidade da dermatite atópica medida pelo *Scoring of atopic dermatitis* (SCORAD) e com controle ou não da doença;
 - para a validade divergente, foram comparados os valores da escala para os pacientes com a doença e para as crianças sem doença cutânea pruriginosa;
 - a reprodutibilidade foi examinada pelo reteste da escala com intervalo de 7 a 14 dias em dez pacientes, de forma aleatória;
 - foi calculada a consistência interna do instrumento.

Os dados foram tabulados em dupla entrada no Microsoft® Excel® 2013 (Microsoft Corporation, Redmond, Washington, Estados Unidos), sendo analisadas as variáveis “idade”, “sexo”, “gravidade da dermatite atópica” e “atividade da doença”, além da frequência de entendimento das questões por meio de análise de “clareza dos itens”, considerando-se adequada a soma de “Claro”, “Muito claro” e “Totalmente claro” maior que 90% para cada questão. A equivalência semântica foi determinada pela soma de “Exatamente o mesmo significado” e “Quase o mesmo significado”, sendo considerada adequada a soma maior que 80% no formulário preenchido pelo comitê de especialistas.

A análise inferencial foi feita com o *software* SPSS 18.0 (SPSS Inc., Chicago, EUA) para a execução dos seguintes testes, sendo considerados significantes os valores de $p < 0,05$:

- análise fatorial exploratória rotação promax, após teste do construto em relação à adequação da amostra pelo índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), sendo considerados suficientes os valores acima de 0,80; foi utilizado o teste de esfericidade de Bartlett, com o objetivo de verificar se as variáveis são correlacionadas, sendo considerado adequado o valor de p até 0,05;²⁵
- viabilidade, medida pela frequência de respostas dos pacientes selecionados;
- comparação da média da escala entre indivíduos com dermatite atópica e aqueles sem doença cutânea pruriginosa, com Teste t de Student;
- análise da correlação entre ISS-Ped e a gravidade da dermatite atópica (medida pelo SCORAD),²⁶ pelo índice de correlação de Pearson; foi utilizado o SCORAD completo, preenchido por médico assistente no momento da consulta, com avaliação da extensão das lesões, da intensidade (eritema, infiltração/pápula, crostas, escoriação, liquenificação e xerose) e dos sintomas subjetivos (prurido e interferência no sono por escala visual analógica);
- avaliação da correlação entre a escala traduzida e a atividade da doença (controlada ou não controlada), evidenciada pela necessidade do uso de corticoide tópico na consulta do dia da entrevista, pela análise do coeficiente de correlação ponto bisserial;
- confiabilidade, avaliada pela consistência interna por meio do coeficiente α de Cronbach (adequado quando maior que 0,70) e pela reprodutibilidade e estabilidade, medidas pela correlação intraclasse de teste e reteste.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) (parecer nº 610.734 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 16628714.2.0000.5208). Todos os participantes de 12 a 18 anos de idade e seus responsáveis assinaram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

A ISS foi considerada pelos pesquisadores apropriada para medir a gravidade do prurido de pacientes com dermatite atópica, e todos os seus itens se mostraram adequados, com exceção do item 6, relacionado com a influência do sintoma no desejo e na atividade sexual do paciente, o qual foi retirado da escala final para a população pediátrica, provocando uma mudança na pontuação da escala, que passou a variar de 0 (nenhum prurido) a 18 (prurido máximo).

A equivalência semântica foi realizada pela avaliação das versões original, T12 e RT12 pelo comitê de especialistas, composto por três professores de inglês, um professor com experiência em validação de instrumento, um professor de linguística e sete alergologistas de várias regiões do Brasil (um da Região Norte, três da Nordeste, dois da Sudeste e um da Centro-Oeste). Nesse processo, todas as questões foram consideradas adequadas, com 100,0% de equivalência para todos os itens, exceto a questão 3, que obteve 91,7%. A versão original e a ISS-Ped são mostradas na Tabela 1. Houve modificação por acréscimo de sinônimos nas questões 1, 2, 3 e 4; alteração de alguns termos na questão 5 (“depressão” por “deprimido”, “mais agitação” por “mais agitado”, “ansiedade” por “ansioso”), além da troca de uma palavra na questão 7 (“por conta”, trocado por “por causa”).

No estudo-piloto, a versão traduzida foi aplicada aos pacientes com dermatite atópica e àqueles sem doença pruriginosa (que compuseram o grupo final). Os indivíduos entenderam a versão

traduzida da escala, sendo observado o somatório de “Claro”, “Muito claro” e “Totalmente claro” acima de 90,0% para cada questão, conforme apresentado na Tabela 2. Todas as questões foram respondidas pelos pais ou cuidadores das crianças em todas as faixas etárias, e as crianças podiam ou não ajudar nas respostas.

Um total de 43 pacientes entre 2 e 18 anos foi recrutado para participar do estudo, e 42 (98%) acompanhantes responderam ao questionário, totalizando 7 pacientes por item da escala. A idade média dos pacientes foi de 7 ± 4 anos, com 23 (55%) do sexo masculino. Em relação à gravidade da dermatite atópica, 26 (62%) pacientes apresentavam a forma leve da doença e 10 (24%), a forma grave. O eczema não estava controlado em 22 (52%) dos pacientes avaliados.

Quarenta e dois responsáveis por crianças sem doença cutânea pruriginosa também foram recrutados, e todos (100%) responderam à ISS-Ped. A média de idade foi de $7 \pm 3,5$ anos, com 23 (55%) pacientes do sexo masculino. Não houve diferença

Tabela 1 *Itch Severity Scale* e versão final da Escala de Gravidade de Prurido.

<i>Itch Severity Scale</i>	Escala de Gravidade de Prurido (ISS-Ped)
1. For each part of the day, what is the frequency of appearance of the itch (please put an 'X' in the box that corresponds with your answer)? Morning, Noon, Evening, Night. Never itchy, Occasionally itchy, Often itchy, Always itchy	1. Para cada parte do dia, qual é a frequência de aparecimento/ocorrência de coceira (por favor, coloque um X no espaço que corresponde a sua resposta)? Manhã, Meio-dia, Tarde, Noite. Nunca coça, Coceira ocasional, Coceira frequente, Sempre coça.
2. To what extent do the each of the following describe the itch (please put an 'X' in the box that corresponds with your answer): Stinging, Stabbing, Burning, Annoying, Unbearable, Worrisome. Not at all, to a small, extent, to a moderate extent, to a great extent	2. Até que ponto cada um dos itens abaixo descreve a coceira (por favor, faça um 'X' no espaço que corresponde a sua resposta)? Picada/Ferroada, Furada/Facada, Queimação, Irritação/ Incômodo, Intolerável, Perturbadora/Preocupante. Nem um pouco, Um pouco, Moderadamente, Muito.
3. Please shade in the areas where you tend to be itchy.	3. Por favor pinte/sombreie as áreas onde você tende a coçar.
4. Please indicate the intensity of itch for each of the following (please put an 'X' in the box that corresponds with your answer): Itch in its average state, Itch in its worst state, Itch in its best state. None, Weak, Moderate, Strong, Very strong.	4. Por favor indique a intensidade da coceira de cada um dos seguintes (por favor ponha um 'X' no local que corresponde a sua resposta): Coceira habitual, Coceira no pior estado (no pior momento), Coceira no melhor estado (no melhor momento). Nada, Fraca, Moderada, Forte, Muito forte.
5. Has your mood changed because of the itch (you may circle more than one answer)? No change, Depressed, More agitated, Difficulty in concentration, Anxious.	5. O seu humor mudou por conta da coceira (você pode circular mais de uma resposta)? Não mudou, Deprimido, Mais agitado, Dificuldade de concentração, Ansioso.
6. How has itch affected the following (please put an 'X' in the box that corresponds to your answer): Sexual desire, Sexual function. No change, Decrease.	—
7. Please indicate how often any of the following happens (please put an 'X' in the box that corresponds with your answer): Difficulty falling asleep due to itch, Awakening due to itch, Use of sleep medications. Never, Sometimes, Almost Always.	7. Por favor indique com que frequência acontece o seguinte: (por favor ponha um 'X' no espaço que corresponde a sua resposta) Dificuldade de cair no sono por causa da coceira, Acordar devido à coceira, Uso de remédios para dormir. Nunca, Às vezes, Quase sempre.

estatística entre o grupo com dermatite atópica e o grupo-controle em relação à idade e ao sexo.

Foram mantidos os mesmos *layout*, ordem e formato das questões da versão original. Contudo, pela dificuldade da população em compreender a leitura da escala, houve necessidade de mudar o modo de aplicação, que deixou de ser uma escala autoaplicável para se tornar uma entrevista presencial. Na fase inicial do estudo-piloto, os responsáveis não liam as questões, marcavam qualquer

Tabela 2 Avaliação da clareza dos itens, pelos grupos com dermatite atópica e controle, por meio do somatório das respostas “Claro”, “Muito claro” e “Totalmente claro”.

	Dermatite atópica		Controle	
	Claro + Muito claro + Totalmente claro		Claro + Muito claro + Totalmente claro	
	n	%	n	%
Título da escala	39	93	40	95
1. Frequência	42	100	42	100
2. Descrição	41	98	41	98
3. Extensão	42	100	42	100
4. Intensidade	42	100	42	100
5. Humor	42	100	42	100
7. Sono	42	100	42	100

resposta e deixavam de responder a todas as perguntas. Quando questionados sobre a clareza dos itens, demonstravam não ter lido as questões. Houve acréscimo de instrução para que os responsáveis pelos menores pudessem responder questões sobre o paciente.

A média da ISS-Ped em pacientes com dermatite atópica foi de $8,0 \pm 4,7$ e, em pacientes sem doença pruriginosa, de $0,7 \pm 1,1$; essa diferença foi estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

No processo de equivalência de mensuração, a escala foi considerada viável na forma de entrevista, uma vez que 98% dos responsáveis pelas crianças e adolescentes com eczema atópico e 100% dos responsáveis por crianças sem doença cutânea pruriginosa responderam a toda a escala.

A análise dos componentes principais da escala, após satisfatória adequação da amostra ($KMO=0,85$) e correlação das variáveis (teste de esfericidade de Bartlett com $p < 0,001$), demonstrou que um único componente explicava 69,1% da variância, constatando-se a unidimensionalidade da versão traduzida da ISS.

A ISS-Ped apresentou forte correlação positiva com a gravidade da dermatite medida pelo SCORAD e forte correlação com o não controle da doença para a amostra estudada, ambas estatisticamente significantes. Os dados de correlação são mostrados no diagrama de dispersão contido na Figura 1.

A análise da consistência interna da escala foi adequada, com coeficiente α de Cronbach de 0,96. A reprodutibilidade também foi boa, com medida da consistência pelo coeficiente de correlação intraclassa de 0,97 (IC95%: 0,89–0,99) para

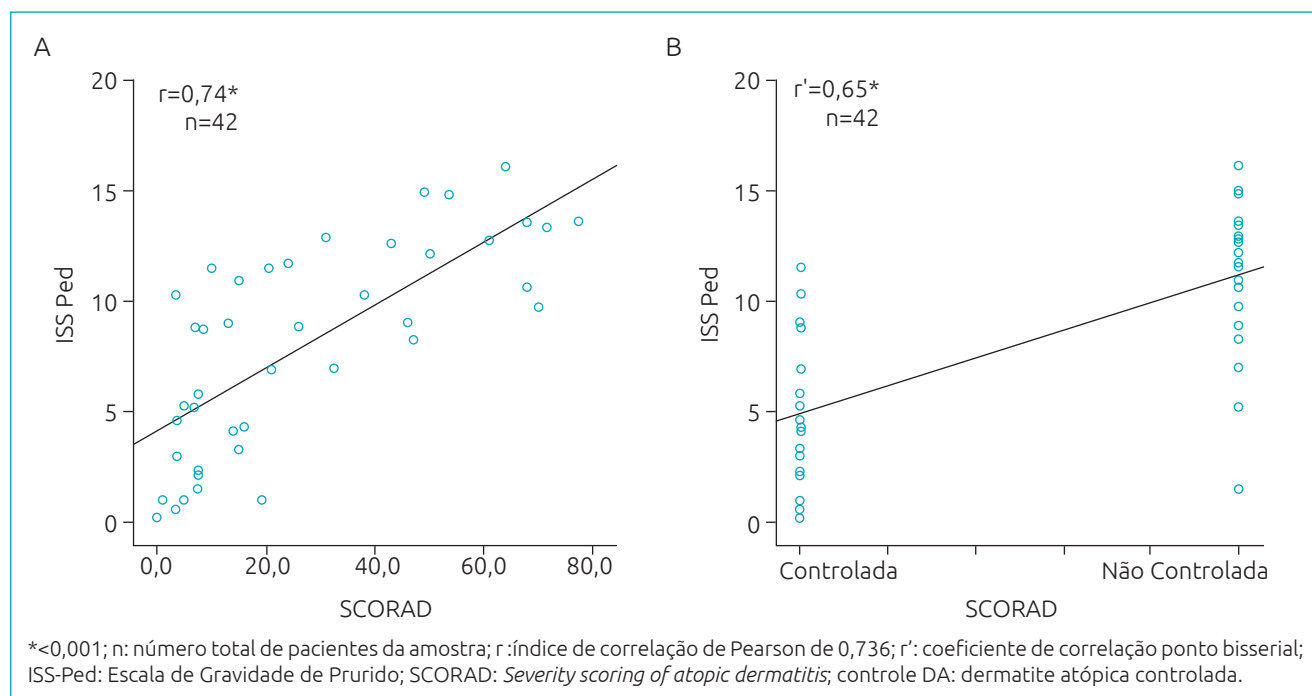


Figura 1 Correlação entre a Escala de Gravidade de Prurido e o *Severity scoring of atopic dermatitis* (A) e o controle da dermatite atópica (B).

o total da escala ($p<0,001$). A avaliação da reprodutibilidade para cada item apresentou coeficiente de correlação intraclass maior que 0,80 e $p<0,05$ para todas as questões. O reteste foi realizado com intervalo de 7 ou 14 dias (70% das vezes com intervalo de 7 dias) pelo mesmo entrevistador.

Na Tabela 3 encontram-se características da amostra e as propriedades de medida da versão traduzida ISS-Ped.

Tabela 3 Descrição da amostra e propriedades psicométricas da Escala de Gravidade de Prurido para crianças e adolescentes com dermatite atópica.

Características descritivas	Grupo 1 ^a	Grupo 2 ^b
Idade (anos)		
2–5	22 (52%)	18 (43%)
6–10	13 (31%)	16 (38%)
11–18	7 (17%)	8 (19%)
Sexo		
Masculino	23 (55%)	23 (55%)
Feminino	19 (45%)	19 (45%)
Gravidade da dermatite atópica		
Leve (SCORAD <35)	26 (62%)	–
Moderada (SCORAD 25 a 50)	6 (14%)	–
Grave (SCORAD >50)	10 (24%)	–
Controle da doença		
Sim	20 (48%)	–
Não	22 (52%)	–
ISS-Ped		
Média±desvio-padrão	8,0±4,7*	0,7±1,1*
Propriedades psicométricas		
Viabilidade		
Frequência de respostas de toda a escala	98%	100%
Validade convergente		
Correlação com SCORAD	$r=0,74^*$	
Correlação com controle da dermatite atópica	$r'=0,65^*$	
Confiabilidade		
Consistência interna (coeficiente α de Cronbach)	0,96	
Reprodutibilidade (coeficiente de correlação intraclass)	0,97*(IC95% 0,89-0,99)	

^apacientes com diagnóstico de dermatite atópica; ^bcrianças sem doença cutânea pruriginosa; * $p<0,001$.

SCORAD: *Severity scoring of atopic dermatitis*; ISS-Ped: Escala de Gravidade de Prurido; r : índice de correlação de Pearson; r' : coeficiente de ponto bisserial; IC: intervalo de confiança.

DISCUSSÃO

Este estudo demonstrou que a versão traduzida da ISS, a Escala de Gravidade de Prurido (ISS-Ped), é válida para avaliar a gravidade do prurido em crianças e adolescentes com dermatite atópica e apresentou propriedades de medida compatíveis com a escala original.

Foram obtidas equivalências conceitual e de itens, semântica e operacional satisfatórias. A retirada da questão sobre interferência na sexualidade já havia ocorrido na versão espanhola do instrumento,¹⁷ e é necessária para a adequação à população pediátrica. As etapas de tradução, retrotradução e avaliação pelo comitê de especialistas transcorreram sem grandes dificuldades, visto que a escala original é bem clara, possibilitando a transferência dos conceitos do instrumento original para a nova versão. Alergologistas de várias regiões do Brasil fizeram parte do comitê para tentar minimizar a possibilidade do uso de termos locais, sem compreensão em outras regiões do Brasil. A mudança no *modus operandi* da entrevista foi necessária e pode não ter interferido nas propriedades de medida da escala, mantendo sua eficácia.^{21,27} O modo “entrevista” apresenta as vantagens de diminuir a frequência de respostas em branco e evitar equívocos na interpretação; contudo, como desvantagem, necessita entrevistador treinado.²⁵

A versão “entrevista” da escala foi satisfatoriamente compreendida tanto pelos responsáveis de pacientes com dermatite atópica quanto pelos parentes de crianças sem doença pruriginosa. Houve diferença esperada e significativa entre a gravidade do prurido avaliada nesses dois grupos: o grupo sem doença pruriginosa apresentou média próxima a zero, indicando nenhum prurido e corroborando a validade da escala.

A ISS-Ped é viável, baseada na alta frequência de participação e de resposta a todos os itens pela população avaliada, como também ocorreu na versão original e na versão espanhola.^{15,17}

A validade convergente da escala foi realizada pela comparação com o SCORAD, que mede a gravidade da dermatite atópica, e com o controle da doença. O modelo teórico evidencia que pacientes com doença mais grave e sem controle — e que necessitam de medidas terapêuticas — apresentam maior inflamação cutânea e coceira mais grave.^{1,2,6,7,9} A ISS-Ped apresentou boa correlação com a gravidade da dermatite atópica (Pearson $>0,7$), confirmando que, quanto maior a gravidade da doença, maior a gravidade do prurido, uma vez que há mais acometimento cutâneo e sintoma pruriginoso mais importante. Quando a ISS-Ped foi comparada com o controle da doença, também houve correspondência adequada e estatisticamente significativa. A versão original apresentou moderada correlação com os módulos “saúde física” ($r=-0,483$) e “saúde mental” ($r=-0,492$) do

RAND-36 Health Status Inventory e boa correlação com o Índice de Qualidade de Vida em Dermatologia (DLQI) ($r=0,628$),¹⁵ enquanto a versão da Espanha evidenciou boa correlação com o Índice de Qualidade de Vida Pediátrico em Dermatologia ($r=0,69$).¹⁷

Na análise fatorial exploratória, foi observada a unidimensionalidade da versão traduzida da escala, demonstrando apenas a gravidade do prurido. Na construção da escala original, duas dimensões foram encontradas na etapa inicial. Na ISS, após a redução dos itens, cinco deles representavam a dimensão gravidade; e dois, a dimensão temporal.¹⁵ Neste estudo e na versão da Espanha, a força desse segundo item foi insuficiente, mas não houve prejuízo para a escala, que se propõe a medir a gravidade do sintoma.

A confiabilidade do instrumento foi evidenciada pelo elevado coeficiente α de Cronbach (0,96), comparável à versão original (0,80) e à espanhola (0,84), atestando que os diferentes itens da escala têm correlação entre si e medem o mesmo construto. A reprodutibilidade também foi satisfatória, sendo avaliada pela correlação entre teste e reteste, dados já observados na versão original (coeficiente de correlação de Pearson igual a 0,95 e coeficiente de correlação intraclasse de 0,95)¹⁵ e na validação anterior da escala.¹⁷ Acredita-se que, por permitir menor ausência de repostas, a modificação operacional tenha sido responsável pelo aumento da consistência interna do instrumento.

Algumas limitações devem ser ponderadas para a extrapolação dos resultados obtidos. Mesmo com a tentativa de diminuir a influência da linguagem coloquial e com a revisão da escala por médicos de diferentes regiões do Brasil, o instrumento foi aplicado em uma amostra de pacientes de Pernambuco e diferenças culturais e socioeconômicas devem ser consideradas. Há necessidade, ainda, de ressaltar que crianças acima de 10 anos de idade apresentam possibilidade de abstração maior, com suposta descrição mais fidedigna do sintoma. Todavia, trabalhos com dor e asma mostram uma boa correlação entre as respostas dos pacientes e de seus cuidadores,^{28,29} permitindo tal uso.

Concluindo, considera-se que a Escala de Gravidade de Prurido será de grande utilidade na prática clínica para avaliar a eficácia do tratamento do prurido e para futuras pesquisas sobre avaliação do tratamento da dermatite atópica em nossa população, além de permitir comparações entre pesquisas realizadas em diferentes centros que utilizam o instrumento de forma mais efetiva.

Financiamento

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. Bieber T. Atopic dermatitis. *Ann Dermatol.* 2010;22:125-37.
2. Akdis CA, Akdis M, Bieber T, Bindslev-Jensen C, Boguniewicz M, Eigenmann P, et al. Diagnosis and treatment of atopic dermatitis in children and adults: European Academy of Allergology and Clinical Immunology/American Academy of Allergy, Asthma and Immunology/PRACTALL Consensus Report. *J Allergy Clin Immunol.* 2006;118:152-69.
3. Solé D, Mallol J, Wandalsen GF, Aguirre V, Latin American ISAAC Phase 3 Study Group. Prevalence of symptoms of eczema in Latin America: results of the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Phase 3. *J Investig Allergol Clin Immunol.* 2010;20:311-23.
4. Williams H, Stewart A, Mutius E, Cookson W, Anderson HR, International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Phase One and Three Study Groups. Is eczema really on the increase worldwide? *J Allergy Clin Immunol.* 2008;121:947-54.
5. Alvarenga TM, Caldeira AP. Quality of life in pediatric patients with atopic dermatitis. *J Pediatr (Rio J).* 2009;85:415-20.
6. Chamlin SL, Frieden IJ, Williams ML, Chren M-M. Effects of atopic dermatitis on young American children and their families. *Pediatrics.* 2004;114:607-11.
7. Kini SP, DeLong LK, Veledar E, McKenzie-Brown AM, Schaufele M, Chen SC. The impact of pruritus on quality of life: the skin equivalent of pain. *Arch Dermatol.* 2011;147:1153-6.
8. Lewis-Jones S. Quality of life and childhood atopic dermatitis: the misery of living with childhood eczema. *Int J Clin Pract.* 2006;60:984-92.
9. Williams HC. Clinical practice. Atopic dermatitis. *N Engl J Med.* 2005;352:2314-24.
10. Yosipovitch G, Bernhard JD. Clinical practice. Chronic pruritus. *N Engl J Med.* 2013;368:1625-34.
11. Dhand A, Aminoff MJ. The neurology of itch. *Brain.* 2014;137:313-22.
12. Darsow U, Pfab F, Valet M, Huss-Marp J, Behrendt H, Ring J, et al. Pruritus and atopic dermatitis. *Clin Rev Allergy Immunol.* 2011;41:237-44.
13. Ständer S, Luger TA. Itch in atopic dermatitis - pathophysiology and treatment. *Acta Dermatovenereol Croat.* 2010;18:289-96.
14. Chen SC. Pruritus. *Dermatol Clin.* 2012;30:309-21.
15. Majeski CJ, Johnson JA, Davison SN, Lauzon CJ. Itch Severity Scale: a self-report instrument for the measurement of pruritus severity. *Br J Dermatol.* 2007;156:667-73.

16. Phan NQ, Blome C, Fritz F, Gerss J, Reich A, Ebata T, et al. Assessment of pruritus intensity: prospective study on validity and reliability of the visual analogue scale, numerical rating scale and verbal rating scale in 471 patients with chronic pruritus. *Acta Derm Venereol.* 2012;92:502-7.
17. Daudén E, Sánchez-Perez J, Prieto M, Roset M. Validation of the Spanish Version of the Itch Severity Scale: The PSEDA Study. *Actas Dermosifiliogr.* 2011;102:527-36.
18. Reich A, Szepietowski JC. Pruritus intensity assessment: challenge for clinicians. *Expert Rev Dermatol.* 2013;8:291-9.
19. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976).* 2000;25:3186-91.
20. Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & QuickDASH Outcome Measures. Toronto: Institute for Work & Health; 2007.
21. Reichenheim ME, Moraes CL. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Rev Saúde Pública.* 2007;41:665-73.
22. Hanifin JM, Rajka G. Diagnostic features of Atopic Dermatitis. *Acta Derm Venereol.* 1980;92:44-7.
23. Williams HC, Burney PG, Hay RJ, Archer CB, Shipley MJ, Hunter JJ, et al. The U.K. Working Party's Diagnostic Criteria for Atopic Dermatitis. *Br J Dermatol.* 1994; 131:383-96.
24. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med.* 1993;118:622-9.
25. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. Análise fatorial. In: Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC, editors. *Análise multivariada de dados.* 5th ed. Porto alegre: Bookman; 2005. p. 97-98.
26. No-referred authorship. Severity scoring of atopic dermatitis: the SCORAD index. Consensus report of the european task force on atopic dermatitis. *Dermatology.* 1993;186:23-31.
27. Guyatt GH. The philosophy of health-related quality of life translation. *Qual Life Res.* 1993;2:461-5.
28. Guyatt GH, Juniper EF, Griffith LE, Feeny DH, Ferrie PJ. Children and adult perceptions of childhood asthma. *Pediatrics.* 1997;99:165-8.
29. Melo LR, Pettengill MA. Dor na infância: Atualização quanto à avaliação e tratamento. *Rev Soc Bras Enferm Ped.* 2010;10:97-102.