



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - CEUB
PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

GABRIEL SUAIDEN SANTOS
KEVIN HALEY BARBOSA

**ESTUDO COMPARATIVO DE CONCORDÂNCIA E APLICABILIDADE DAS ESCALAS
DE GRAVIDADE PARA DERMATITE ATÓPICA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

BRASÍLIA
2021

GABRIEL SUAIDEN SANTOS

KEVIN HALEY BARBOSA

**ESTUDO COMPARATIVO DE CONCORDÂNCIA E APLICABILIDADE DAS ESCALAS
DE GRAVIDADE PARA DERMATITE ATÓPICA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

Relatório final de pesquisa de Iniciação Científica apresentado à Assessoria de Pós-Graduação e Pesquisa.

Orientação: Dra. Profa. Carmen Déa Ribeiro de Paula

BRASÍLIA

2021

DEDICATÓRIA

Dedicamos esse trabalho para todas aquelas pessoas que possuem dermatite atópica. Esperamos que ele possa servir como mais uma base para que os médicos consigam escolher um tratamento que diminua o prejuízo que a DA traz para o dia a dia.

Dedicamos também a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para o desenvolvimento desse trabalho, especialmente à Dra. Profa. Carmen Déa Ribeiro de Paula, que nos cedeu um pouco de seu precioso tempo e, com paciência e didática, nos ensinou o que precisávamos para conduzir essa pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus, por nos guiar e proporcionar sabedoria para ajudarmos aqueles que necessitam em nossa jornada como futuros médicos.

Agradecemos ao Hospital Universitário de Brasília (HUB), por nos dispor o ambiente necessário para a realização da pesquisa.

Agradecemos ao serviço de dermatologia do HUB e seus residentes, por serem receptivos e nos ajudarem na estruturação e fornecimento dos dados tão cruciais para a realização deste trabalho.

“Você tem poder sobre sua mente – não sobre eventos externos. Perceba isso e você encontrará a sua força.” – Marco Aurélio.

RESUMO

A dermatite atópica (DA) é uma inflamação crônica, pruriginosa, multifatorial, que acomete a derme, causada por alterações na barreira cutânea e no sistema imune. Seu início é frequente na infância, caracterizada por xerose, prurido e eczema. O diagnóstico é realizado clinicamente. No entanto, um escore de avaliação e estratificação de gravidade validado tornaria mais uniforme o manejo da DA. Até o momento, vários métodos foram desenvolvidos para tentar suprir essa demanda, contudo, poucos são validados em sua eficiência clínica. O Índice de Área e Gravidade do Eczema (EASI) e o Escore de Gravidade da Dermatite Atópica (SCORAD) são os mais utilizados na prática de pesquisa e aceitas na comunidade médica. Este trabalho objetivou avaliar a concordância entre as escalas de gravidade EASI e SCORAD, e entre estas e o tratamento proposto. Foi realizado estudo transversal, analítico, a partir da avaliação do prontuário dos pacientes com DA, entre 0 e 25 anos do ambulatório de dermatologia do Hospital Universitário de Brasília (HUB), que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) ou seus responsáveis legais em caso de menoridade. As escalas EASI e SCORAD foram utilizadas por médicos dermatologistas e residentes do HUB, sendo aplicadas pelo mesmo médico em cada paciente. Foram avaliados 25 prontuários com os dados clínicos da DA, medicações prescritas, resultados das escalas e opinião pessoal do médico quanto à aplicabilidade, compreensibilidade e tempo de aplicação das ferramentas durante o atendimento, opinando em muito ruim, ruim, bom e muito bom. Para comparação da gravidade dos escores com o tratamento proposto, foi considerada DA leve aquela tratada com hidratantes e controle ambiental/higiene, moderada a tratada com imunossupressor tópico e grave a com imunossupressor sistêmico. Avaliando a concordância das escalas de gravidade EASI e SCORAD com o tratamento proposto, foi obtida uma concordância de 52% do EASI e 52% do SCORAD. Entretanto, o EASI e o SCORAD tiveram concordância entre si em 60% dos casos, mas estiveram concordando simultaneamente com o tratamento em somente 32%. Considerando as respostas dos médicos quanto à compreensibilidade, tempo de aplicação e aplicabilidade das escalas, foram tomadas como referência positiva de aprovação as respostas "Bom" e "Muito Bom". Estas foram somadas para apresentação dos resultados. No quesito compreensibilidade, a escala EASI obteve 96% e a SCORAD obteve 54%. Em tempo de aplicação, EASI obteve 96% e SCORAD 60%. Quanto à aplicabilidade, obteve-se 100% para EASI e 68% para a SCORAD. Ao avaliar a concordância entre cada escala e o tratamento realizado, ambas escalas obtiveram 52% de concordância. Contudo, quando comparadas entre si, concordaram em 60%. Houve concordância de classificação entre ambas as escalas e a terapêutica em 32% dos casos. O estudo é inovador ao trazer a opinião do médico quanto à ferramenta. Houve preferência pela EASI em relação à SCORAD quanto ao tempo despendido, compreensão e aplicabilidade. Conclui-se que ainda não dispomos de escala ideal de avaliação na DA, a qual seria de fácil execução e fiel correspondência com o estado clínico. Novos estudos são necessários, idealmente multicêntricos, com maior número de participantes.

Palavras-chave: EASI; SCORAD; Dermatite Atópica; Eczema;

LISTAS DE FIGURAS, TABELAS, QUADROS, GRÁFICOS, SÍMBOLOS E ABREVIações

Gráfico 1: concordância entre escala EASI e o tratamento definido pelo médico.	17
Gráfico 2: concordância entre escala SCORAD e o tratamento definido	18
Gráfico 3: concordância entre EASI e SCORAD quanto à gravidade da DA	18
Gráfico 4: compreensibilidade das escalas	19
Gráfico 5: Tempo de aplicação das escalas	19
Gráfico 6: Aplicabilidade das escalas	20

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	12
3	MÉTODO	16
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	17
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
6	REFERÊNCIAS	23
7	APÊNDICES	27
8	ANEXOS	35

1. INTRODUÇÃO

A dermatite atópica (DA) é uma inflamação crônica altamente pruriginosa que acomete a derme de etiologia multifatorial, causada por alterações na barreira cutânea e no sistema imune. (1,2,3,4) Seu início é frequente na infância, sendo raro seu início na idade adulta. (5,6,7) Sua clínica é caracterizada principalmente por xerose, prurido e eczema. (8)

A DA é uma doença de alta prevalência (0,3 a 20,5% no mundo) que pode levar a encargos sociais consideráveis, sendo necessário tratamento precoce e reconhecimento dos fatores agravantes para melhorar a qualidade de vida do paciente. (9,10)

O seu início é mais frequente na infância, com 45% dos casos até os seis meses de idade, 60% no primeiro ano de vida e 85% antes dos 5 anos de idade. (5,11) A dermatite atópica de início tardio é caracterizada por seu começo na idade adulta, sendo somente 2% dos casos de DA. (5,6,7)

Em torno de 70% dos pacientes com DA na infância demonstram remissão da doença na adolescência, apesar da possibilidade de recorrências na idade adulta. (12,13)

Seu diagnóstico é realizado pela utilização dos critérios diagnósticos da dermatite atópica por Hanifin e Rajka. No entanto, um instrumento de avaliação e estratificação de gravidade validado, de fácil aplicabilidade por parte dos clínicos e confiabilidade tornaria mais uniforme o manejo das intercorrências do paciente e a adoção de medidas terapêuticas e estratégias consensuais, empregáveis nos vários níveis de assistência. (14)

Até o momento, 20 métodos diferentes foram desenvolvidos para tentar suprir essa demanda. Apesar disso, apenas três (3) desses instrumentos de avaliação foram eficientes em questão de validade, confiabilidade, sensibilidade a mudanças no quadro do paciente e praticidade em seu uso. São eles: Índice de Área e Gravidade do Eczema (EASI - *Eczema Area and Severity Index*); Escore de Gravidade da Dermatite Atópica (SCORAD - *Severity Scoring of Atopic Dermatitis*), do qual se tem uma variante chamada SCORAD objetivo; *Patient Oriented Eczema Measure* (POEM). (15,16). Os dois primeiros são os mais utilizados na prática de pesquisa. (8)

O SCORAD tem como objetivo avaliar três pontos principais do estado do paciente com DA: a avaliação do grau de extensão das lesões inflamatórias no corpo; grau de severidade das manifestações clínicas como eritema, edema, lesões exsudativas, escoriações, liquenificação e grau de desidratação da pele; avaliação subjetiva do prurido sentido pelo paciente e da quantidade de sono perdido em decorrência dos sintomas. Esses três pontos podem ser intitulados como extensão, intensidade e sintomas subjetivos, respectivamente. (17)

O EASI foi criado com base no escore de avaliação utilizado na psoríase (psoriasis area and severity index - PASI), que utiliza a intensidade da doença e a área corporal total afetada para avaliar uma doença inflamatória crônica na pele. Esse método avalia os sinais clínicos de eczema, dividindo o corpo em quatro áreas essenciais: cabeça e pescoço; tronco; membros superiores; membros inferiores. EASI exclui sinais clínicos não objetivos como xerose, lesões exsudativas e parâmetros subjetivos como prurido e quantidade de sono perdido para focar em sinais clínicos cruciais e evitar a junção de padrões objetivos e subjetivos. (18)

Considerando que não existem testes laboratoriais específicos para avaliar a gravidade da DA, os instrumentos de avaliação de gravidade têm função de acompanhar a evolução clínica do paciente e adequar a terapêutica a esta evolução. (19)

O tratamento da DA tem por objetivos: controlar os sintomas (prurido principalmente), corrigir a barreira cutânea (xerose), reduzir os surtos (inflamação/eczema), melhorar a qualidade de vida e minimizar os efeitos adversos e complicações. (20) Para atingir os objetivos, o médico deverá orientar a prevenção de fatores desencadeantes e agravantes, e empregar hidratantes, antipruriginosos e antiinflamatórios. Os antibióticos também são, frequentemente, necessários. (21) Dessa forma, ferramentas como o SCORAD e o EASI avaliam a evolução do paciente, comparando o grau de eficácia das intervenções realizadas.

Uma das dificuldades na prática clínica é a escolha de uma única ferramenta de classificação de gravidade. A condução dos pacientes e os trabalhos científicos envolvendo terapêutica se beneficiariam enormemente de uma escala de fácil execução pelo médico assistente, universalmente conhecida, confiável quanto à correspondência com o estado clínico do paciente.

Portanto, propomos realizar a comparação da aplicabilidade das escalas de gravidade mais empregados hoje: EASI (Eczema Area and Severity Index) e SCORAD (Severity Scoring of Atopic Dermatitis) da Dermatite Atópica em crianças, avaliando o grau de concordância entre as escalas para a classificação de pacientes pediátricos em dermatite leve, moderada, grave e muito grave, e a correspondência dos resultados obtidos com as abordagens terapêuticas empregadas, pois é de extrema importância discriminar qual a escala com maior sensibilidade ao realizar análise de gravidade e identificar alterações no quadro clínico da DA, visto que a melhora do paciente depende diretamente da precocidade de seu diagnóstico e da qualidade de seu acompanhamento.

OBJETIVOS

Objetivo geral:

Avaliar a concordância entre as escalas de gravidade EASI (*Eczema Area and Severity Index*) e SCORAD (*Severity Scoring of Atopic Dermatitis*) em crianças e adolescentes, com dermatite atópica em grau leve, moderado, grave e muito grave.

Objetivos secundários:

- Comparar a concordância de resultados das escalas de gravidade EASI (*Eczema Area and Severity Index*) e SCORAD (*Severity Scoring of Atopic Dermatitis*) da Dermatite Atópica em crianças e adolescentes, por médicos especialistas e em especialização em Dermatologia perante o tratamento proposto conforme a clínica presente.

- Investigar a opinião pessoal dos médicos conforme à aplicabilidade, compreensibilidade e tempo de aplicação das ferramentas durante o atendimento, opinando em muito ruim, ruim, bom e muito bom.

- Correlacionar terapêutica necessária para controle dos pacientes com as classificações obtidas pelas escalas, desta forma, delineando a acurácia dos testes para identificação dos pacientes graves.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

CLÍNICA E FISIOPATOLOGIA

XEROSE

Os pacientes com DA apresentam xerose, caracterizada por pele seca, áspera e com fina descamação, sendo localizada ou frequentemente generalizada. (8)

A xerose tem início na alteração do estrato córneo na DA, uma estrutura “tijolo-cimento” da camada superior da epiderme funcionar como uma barreira (22), que quando falha, permite um aumento da perda de água transepidérmica (8).

A filagrina é uma enzima que participa na formação do citoesqueleto da ceratina, sendo um molde para a construção do envelope cornificado, contribuindo para manter a capacidade do estrato córneo de reter água (23), e sua modificação genética, indica propensão para a manifestação da DA (24). Outras alterações genéticas com acometimento de proteínas (involucrina e loricina) ou variação de lipídios também mostram ser contribuidores para a disfunção de barreira na DA. (25)

PRURIDO

O prurido é um sintoma perdurável na DA, estando presente em todas as suas fases, sendo intenso pela peculiaridade dos atópicos a terem um baixo limiar ao prurido e seus estímulos. O prurido, frequentemente exagerado, prejudica as atividades diárias e o sono. (8)

Ao coçar, é iniciado um ciclo prurido-coçagem-prurido, pela liberação de neuropeptídeos e mediadores inflamatórios pelos queratinócitos (8).

A citocina IL-31, uma citocina produzida por linfócitos T, atuam aumentando a produção de de citocinas inflamatórias nas células epiteliais, sendo seus receptores superexpressos na pele com lesão, aumentando assim o prurido, sendo dessa maneira o maior causador do prurido na DA (26,27).

O ato de coçar traz piora das lesões, auxiliam a ocorrência de infecções secundárias e a longo prazo produzem liquenificação, que é uma alteração na espessura da epiderme causada por atrito/fricção constante de uma área, tornando-a espessa e rígida, com sulcos, saliências e alterações na coloração (8).

ECZEMA

As lesões da DA se apresentam em eczemas agudos, subagudos ou crônicos, podendo serem manifestos em sequência ou em coexistência, na mesma localização corpórea ou generalizado. (28)

ALTERAÇÕES IMUNOLÓGICAS

Quando precoce, a DA se inicia geralmente sem uma sensibilização alérgica IgE-mediada detectável, sendo sua sensibilização IgE-mediada concorrendo várias semanas ou meses após o aparecimento das lesões (29), sugerindo a derme como local de sensibilização. Entretanto, em algumas crianças, essa sensibilização nunca ocorre. (30). Isso implica que ainda se desconhece os meios que induzem a inflamação da pele em pacientes com DA, podendo ser estimulados por neuropeptídeos e citocinas inflamatórias, ou por linfócitos T independentes de alérgenos. (8)

Pela alteração da barreira epidérmica na DA, alérgenos, ácaros, pólen, alimentos e microorganismos podem acabar entrando na derme, dessa maneira, a partir da ativação de células dendríticas, juntamente com os altos níveis de IL-7 secretado pelos queratinócitos na pele atópica (31), instigam a polarização de Th2 (32,33).

Com a predominância do padrão Th2, há uma ascendência da imunidade humoral, pela secreção de IL-4 e IL-5. A IL-4, atuam sobre os linfócitos B, os convertendo em células produtoras de IgE e aumentando assim sua produção. O IgE aumentado cria imunocomplexos que reagem com o receptor Fc de mastócitos, linfócitos T e células de Langerhans, liberando leucotrienos, prostaglandina E e linfocinas.(34)

Na DA há degradação constante ou intervalada de basófilo e mastócitos, liberando histamina, PGD₂, leucotrienos C₄, D₄, E₄, IL-4 e INF- α que causam edema, eritema, quimiotaxia de leucócitos e vaso permeabilidade aumentada, promovendo a partir de enzimas proteolíticas e lisossômicas, destruição tissular. (34)

Com a polarização para o padrão TH2, há uma diminuição da imunidade celular T mediada (TH1), trazendo assim maior suscetibilidade dos pacientes com DA a terem infecções virais, fúngicas e bacterianas, sendo a mais comum a infecção por *S. aureus* coagulase positiva, que pode atuar como superantígenos e ativar diretamente os linfócitos T, agravando o quadro clínico da DA. (34)

MORFOTOPOGRAFIA

A localização da DA costuma ter manifestação diferente conforme a faixa etária. Na criança o acometimento é facial, com lesões eczematosas agudas e subagudas na fronte e regiões malares, poupando o maciço centro-facial, enquanto no Adulto é característica a liquenificação nas áreas flexurais, dobras antecubitais, poplíteas e região do pescoço. (34)

DIAGNÓSTICO

Os critérios diagnósticos para a DA mais conhecidos e utilizados são os de Hanifin e Rajka, sendo que seus critérios maiores são de extrema importância no discernimento do diagnóstico da DA. (14) (ANEXO 1)

AS ESCALAS DE GRAVIDADE

As escalas mais utilizadas para qualificar a gravidade da DA nas pesquisas atualmente são SCORAD (ANEXO 2) e EASI (ANEXO 3). (8)

O índice SCORAD consiste em: avaliação da extensão das lesões, representada pela etapa A do índice, é feita com a regra dos 9 como em pacientes queimados, abarcando 20% da pontuação total do score; a intensidade, composta por 6 itens principais (eritema, edema/pápula, exsudação/crostras, escoriações, liquenificação e xerose), é representada pela etapa B, que compõe 60% da pontuação total e em que cada item é graduado de 0-3 pontos (sendo 0 nenhuma lesão, 1 leve, 2 moderado e 3 grave); fatores subjetivos (prurido e perda de sono), representada pela etapa C e sendo 20% da pontuação total. Ao final da avaliação e pontuação de cada etapa, utiliza-se a fórmula $A/5 + 7B/2 + C$ para obter o resultado final. (35)

O valor máximo do score é 103 ou 83, sem os sintomas subjetivos. Da mesma forma, notas abaixo de 25 pontos sugerem casos leves; de 25 a 50 sugerem casos moderados; e acima de 50, casos graves. (35)

Em relação a avaliação da extensão das lesões é necessário utilizar a regra dos 9. Essa regra é utilizada na avaliação de pacientes com queimaduras na pele e consiste na separação das áreas corporais em porcentagem para estimar extensão da lesão dermatológica. (36) (Imagem 2)

Quanto a avaliação de cada item citado na etapa B, é essencial que se utilize a lesão mais representativa. Isso significa que lesões que representem menos de 3% da superfície corporal não são incluídas na avaliação. (35)

Na etapa C, relacionada a fatores subjetivos da DA, é necessário que se comprove capacidade por parte dos pais (ou acompanhante) de responder as perguntas. Nesse ponto, deve ser mostrada a escala de 10 cm presente no formulário de avaliação para que se indique em que intensidade se encontra os sintomas subjetivos nos últimos 3 dias/noites. (15)

EASI se baseia no princípio de integrar extensão da doença em superfície corporal e severidade das lesões para tornar a avaliação mais objetiva, sem abordar o aspecto subjetivo dos sinais e sintomas. Esse mecanismo utiliza os aspectos agudos e crônicos da inflamação (eritema, induração/pápulas, escoriação e liquenificação), dividindo o corpo em quatro regiões principais: cabeça e pescoço; tronco; membros superiores; membros inferiores. Dessa forma, a escolha de abordagem ao paciente pode se basear em aspectos individuais de cada área corporal atingida ou a junção delas para uma avaliação completa. (18)

O escore de até 5 corresponde a quadros leves; até 12 a quadros moderados; de 12 a 20 a quadros graves; e >20 a quadros muito graves. (18)

3. MÉTODO

Foi realizado um estudo transversal, analítico, a partir da avaliação do prontuário dos pacientes com dermatite atópica, entre 0 e 25 anos do ambulatório de dermato-pediatria do HUB. Os critérios de inclusão foram todos os pacientes cujos responsáveis (maiores de 18 anos) concordaram em participar do estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE – Apêndice A). Os responsáveis por aplicar as escalas foram os médicos dermatologistas e residentes da dermatologia. Todos foram avaliados pelas duas escalas (EASI e SCORAD), aplicadas pelo mesmo avaliador em cada criança para eliminar o componente subjetivo do exame. Foi preenchida ficha de avaliação com dados clínicos da sua patologia (escalas de gravidade), medicações prescritas, resultados das escalas e opinião pessoal do médico quanto à aplicabilidade, compreensibilidade e tempo de aplicação das ferramentas durante o atendimento (Apêndice D).

Para comparação da gravidade dos escores com o tratamento proposto, foram consideradas DA leve aquela tratada com hidratantes, controle ambiental e hábitos de higiene, moderada a que necessita de associação de imunossupressor tópico e grave aquela em uso de imunossupressor sistêmico.

Os dados foram coletados entre março e maio de 2021 e armazenados em banco de dados do programa *Microsoft Excel*. Os resultados foram avaliados de forma descritiva e apresentados na forma de quadros e tabelas, através de números absolutos e percentuais.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentro da amostra de 25 pacientes do estudo, a idade variou entre 1 ano e 22 anos, sendo que a média foi de 8,36 anos, mediana de 8 anos e moda de 9 anos. Desses, 32% eram do sexo masculino e 68% do sexo feminino.

A concordância quanto à gravidade determinada por cada ferramenta, EASI e SCORAD, e o tratamento escolhido pelo médico foi de 52% em ambos os casos, conforme ilustrado nos gráficos 1 e 2. Quando comparadas entre si, a determinação de gravidade feita pelas escalas EASI e SCORAD obtiveram o mesmo resultado em 60% dos pacientes (gráfico 3).



Gráfico 1: concordância entre escala EASI e o tratamento definido pelo médico.

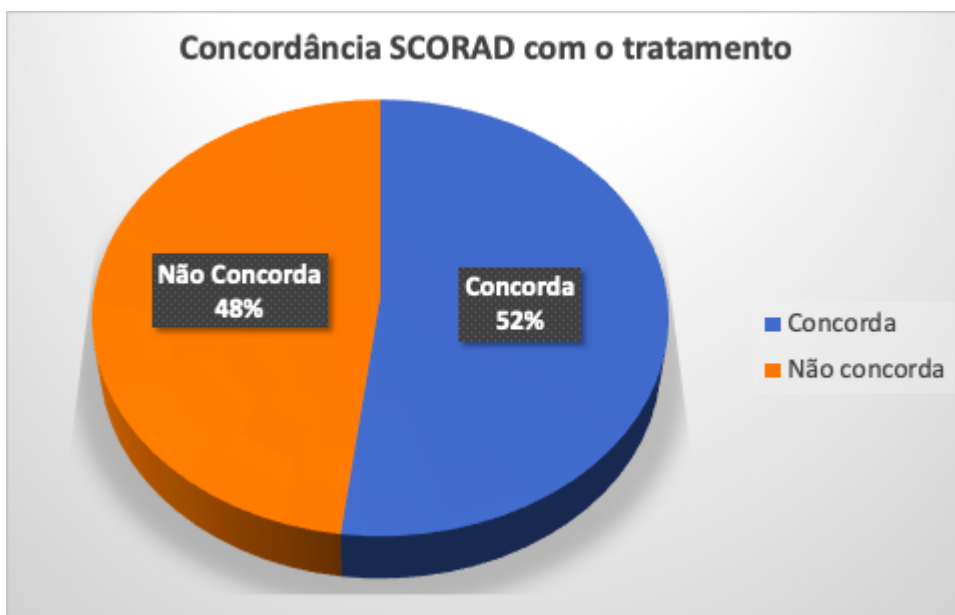


Gráfico 2: concordância entre escala SCORAD e o tratamento definido.

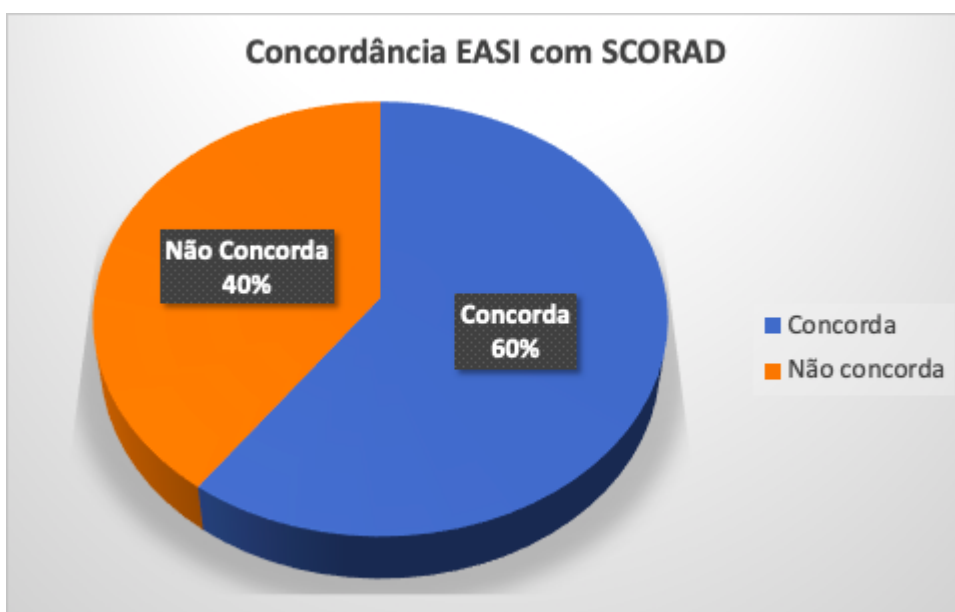


Gráfico 3: concordância entre EASI e SCORAD quanto à gravidade da DA.

No entanto, quando comparados os três critérios juntos: escala EASI, escala SCORAD e terapêutica, houve concordância da gravidade em 32% dos casos.

Quando comparados os resultados de gravidade determinada pelas escalas e o tratamento estipulado, o presente estudo entrou em concordância em parte com CHOPRA

(2017), que encontrou índices quase idênticos entre as escalas, no entanto, com EASI apresentando números levemente melhores frente às outras escalas analisadas. (37)

Em relação às avaliações dos médicos quanto à compreensibilidade das escalas, tempo de aplicação e aplicabilidade, a ferramenta EASI obteve uma avaliação melhor do que a SCORAD em todos os pontos abordados. (Gráficos 4, 5 e 6).

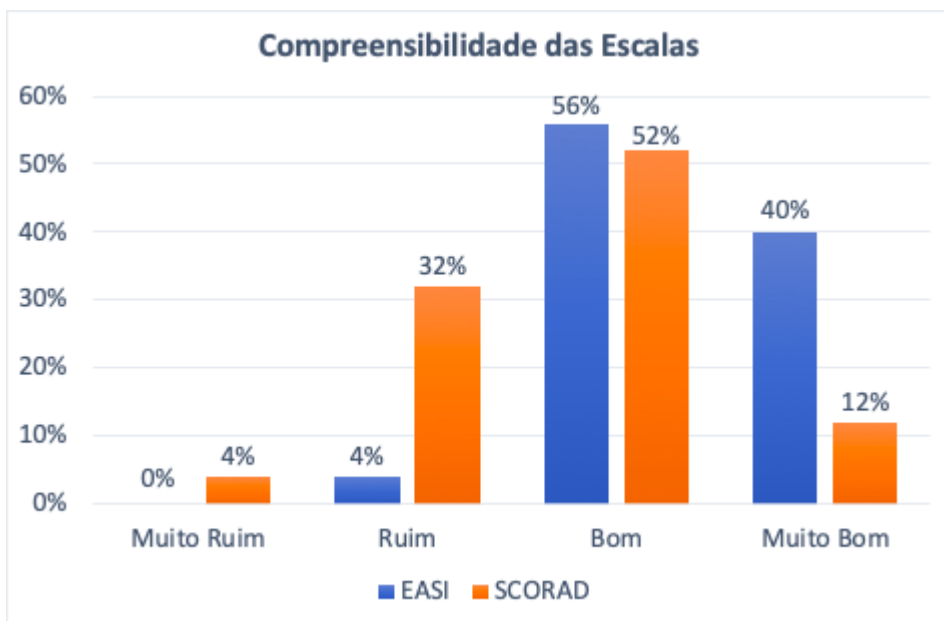


Gráfico 4: compreensibilidade das escalas.

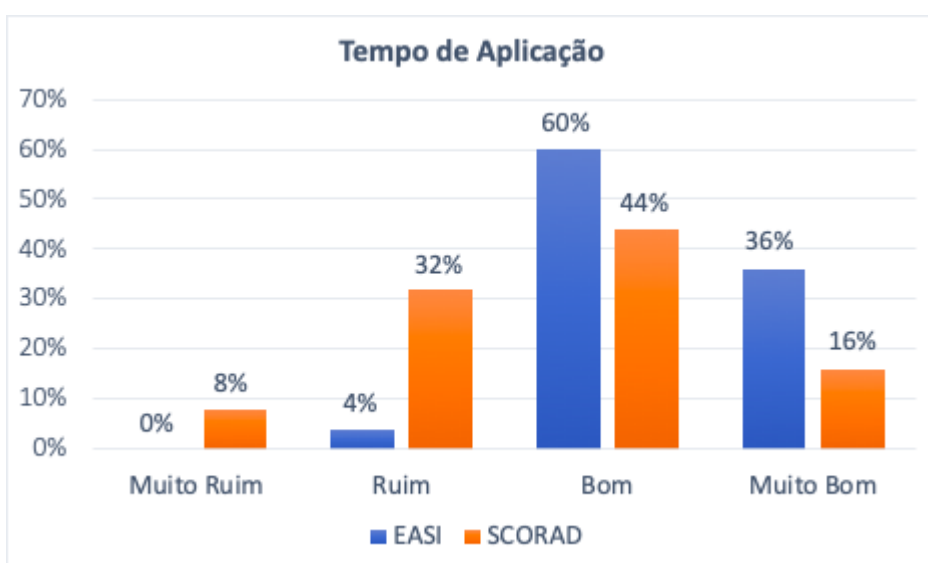


Gráfico 5: Tempo de aplicação das escalas.

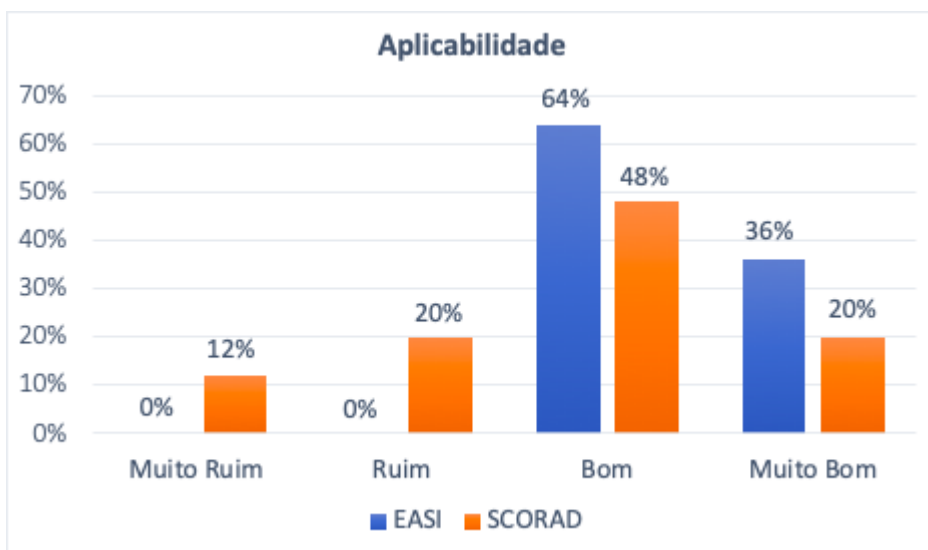


Gráfico 6: Aplicabilidade das escalas.

Considerando as respostas dos médicos quanto à compreensibilidade, tempo de aplicação e aplicabilidade das escalas, foram tomadas como referência as respostas "Bom" e "Muito Bom" somadas, como aprovação positiva, para comparar as duas escalas. No quesito compreensibilidade, a escala EASI obteve 96% e a SCORAD obteve 54%. Em tempo de aplicação, EASI obteve 96% e SCORAD 60%. Quanto à aplicabilidade, obteve-se 100% para EASI e 68% para a SCORAD.

Um dos focos da presente pesquisa foi buscar uma ferramenta capaz de auxiliar o médico a definir uma classificação da gravidade da DA. Para tanto, a melhor ferramenta seria aquela que apresenta concordância com o tratamento escolhido, assim como aplicabilidade, compreensibilidade e tempo de aplicação compatíveis com a realidade do médico no atendimento.

Levando em conta que o tempo de aplicação de um instrumento é parte essencial para implementá-lo, o presente estudo encontrou melhores resultados para a EASI, quanto à opinião dos médicos sobre o tempo utilizado para aplicá-la.

Em contraste, o estudo de CHOPRA (2018) encontrou resultados diferentes quanto ao uso da escala EASI, pois ao quantificar o tempo utilizado para aplicar tanto a EASI como a SCORAD, concluiu que nenhuma das duas seriam provavelmente "aceitáveis" ou "adequadas" para a prática clínica de rotina. (38)

Já segundo RULLO (2008), ambos os sistemas de pontuação para DA são válidos, reprodutíveis e responsivos no monitoramento de pacientes brasileiros com DA, tendo encontrado resultados muito próximos para ambas as escalas, com diferença apenas para o momento de aplicação das escalas no acompanhamento do paciente. Quando se compara com a pesquisa atual, houve uma

diferença na avaliação por parte dos médicos sobre esses fatores, que preferiram a ferramenta EASI. (39)

O presente estudo teve como limitação a amostra reduzida quando comparado a estudos como o de CHOPRA (2017). Estudos futuros, com amostra maior, poderiam demonstrar diferença maior entre cada uma das escalas quanto à concordância com o tratamento de escolha. (37)

Um ponto forte da presente pesquisa foi a idade dos participantes, que ficou entre 1 e 22 anos, em comparação com a de CHOPRA (2017) que teve como foco adolescentes e adultos em geral. (37)

Assim como no estudo de CHOPRA (2017), esta se deu apenas em um centro, limitando as possibilidades de resultados quando se consideram diferenças nas abordagens terapêuticas. Possivelmente um estudo multicêntrico abordaria essas diferenças. (37)

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que não existem testes laboratoriais específicos para avaliar a gravidade da DA, a condução dos pacientes se beneficiaria enormemente de uma escala de fácil execução pelo médico, universalmente conhecida, confiável quanto à correspondência com o estado clínico do paciente.

A pesquisa concluiu que, ao se avaliar a concordância entre cada escala e o tratamento escolhido pelo médico, ambas escalas foram semelhantes, com 52% de concordância. Apesar disso, quando comparadas entre si para definir qual a gravidade da DA do paciente, obtiveram uma concordância de 60%. Nos casos avaliados, as duas escalas só classificaram da mesma forma que o tratamento proposto em 32% dos casos.

O estudo é inovador ao trazer a opinião dos médicos acerca das escalas, sendo observado preferência indubitável pelo EASI em relação à SCORAD conforme à aplicabilidade, compreensibilidade e tempo de aplicação das ferramentas durante o atendimento.

Conclui-se que ainda não dispomos de escala ideal de avaliação de gravidade na DA, a qual seria de fácil execução e fiel correspondência com o estado clínico. A pesquisa por outras ferramentas de avaliação clínica dos pacientes com dermatite atópica para uniformização das condutas e ensaios clínicos deve continuar.

Esse trabalho teve como limitação a baixa quantidade de pacientes avaliados por conta da pandemia por COVID-19. O atendimento ambulatorial foi reduzido ou suspenso por aproximadamente seis meses, limitando o acesso aos pacientes e extensão da amostra. Como continuação desse trabalho, seria benéfica a elaboração de estudo multicêntrico e com maior número de pacientes incluídos.

6. REFERÊNCIAS

- 1- Pires MC, Cestari SCP. Definição e epidemiologia da dermatite atópica In: Pires MC, Cestari SCP. Dermatite atópica. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2005. p 17-29.
- 2- Akdis CA., Akdis M., Bieber T, 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- Bohme M, Svensson A, Kull I, Wahlgren CF. Hanifin's and Rajka's minor criteria for atopic dermatitis: which do 2-years-old exhibit? *J Am Acad. Dermatol* 2000; 43 (5 Pt 1), 785-92.
- 4- Kerschenlohr K, Decard S, Przybilla B, Wollenberg A. Atopy patch test reactions show a rapid influx of inflammatory dendritic epidermal cell in patients with extrinsic atopic dermatitis and patients with intrinsic atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol* 2003; 111:869-74
- 5- Pires MC. Eczemas. In: Cestari SCI, editors. *Dermatologia pediatria*. 1ª Ed. São Paulo: Atheneu, 2012. p. 73-84.
- 6- Schulte-Larsen F, Hanifin J. Epidemiology of atopic dermatitis. *Immunol Allergy Clin North Am* 2002; 22:1-24.
- 7- Bannister MJ, Freeman S. Adult-onset atopic dermatitis. *Australas J Dermatol* 2000; 41:225-8.
- 8- Belda WJ, Di Chiacchio N, Criado, PR. *Tratado de Dermatologia*. 2ª edição. São Paulo: Editora Atheneu, 2014.
- 9- Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema: ISAAC. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee. *Lancet* 1998;351:1225–1232.
- 10- Carroll CL, Balkrishnan R, Feldman SR, Fleischer AB Jr, Manuel JC. The burden of atopic dermatitis: impact on the patient, family, and society. *Pediatr Dermatol* 2005;22:192–199.
- 11- Flohr C, Johansson SGO, Wahlgren CF, Williams HC. How atopic is atopic dermatitis ? *J Allergy Clin Immunol* 2004; 114:150-8.

12- Rystedt. I. Long term follow-up in atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol Suppl* (Stockh) 1985; 114:117-20.

13- Lammintausta K, Kalimo K, Raitala R, Forsten Y. Prognosis of atopic dermatitis: a prospective study in early adulthood. *Int J Dermatol* 1991; 30:563-8

14- Hanifiin IM, Rajka G. Diagnostic features of atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol* (Stockh)1980;suppl 92:44-47.

15- Schram ME, Spuls PI, Leeflang MMG, Lindeboom R, Bos JD, Schmitt J. EASI, (objective) SCORAD and POEM for atopic eczema: responsiveness and minimal clinically important difference. *Allergy* 2012; 67: 99–106.

16- Schmitt J, Langan S, Williams HC. What are the best outcome measurements for atopic eczema? A systematic review. *J Allergy Clin Immunol* 2007;120:1389– 1398.

17- Severity scoring of atopic dermatitis: the SCORAD index. Consensus Report of the European Task

18- Hanifin JM, Thurston M, Omoto M, Cherill R, Tofte SJ, Graeber M, the EASI Evaluator Group. The eczema area and severity index (EASI): assessment of reliability in atopic dermatitis. *Exp Dermatol* 2001; 10: 11–18. C Munksgaard, 2001.

19- Chren MM. Giving “scale” new meaning in dermatology: measurement matters. *Arch Dermatol* 2000;136:788-90.

20- Rudikoff D. Atopic dermatitis. In: Lebowitz MG, Heymann WR, Berth-Jones J, Coulson I (ed.). *Treatment of skin disease: Comprehensive Therapeutic Strategies*, 2nd ed. Philadelphia: Elsevier Ltd, 2006; 62-8.

21- Ring J, Alomar A, Bieber T, Deleuran M, Fink-Wagner A, Gelmetti C, et al. Guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) Part I. *JEADV* 2012; 26:1045-60.

22- Proksch E, Jensen JM, Elias PM. Skin lipids and epidermal differentiation in atopic dermatitis. *Clin Dermatol* 2003; 21:134-44.

23- Scott IR, Harding CR. Filaggrin breakdown to water binding compounds during development of the rat stratum corneum controlled by the water activity of the environment. *Dev Biol* 1986; 115:84-92.

24- Palmer CN, Irvine AD, Terron-Kwiatkowski A, Zhao Y, Liao H, Lee SP et al. Common loss-of-function variants of the epidermal barrier protein filaggrin are a major predisposing factor for atopic dermatitis. *Nat Genet* 2006; 36:441-6.

25- Cookson W. The immunogenetics of asthma and eczema: a new focus on the epithelium. *Nat Rev Immunol* 2004; 4:978-88.

26- Sonkoly E, Muller , Lauerma AI, et al. IL-31, a new link between T cells and pruritus in atopic skin inflammation. *J Allergy Clin Immunol* 2006; 117:411-17.

27- Neis MM, Peters B, Dreuw A, et al. Enhanced expression levels of IL-31 correlate with IL-4 and IL-13 in atopic and allergic contact dermatitis. *J Allergy Clin Immunol* 2006; 118:930-37.

28- Julian-Gonzalez RE, Orozco-Covarrubias L, Duran -McKinster C, Palacios-Lopez C, Maldonado RR, Saez-de-Ocariz M. Less Common Clinical Manifestations of Atopic Dermatitis: Prevalence by Age. *Pediatric Dermatology* 2012; 29(5);580- 83.

29- Illis s, von Mutius E, Lau , et al. The natural course of atopic dermatitis from birth to age 7 years and the association with asthma. *J Allergy Clin Immunol* 2004;113:925-31.

30- Novak K, Bieber T. Allergic and nonallergic forms atopic diseases. *J Allergy Clin Immunol* 2003; 112:252-62

31- Soumelis V, Reche PA, Kanzler H, et al. Human epithelial cells trigger dendritic cell mediated allergic inflammation by producing TSLP. *Nat Immunol* 2002; 3:673-80

32- Traidl-Hoffmann C, Mariani V, Hochrein H, et al. Pollen-associated phytoprostanes inhibit dendritic cell interleukin-12 production and augment T helper type 2 cell polarization. *J Exp Med* 2005; 201: 1347

33- Shreffler WG, Castro RR, Kucuk ZY, et al. The major glycoprotein allergen from *Arachis hypogaea*, Ara h 1, is a ligand of dendritic cell-specific ICAM-grabbing nonintegrin and acts as a Th2 adjuvant in vitro. *J Immunol* 2006; 177:3677-85

34- Rivitti EA. Manual de dermatologia clínica de Sampaio e Rivitti. São Paulo : Artes Médicas, 2014.

35- Oranje AP, Glazenburg EJ, Wolkerstorfer A, et al. Practical issues on interpretation of scoring atopic dermatitis: the Scora index, objective Scora and the three-item severity score. *British J Dermatol* 2007; 157(4): 645-48.

36- Evers LH1, Bhavsar D, Mailänder P. The biology of burn injury. *Experimental Dermatology* 2010; 19: 777–783.

37- Chopra R, Vakharia PP, Sacotte R, Patel N, Immaneni S, White T, Kantor R, Hsu DY, Silverberg JI. Severity strata for Eczema Area and Severity Index (EASI), modified EASI, Scoring Atopic Dermatitis (SCORAD), objective SCORAD, Atopic Dermatitis Severity Index and body surface area in adolescents and adults with atopic dermatitis. *Br J Dermatol*. 2017 Nov;177(5):1316-1321. doi: 10.1111/bjd.15641. Epub 2017 Oct 1. PMID: 28485036.

38- Chopra R, Silverberg JI. Assessing the severity of atopic dermatitis in clinical trials and practice. *Clin Dermatol*. 2018 Sep-Oct;36(5):606-615. doi: 10.1016/j.clindermatol.2018.05.012. Epub 2018 Jun 1. PMID: 30217273.

39- Rullo VE, Segato A, Kirsh A, Sole D. Severity scoring of atopic dermatitis: a comparison of two scoring systems. *Allergol Immunopathol (Madr)*. 2008 Jul-Aug;36(4):205-11. PMID: 18928687.

7. APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (para responsáveis legais)

Título da pesquisa: ESTUDO COMPARATIVO DE CONCORDÂNCIA E APLICABILIDADE DAS ESCALAS DE GRAVIDADE PARA DERMATITE ATÓPICA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Instituição do ou dos pesquisadores: UniCEUB - DF

Pesquisador responsável: Gabriel Suaiden Santos (Pesquisador responsável), Carmen Déa Ribeiro de Paula (Professora orientadora)

Pesquisador assistente: Kevin Haley Barbosa

Seu filho (a) (ou outra pessoa por quem você é responsável) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O texto abaixo apresenta todas as informações necessárias sobre o que estamos fazendo. A colaboração dele(a) neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não lhe causará prejuízo. O nome deste documento que você está lendo é Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Antes de decidir se deseja que ele(a) participe (de livre e espontânea vontade) você deverá ler e compreender todo o conteúdo. Ao final, caso decida permitir a participação, você será solicitado(a) a assiná-lo e receberá uma cópia do mesmo. Seu filho(a) (ou outra pessoa por quem você é responsável) também assinará um documento de participação, o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (a depender da capacidade de leitura e interpretação do participante).

Antes de assinar, faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. A equipe deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo).

Natureza e objetivos do estudo

- O objetivo específico deste estudo é: avaliar a concordância entre as escalas de gravidade EASI (*Eczema Area and Severity Index*) e SCORAD (*Severity Scoring of Atopic Dermatitis*) em crianças e adolescentes, com dermatite atópica em grau leve, moderado, grave e muito grave.
- Seu filho (a) (ou outra pessoa por quem você é responsável) está sendo convidado(a) a participar exatamente por ser um paciente com dermatite atópica, entre 0 e 19 anos do ambulatório de dermato-pediatria do HUB.

Procedimentos do estudo

- A participação dele(a) consiste em ter sua condição clínica (dermatite atópica) avaliada por "....." médico nos quesitos físicos e subjetivos .
- Os procedimento(s) são: avaliação pelas duas escalas (EASI e SCORAD), aplicadas pelo mesmo avaliador médico, sendo preenchida ficha de avaliação com dados clínicos da sua patologia, medicações prescritas, resultados das escalas e opinião pessoal do médico quanto à aplicabilidade da ferramenta durante o atendimento.
- Não haverá nenhuma outra forma de envolvimento ou comprometimento neste estudo.
- A pesquisa será realizada no Hospital Universitário de Brasília (HUB).

Riscos e benefícios

- Este estudo possui risco mínimo, sendo ele a divulgação inadequada das informações privadas presentes nos prontuários.
- Medidas preventivas serão tomadas durante avaliação do prontuário, sendo elas: prontuários avaliados somente por médicos qualificados e pesquisadores, analisando as informações exclusivamente para o objetivo da pesquisa, sigilosamente, com anonimização dos dados e com o devido consentimento do responsável e do paciente, garantindo assim proteção e amparo legal quanto às questões de sigilo, anonimidade e confidencialidade.
- Caso esse procedimento possa gerar algum tipo de constrangimento, o(a) participante não

precisa realizá-lo.

- Com a participação nesta pesquisa ele(a) poderá/terá sua condição clínica melhor delimitada conforme sua gravidade, podendo haver uma melhor qualidade de seu acompanhamento, visto que a terapêutica necessária pode ser controlada de acordo com os níveis de gravidade identificados. Além disso, irá contribuir para um maior conhecimento sobre a dermatite atópica.

Participação, recusa e direito de se retirar do estudo

- A participação é voluntária. A pessoa por quem você é responsável não terá nenhum prejuízo se você não quiser que ele(a) participe.
- Ele(a) poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com um dos pesquisadores responsáveis.
- Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos, não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela participação dele(a) neste estudo.

Confidencialidade

- Os dados dele(a) serão manuseados somente pelos pesquisadores/médicos e não será permitido o acesso a outras pessoas.
- Os dados do prontuário e scores de gravidade ficarão guardados sob a responsabilidade de Gabriel Suaiden Santos com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade, e arquivados por um período de 5 anos; após esse tempo serão destruídos.
- Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas. Entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar o nome dele(a), instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada a privacidade de quem você é responsável.

Se houver alguma consideração ou dúvida referente aos aspectos éticos da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília – CEP/UniCEUB, que aprovou esta pesquisa, pelo telefone 3966.1511 ou pelo e-mail cep.uniceub@uniceub.br. Também entre em contato para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a participação dele(a) no estudo.

Eu, _____ RG _____, após receber a explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos nesta pesquisa concordo voluntariamente em consentir que ele(a) faça parte deste estudo.

Este Termo de Consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao senhor(a).

Brasília, ____ de _____ de _____

2

Responsável Legal por _____

Gabriel Suaiden Santos; Celular (61)99669-2223; Email: gabriel.suaiden@sempreceub.com

Kevin Haley Barbosa; Celular (61)99871-9898; Email: kevinhaleybarbosa@sempreceub.com

Endereço acadêmico dos responsáveis pela pesquisa :

Instituição: Centro Universitário de Brasília (UnICEUB)

Endereço: 707/907 - Campus Universitário, SEPN - Asa Norte, Brasília - DF
CEP: 70790-075

Bairro: Asa Norte

Telefones p/contato: Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília – CEP/UnICEUB
(61) 3966.1511

APÊNDICE B - TERMO DE ASSENTIMENTO

Título da pesquisa: ESTUDO COMPARATIVO DE CONCORDÂNCIA E APLICABILIDADE DAS ESCALAS DE GRAVIDADE PARA DERMATITE ATÓPICA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Instituição do ou dos pesquisadores: UniCEUB - DF

Pesquisador responsável: Gabriel Suaiden Santos (Pesquisador responsável), Carmen Déa Ribeiro de Paula (Professora orientadora)

Pesquisador assistente: Kevin Haley Barbosa

Você sabe o que é assentimento? Significa que você concorda com algo. No caso desse documento, significa que concorda em participar dessa pesquisa.

Antes de decidir se quer ou não participar, é importante que entenda o estudo que está sendo feito e o que ele envolverá para você.

Apresentamos esta pesquisa aos seus pais ou responsáveis e eles sabem que também estamos pedindo sua concordância. Se você deseja participar, seus pais ou responsáveis também terão que concordar. Mas você é livre para fazer parte ou não desta pesquisa, mesmo se seus pais ou responsáveis concordaram. Não tenha pressa de decidir.

Também poderá conversar com seus pais, amigos ou qualquer um com quem se sinta à vontade para decidir se quer participar ou não, e não é preciso decidir imediatamente. Pode haver algumas palavras que não entenda ou situações que você queira que seja explique mais detalhadamente, porque ficou mais interessado(a) ou preocupado(a). Nesse caso, por favor, peça mais explicações.

Natureza, objetivos e procedimentos do estudo

- O objetivo específico deste estudo é avaliar a concordância entre as escalas de gravidade EASI (Eczema Area and Severity Index) e SCORAD (Severity Scoring of Atopic Dermatitis) em crianças e adolescentes, com dermatite atópica em grau leve, moderado, grave e muito grave.
- Você vai participar da pesquisa ao ser avaliada pelo médico, onde ele vai avaliar sua doença (dermatite atópica) e fazer perguntas sobre a mesma.
- O que vai acontecer é uma avaliação por duas escalas (EASI e SCORAD), utilizadas pelo mesmo avaliador médico, sendo preenchida ficha de avaliação com dados clínicos da sua doença, medicações definidas para você, resultados das escalas e opinião pessoal do médico sobre a qualidade da ferramenta de avaliação durante o atendimento.
- Você não fará nada além do que estamos explicando neste documento.
- A pesquisa será realizada no Hospital Universitário de Brasília (HUB)

Participação, recusa e direito de se retirar do estudo

- Sua participação ajudará para que mais pessoas saibam sobre a dermatite atópica e como podem identificar a gravidade de sua doença, tratando-a da melhor maneira possível.
- Sua participação é voluntária, ou seja, você só participa se quiser e, de acordo com as leis brasileiras, não receberá dinheiro nem presentes pela sua participação neste estudo. Ninguém vai cobrar dinheiro de você ou de seus pais/responsável, ou vai tratá-lo(a) mal se não quiser participar.
- Você poderá deixar a pesquisa a qualquer momento, bastando para isso falar com um dos pesquisadores responsáveis.
- Conforme as normas brasileiras sobre pesquisa com a participação de seres humanos, você não receberá dinheiro nem presentes pela sua participação neste estudo.

Confidencialidade

- Seus dados ficarão somente com os pesquisadores e não será permitido o acesso a outras pessoas.
- O material com as suas informações, sendo eles os dados do prontuário e scores de gravidade ficarão guardados sob a responsabilidade de Gabriel Suaiden Santos com a garantia de que ninguém vai falar de você para outras pessoas que não façam parte desta pesquisa e será arquivado/descartado daqui a 5 anos.
- Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas. Entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

Caso ocorram danos causados pela pesquisa, todos os seus direitos serão respeitados de acordo com as leis do país. Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada.

Se quiser falar algo ou tirar dúvida sobre como será/está sendo tratado na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília – CEP/UniCEUB, que aprovou esta pesquisa, pelo telefone 3966.1511 ou pelo e-mail cep.uniceub@uniceub.br. Também envie um e-mail ou ligue para informar se algo estiver errado durante a sua participação no estudo.

Este Termo Assentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo(a) pesquisador(a) responsável, e a outra ficará com você.

Assentimento

Eu, _____, RG _____, (se já tiver o documento), fui esclarecido(a) sobre a presente pesquisa, de maneira clara e detalhada. Fui informado(a) que posso solicitar novas informações a qualquer momento e que tenho liberdade de abandonar a pesquisa quando quiser, sem nenhum prejuízo para mim. Tendo o consentimento do meu(minha) responsável já assinado, eu concordo em participar dessa pesquisa. Os(As) pesquisadores(as) deram-me a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Participante

Gabriel Suaiden Santos; Celular (61)99669-2223; Email: gabriel.suaiden@sempreceub.com

Kevin Haley Barbosa; Celular (61)99871-9898; Email: kevinhaleybarbosa@sempreceub.com

APÊNDICE C - OPINIÃO PESSOAL DO MÉDICO

Opinião pessoal do médico quanto à aplicabilidade das escalas de gravidade EASI (*Eczema Area and Severity Index*) e SCORAD (*Severity Scoring of Atopic Dermatitis*) da Dermatite Atópica em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos na pesquisa intitulada **ESTUDO COMPARATIVO DE CONCORDÂNCIA E APLICABILIDADE DAS ESCALAS DE GRAVIDADE PARA DERMATITE ATÓPICA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES.**

Avaliador, marque entre muito bom, bom, ruim ou muito ruim na tabela conforme sua percepção do scores ao avaliar o paciente conforme os seguintes critérios:

1. Compreensibilidade da escala.
2. Tempo demandado para sua aplicação.
3. Aplicabilidade da escala.

SCORAD	Muito Bom	Bom	Ruim	Muito Ruim
Compreensibilidade e da escala				
Tempo demandado para sua aplicação				
Aplicabilidade da escala				

EASI	Muito Bom	Bom	Ruim	Muito Ruim
Compreensibilidade da escala				
Tempo demandado para sua aplicação				
Aplicabilidade da escala				

Médico Avaliador: _____

Assinatura: _____

Paciente Avaliado: _____

Hospital Universitário de Brasília, ____ de _____ de ____.

APÊNDICE D - FICHA DE AVALIAÇÃO SCORAD E EASI PARA PACIENTES COM DERMATITE ATÓPICA

Nome	
Registro	
Sexo	M F
Idade	

IDENTIFICAÇÃO

A.

EASI : _____

SCORAD: _____

B. TRATAMENTO INDICADO:

Tópicos	
Hidratante	
Outro	
Antihistamínicos	
Sistêmicos (Quais?)	
Outros	

C. AVALIAÇÃO DO EXAMINADOR DAS DUAS FERRAMENTAS

EASI	Muito Ruim	Ruim	Bom	Muito Bom
Compreensibilidade da escala				
Tempo demandado para sua aplicação				
Aplicabilidade da escala				

SCORAD	Muito Ruim	Ruim	Bom	Muito Bom
Compreensibilidade da escala				
Tempo demandado para sua aplicação				
Aplicabilidade da escala				

8. ANEXOS

ANEXO A – CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DA DERMATITE ATÓPICA

Critérios Diagnósticos da dermatite atópica (Hanifin e Rajka)
Critérios Maiores (três ou mais)
Prurido
Morfologia e distribuição típica das lesões
Dermatite crônica e recidivante
História pessoal ou familiar de atopia
Critérios Menores (três ou mais)
Xerose
Início precoce da doença
Ceratose pilar
Tendência a dermatites inespecíficas das mãos e dos pés
Dermografismo branco
Queilite
Pregas na região cervical anterior
Escurecimento periorbital
Sinal de Hertogue (rarefação das sobrancelhas)
Elevação da IgE sérica
Conjuntivites recorrentes
Evolução influenciada por fatores ambientais
Evolução influenciada por fatores emocionais
Prurido provocado pela transpiração
Hipersensibilidade ao níquel
Hiperlinearidade palmoplantar
Tendência a infecções cutâneas
Prega infraorbitária de Dennie-Morgan
Pitíriase alba

Palidez ou eritema facial
Eczema dos mamilos
Acentuação perifolicular
Alopecia areata
Hiperreatividade cutânea tipo II
Enxaqueca
Intolerância alimentar
Catarata
Ceratocone
Ictiose
Urticária colinérgica

ANEXO B – ESCALA DE GRAVIDADE SCORAD

Escala de gravidade SCORAD	
A - Extensão da superfície corpórea afetada Regra dos 9 (queimados)	
Cabeça = 9%	
Tronco (frente) = 18%	
Tronco (costas) = 18%	
MMSS = 9% cada	
MMII = 9% cada	
Genitais = 1%	
B - Sinais clínicos	Intensidade de cada sinal
Eritema	0 = nenhum
Edema/pápula	1 = leve
Exsudação/crostas	2 = moderado
Escoriações	3 = grave
Liquenificação	
Xerose (pele não afetada)	

C - Sintomas subjetivos	Pontuação
Prurido	0 = nenhum
Perda de sono	1 = leve
	2 = moderado
	3 = grave
Cálculo da pontuação do SCORAD	
$A/5 + 2B/2 + C$	
Escore	
Valor máximo = 103 ou 83 (sem os subjetivos)	
< 25 = casos leves	
De 25 - 50 = casos moderados	
> 50 = casos graves	

ANEXO C – ESCALA DE GRAVIDADE EASI

Escala de gravidade EASI	
Lesões	Pontuação
Eritema (E)	0 = nenhum
Induração (pápula) (I)	1 = leve
Escoriação (Ex)	2 = moderado
Liquenificação (L)	3 = grave
Área da superfície corpórea acometida	Pontuação
Cabeça/Pescoço = 20%	0 = ausência de erupção
Membros Superiores = 20%	1 = <10%
Tronco = 30%	2 = 10% - 20%
Membros Inferiores = 30%	3 = 30% - 40%
	4 = 50% - 69%
	5 = 70% - 89%
	6 = 90% - 100%
Cálculo da pontuação do EASI	

Cabeça/Pescoço	$(E + I + Ex + L) \times \text{Área} \times 0,1$
Membros superiores	$(E + I + Ex + L) \times \text{Área} \times 0,2$
Troncos	$(E + I + Ex + L) \times \text{Área} \times 0,3$
Membros inferiores	$(E + I + Ex + L) \times \text{Área} \times 0,4$
Escore	
até 5 = quadros leves	
$5 < x < 12$ = quadros moderados	
$12 < x < 20$ = quadros graves	
$x > 20$ = quadros muito graves	