

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

KAUÊ CÉZAR SÁ JUSTO

PSO.PAR: ESTUDO FARMACOEPIDEMIOLÓGICO MULTICÊNTRICO DA PSORÍASE
NO ESTADO DO PARANÁ

CURITIBA

2023

KAUÊ CÉZAR SÁ JUSTO

PSO.PAR: ESTUDO FARMACOEPIDEMIOLÓGICO MULTICÊNTRICO DA PSORÍASE
NO ESTADO DO PARANÁ

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Farmacologia, no Setor de Ciências Biológicas, na Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Farmacologia.

Orientador: Prof. Dr. Michel Fleith Otuki

CURITIBA

2023

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SISTEMA DE BIBLIOTECAS – BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS

Justo, Kauê César Sá

Pso.PAR : estudo farmacoepidemiológico multicêntrico da psoríase no estado do Paraná / Kauê César Sá Justo. – Curitiba, 2023.

1 recurso on-line : PDF.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências Biológicas, Programa de Pós-Graduação em Farmacologia.

Orientador: Prof. Dr. Michel Fleith Otuki.

1. Dermatologia. 2. Psoríase. 3. Farmacoepidemiologia. I. Otuki, Michel Fleith. II. Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências Biológicas. Programa de Pós-Graduação em Farmacologia. III. Título.

Bibliotecária: Giana Mara Seniski Silva CRB-9/1406



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO FARMACOLOGIA -
40001016038P0

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação FARMACOLOGIA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da tese de Doutorado de **KAUÊ CÉZAR SÁ JUSTO** intitulada: **PSO.PAR: UM ESTUDO FARMACOEPIDEMIOLÓGICO MULTICÊNTRICO DA PSORÍASE NO ESTADO DO PARANÁ**, sob orientação do Prof. Dr. MICHEL FLEITH OTUKI, que após terem inquirido o aluno e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

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

CURITIBA, 27 de Outubro de 2023.

Assinatura Eletrônica
07/12/2023 10:54:56.0
MICHEL FLEITH OTUKI
Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica
07/11/2023 16:22:43.0
MARIA TEREZA FERREIRA DUENHAS MONREAL
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO
SUL)

Assinatura Eletrônica
21/11/2023 14:06:44.0
CRISTINA APARECIDA JARK STERN
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica
31/10/2023 14:13:23.0
FRANCSLAINE APARECIDA DOS REIS LIVERO
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

AGRADECIMENTOS

Ao meu bom Deus e a Nossa Senhora Aparecida que me deram a bênção, a luz e a força para sempre prosseguir no meu caminho. Sem dúvidas foram os que mais ouviram minhas dificuldades, minhas angústias e minha vontade de vencer.

À minha tia e madrinha Néia e ao meu avô Fernando, que sempre foram grandes incentivadores e infelizmente se foram antes da conclusão desse importante ciclo.

Aos meus pais, Carlos e Claudineide, à minha irmã Fernanda e aos demais familiares que deram todo o suporte desde o início dos meus estudos, acreditando sempre em meu potencial. Foram fundamentais e se fizeram presentes, mesmo distantes, em mais essa etapa.

À minha esposa, Bruna Pazinato pela paciência, força e companheirismo, assim como toda a sua família que me acolheu e apoiou em todos os aspectos durante esse período.

Aos meus grandes amigos que deram muita força e sempre me encorajaram a enfrentar novos desafios. Especialmente ao Bernardo Loubet, sua família e a família Gambaro que abriram suas casas durante esse período e, com todo carinho, me fizeram sentir parte da família. Ao amigo Rayan Wolf, que novamente dispôs do seu tempo e conhecimento para delineamento e realização da parte estatística, ao Guilherme Grubertt que contribuiu com grande incentivo, troca de conhecimentos e discussões importantes sobre ensino e ciência e ao Eduardo Gomes pela parceria, pelo incentivo e pelas longas e boas conversas.

Aos alunos e amigos do grupo de pesquisa do LAFFPEL pelos incansáveis dias de trabalho e companheirismo. Em especial ao amigo Fernando Teixeira Zonzini, que compartilhou seus conhecimentos e foi um grande parceiro desde o início da jornada.

À todos os professores e profissionais que contribuíram com a minha formação.

À Agência CAPES pelo suporte financeiro durante o período de realização do projeto de pesquisa, ao Conselho Nacional de Pesquisa Científica e Desenvolvimento Tecnológico (CNPQ) e ao Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia - Inovação em Medicamentos e Identificação de Novos Alvos Terapêuticos (INCT/INOVAMED).

À Universidade Federal do Paraná, ao Programa de Pós-graduação em Farmacologia e todos os coparticipantes da pesquisa pela oportunidade.

Ao meu orientador Michel Fleith Otuki e à co-orientadora Daniela Almeida Cabrini, que abriram as portas do Programa de Pós-graduação em Farmacologia. Além disso, durante o decorrer da jornada depositaram total confiança em meu trabalho e contribuíram de forma gigantesca para o meu crescimento pessoal e profissional.

“Se você vê algo em sua mente, irá segurá-lo nas mãos.”

Bob Proctor

RESUMO

Introdução: A psoríase é uma doença inflamatória crônica de pele não contagiosa que apresenta impacto físico e na qualidade de vida dos pacientes. No Brasil, estima-se que a incidência seja de 1,3%. Mesmo com o surgimento de novos estudos nos últimos anos, 81% dos países ainda necessitam de informações sobre a epidemiologia da doença. **Objetivo:** O presente estudo avaliou as correlações entre a gravidade da psoríase e as demais variáveis farmacoepidemiológicas da população psoriática paranaense. **Material e métodos:** Foi realizado um estudo de corte transversal, utilizando-se dados dos pacientes, selecionados aleatoriamente, e atendidos de janeiro a dezembro de 2022, nos três principais ambulatórios de atendimento do estado do Paraná. A coleta foi realizada por médicos residentes em dermatologia utilizando instrumento desenvolvido para o estudo. Foram coletadas informações sociodemográficas e de história social; características clínicas e humanísticas e informações relacionadas ao tratamento da psoríase. **Resultados:** Dos 133 participantes, a maioria era do sexo masculino, adulto, branco, casado(a) legalmente, com 2º Grau, Colégio, Técnico, Normal, Científico, Ensino Médio ou Supletivo de 2º Grau completo e renda familiar de 2 salários mínimos. Cerca de 63% apresentou histórico de consumo de álcool; 42% de tabagismo e 72% declarou sedentarismo. O presente estudo demonstrou uma incidência 1,6 vezes maior da obesidade; 1,8 vezes maior de hipertensão arterial; 2,7 vezes maior de diabetes mellitus; 3,8 vezes maior de colesterol elevado e 3,4 vezes maior de possibilidade de depressão em algum nível quando comparado com a população geral brasileira. Foi maior a predominância da psoríase em placas nos participantes (93,2%), com lesões localizadas principalmente na pele, e 65,41% teve sua psoríase classificada como leve; 62% dos participantes nunca ficou assintomático com a psoríase. O maior desconforto relatado pelos participantes com psoríase na pele foi o prurido. O histórico de psoríase nas articulações-articulação foi relatado por 32% dos participantes; 43% nas unhas; 25% na região genital; 61% no couro cabeludo e 22% na região palmo-plantar. Mais da metade dos pacientes demonstrou que a psoríase impacta na sua qualidade de vida. Quanto ao tratamento, 75,7% utilizavam corticoide tópico; 57% metotrexato e cerca de 47% utilizavam algum tratamento imunobiológico. A interrupção do tratamento foi relatada por 24% dos participantes e destacaram-se entre os principais motivos a sensação de mal-estar com o tratamento e a crença de que a psoríase já não melhorava com nenhum tratamento. Metade dos participantes apresentaram alguma falha referente à adesão ao tratamento e 21% deles declararam não estar satisfeitos com o tratamento. Houve correlação positiva entre a gravidade da psoríase, medida por meio do Psoriasis Area and Severity Index, e tabagismo, hipertensão arterial sistêmica, tratamento para hipertensão, deformação nas articulações e histórico de interrupção do tratamento. Por outro lado, foi demonstrada correlação negativa entre a gravidade da psoríase e a adesão ao tratamento. **Conclusão:** O tabagismo, a hipertensão arterial sistêmica associada, bem como o tratamento para hipertensão, a ocorrência de deformação nas articulações e o histórico de interrupção do tratamento ao longo da jornada de cuidado demonstraram relação com um quadro mais grave de psoríase nos participantes. Em contrapartida uma maior adesão ao tratamento demonstrou estar relacionada a menor gravidade clínica da doença.

Palavras-chave: dermatologia; psoríase; farmacoepidemiologia.

ABSTRACT

Introduction: Psoriasis is a chronic inflammatory non-contagious skin disease that has a physical and quality of life impact on patients. In Brazil, the incidence is estimated to be 1.3%. Despite the emergence of new studies in recent years, 81% of countries still lack information on the epidemiology of the disease. **Objective:** This study assessed correlations between the severity of psoriasis and other pharmacoepidemiological variables in the population of Psoriasis patients in the state of Paraná. **Material and Methods:** A cross-sectional study was conducted using data from randomly selected patients attended from January to December 2022 at the three main outpatient clinics in the state of Paraná. Data collection was performed by dermatology resident physicians using an instrument developed for the study. Sociodemographic and social history information, clinical and humanistic characteristics, and information related to psoriasis treatment were collected. **Results:** Of the 133 participants, the majority were male, adults, white, legally married, with a high school diploma, technical or vocational education, scientific education, high school, or completed second-grade supplementary education, and a family income of 2 minimum wages. Approximately 63% had a history of alcohol consumption, 42% of smoking, and 72% reported being sedentary. This study demonstrated an incidence 1.6 times higher for obesity, 1.8 times higher for hypertension, 2.7 times higher for diabetes mellitus, 3.8 times higher for elevated cholesterol, and 3.4 times higher for the possibility of depression to some extent when compared to the general Brazilian population. Plaque psoriasis predominated in participants (93.2%), with lesions mainly located on the skin, and 65.41% had their psoriasis classified as mild; 62% of participants had never been symptom-free with psoriasis. The most discomfort reported by participants with psoriasis on the skin was itching. Psoriasis history in joint-articulation was reported by 32% of participants; 43% in nails; 25% in the genital region; 61% on the scalp, and 22% in the palmoplantar region. More than half of the patients demonstrated that psoriasis impacts their quality of life. Regarding treatment, 75.7% used topical corticosteroids; 57% methotrexate, and about 47% used some immunobiological treatment. Treatment interruption was reported by 24% of participants, and the main reasons highlighted were the feeling of discomfort with the treatment and the belief that psoriasis no longer improved with any treatment. Half of the participants showed some failure in treatment adherence, and 21% declared dissatisfaction with the treatment. There was a positive correlation between the severity of psoriasis, measured by the Psoriasis Area and Severity Index, and smoking, systemic arterial hypertension, treatment for hypertension, joint deformation, and a history of treatment interruption. On the other hand, a negative correlation was demonstrated between the severity of psoriasis and treatment adherence. **Conclusion:** Smoking, associated systemic arterial hypertension, as well as treatment for hypertension, the occurrence of joint deformation, and a history of treatment interruption throughout the care journey demonstrated a relationship with a more severe picture of psoriasis in participants. On the other hand, greater treatment adherence was related to a lower clinical severity of the disease.

Keywords: dermatology; psoriasis; pharmacoepidemiology.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Principais fatores ambientais e comportamentais associados à psoríase	15
Tabela 2 - Estimativa da Área de Superfície Corporal envolvida (Regra dos Nove).	20
Tabela 3 - Comorbidades mais comuns em pacientes com psoríase.	21
Tabela 4 - Resumo dos tratamentos para psoríase disponíveis no Brasil.	23
Tabela 5 - Resumo da farmacologia dos imunobiológicos aprovados no Brasil, utilizados no tratamento da psoríase.	26
Tabela 6 - Perfil sociodemográfico dos participantes do estudo Pso.PAR, 2023.	32
Tabela 7 - História social dos participantes do estudo Pso.PAR, 2023.	33
Tabela 8 - Comorbidades dos participantes do estudo Pso.PAR, 2023.	33
Tabela 9 - Classificação da psoríase dos participantes do estudo Pso.PAR, 2023.	34
Tabela 10 - Quantidade de familiares com psoríase dos participantes do estudo Pso.PAR, 2023.	35
Tabela 11 - Frequência de consultas de acompanhamento dos participantes do estudo Pso.PAR, 2023.	35
Tabela 12 - Localização da psoríase nos participantes do estudo Pso.PAR, 2023.	35
Tabela 13 - Área de maior desconforto segundo relato dos participantes do estudo Pso.PAR, 2023.	36
Tabela 14 - Maior desconforto da psoríase na pele segundo relato dos participantes do estudo Pso.PAR, 2023.	37
Tabela 15 - Identificação das articulações doloridas ou deformadas dos participantes do estudo Pso.PAR, 2023.	37
Tabela 16 - Desconfortos decorrentes da psoríase genital nos participantes do estudo Pso.PAR, 2023.	39
Tabela 17 - Desconfortos decorrentes da psoríase no couro cabeludo nos participantes do estudo Pso.PAR, 2023.	39
Tabela 18 - Desconfortos decorrentes da psoríase palmo-plantar nos participantes do estudo Pso.PAR, 2023.	40
Tabela 19 - Impacto da psoríase na qualidade de vida dos participantes do estudo Pso.PAR, 2023.	40
Tabela 20 - Tratamentos tópicos utilizados pelos participantes do estudo Pso.PAR, 2023.	41
Tabela 21 - Fontes de prescrição/indicação dos tratamentos tópicos realizadas por não médicos utilizados pelos participantes do estudo Pso.PAR, 2023.	41
Tabela 22 - Medicamentos sistêmicos clássicos utilizados participantes do estudo Pso.PAR, 2023.	41
Tabela 23 - Imunobiológicos utilizados participantes do estudo Pso.PAR, 2023.	42
Tabela 24 - Tratamentos alternativos já utilizados pelos participantes do estudo Pso.PAR, 2023.	42
Tabela 25 - Motivos de desistência/interrupção dos tratamentos pelos participantes do estudo Pso.PAR, 2023.	43
Tabela 26 - Adesão ao tratamento pelos participantes do estudo Pso.PAR, 2023.	43
Tabela 27 - Satisfação com o tratamento para a psoríase pelos participantes do estudo Pso.PAR, 2023.	44
Tabela 28 - Matriz de correlação considerando a gravidade da psoríase e as variáveis sociodemográficas e de história social dos participantes do estudo Pso.PAR, 2023.	45
Tabela 29 - Matriz de correlação considerando a gravidade da psoríase e as variáveis clínicas e humanísticas dos participantes do estudo Pso.PAR, 2023.	47
Tabela 30 - Matriz de correlação considerando a gravidade da psoríase e as variáveis relacionadas ao tratamento dos participantes do estudo Pso.PAR, 2023.	48

LISTA DE SIGLAS

ADA	Adalimumabe
AEHU	Ambulatório de Especialidades do Hospital Universitário
BSA	Body Surface Area
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CsA	Ciclosporina
CZP	Certolizumabe Pegol
DLQI	Dermatology Life Quality Index
DM	Diabetes Mellitus
DM2	Diabetes Mellitus Tipo 2
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DSL	Dislipidemia
ETN	Etanercepte
GUS	Guselcumabe
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV	Human immunodeficiency virus
IFN- γ	Interferon gamma
IL-12	Interleucina 12
IL-17	Interleucina 17
IL-22	Interleucina 22
IL-23	Interleucina 23
IMC	Índice de massa corporal
IXE	Ixequizumabe
NK T	Natural killer T cells
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PASI	Psoriasis Area and Severity Index
PPG	Psoríase pustulosa generalizada
PUVA	Psoraleno + Ultravioleta A
RIZ	Risanquizumabe
SCK	Secuquinumabe
SCS/UFPR	Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná
SM	Síndrome Metabólica
TCLE	Termo de Consentimento Livre e esclarecido

TH1	Células T helper 1
TH17	Células T helper 17
TH22	Células T helper 22
TNF	Tumor necrosis factor
UST	Ustequinumabe
UVA	Ultravioleta A
UVB	Ultravioleta B
UVBnb	Ultravioleta B <i>narrow band</i> ou banda estreita

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1 Psoríase	15
2.2 Subtipos	16
2.3 Fisiopatologia	18
2.4 Gravidade da psoríase	19
2.5 Comorbidades associadas	21
2.6 Tratamento	22
2.6.1 Tratamento tópico	24
2.6.2 Fototerapia	24
2.6.3 Medicamentos sistêmicos clássicos	25
2.6.4 Imunobiológicos	26
3 OBJETIVOS	27
3.1 Objetivo Geral	27
3.2 Objetivos específicos	27
4 MATERIAL E MÉTODOS	28
4.1 Tipo de pesquisa, período e local	28
4.2 Amostra	28
4.3 Critérios de inclusão e exclusão	28
4.4 Coleta de dados	28
4.5 Organização e apresentação dos dados	30
4.5.1 Índice de massa corporal (IMC)	30
4.5.2 Gravidade da psoríase - Psoriasis Area and Severity Index (PASI)	30
4.5.3 Qualidade de vida dos pacientes - Dermatology Life Quality Index (DLQI)	30
4.5.4 Adesão ao tratamento (Morisky-Green)	31
4.6 Análise dos resultados	31
4.7 Aspectos éticos	31
5 RESULTADOS	32
5.1 Perfil sociodemográfico dos participantes	32
5.2 História social e comorbidades	33
5.3 Aspectos clínicos e humanísticos da psoríase	34
5.3.1 Classificação da psoríase	34
5.3.2 Gravidade da psoríase	34
5.3.3 Características gerais	34
5.3.4 Histórico familiar	35
5.3.5 Histórico de atendimento	35
5.3.6 Localização da psoríase	35
5.3.7 Desconforto relacionado a psoríase	36
5.3.8 Psoríase na pele	36
5.3.9 Psoríase nas articulações	37
5.3.10 Psoríase ungueal	38
5.3.11 Psoríase genital	39
5.3.12 Psoríase no couro cabeludo	39
5.3.13 Psoríase palmo plantar	40
5.3.14 Impacto da psoríase na qualidade de vida do paciente	40
5.4 Tratamento da psoríase	40
5.4.1 Tratamento tópico	40
5.4.2 Fototerapia	41

5.4.3 Medicamentos sistêmicos clássicos	41
5.4.4 Imunobiológicos	42
5.4.5 Tratamentos alternativos	42
5.4.6 Interrupção do tratamento	43
5.4.7 Adesão ao tratamento	43
5.4.8 Satisfação com o tratamento	43
5.4.9 Correlações entre a gravidade da psoríase e as variáveis sociodemográficas e de história social	44
5.4.10 Correlações entre a gravidade da psoríase e as variáveis clínicas e humanísticas	46
5.4.11 Correlações entre a gravidade da psoríase e as variáveis relacionadas ao tratamento	48
6 DISCUSSÃO	49
6.1 Perfil sociodemográfico, história social e comorbidades associadas	49
6.2 Aspectos clínicos e humanísticos da psoríase	52
6.3 Aspectos relacionados ao tratamento da psoríase	53
7 CONCLUSÃO	56
REFERÊNCIAS	57
APÊNDICE I - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS	65
APÊNDICE II - ROTEIRO DE ANÁLISE ESTATÍSTICA	139

1 INTRODUÇÃO

A psoríase é uma doença inflamatória crônica de pele, imunomediada e não contagiosa, que impacta significativamente a qualidade de vida dos indivíduos afetados. Estima-se que entre 0,5% e 11,4% dos adultos e até 1,4% das crianças sofrem com essa condição, sem distinção definida entre os sexos. No Brasil, a prevalência é aproximadamente 1,3%. Embora dados epidemiológicos estejam disponíveis, cerca de 81% dos países carecem de informações mais precisas sobre a incidência da doença.

A ocorrência da doença é multifatorial, e envolve a associação de predisposição genética e fatores ambientais e comportamentais. A psoríase se manifesta em diversos subtipos clínicos, variando em características e áreas afetadas. Desde a forma mais conhecida em placas até subtipos específicos como a psoríase gutata, pustulosa, eritrodérmica, inversa, e palmo-plantar, a diversidade clínica da psoríase representa um desafio no diagnóstico e tratamento.

A fisiopatologia da psoríase, embora ainda não totalmente elucidada, destaca-se pela exacerbação do sistema imune, desempenhando um papel fundamental no início e na manutenção da doença. A cascata inflamatória resultante leva à hiperproliferação dos queratinócitos, espessamento da pele e formação de escamas, características distintivas da psoríase.

Com o tempo, a associação entre psoríase e comorbidades tornou-se evidente, incluindo síndrome metabólica, hipertensão arterial, obesidade, diabetes mellitus tipo 2, doenças cardiovasculares, comorbidades psiquiátricas, doenças neurológicas, doenças hepáticas, doenças pulmonares, doença renal, doenças oculares e artrite psoriática. Assim como a fisiopatologia da doença, o mecanismo exato para a associação entre a psoríase e as comorbidades ainda não está bem esclarecido.

O tratamento da psoríase é desafiador, exigindo uma abordagem individualizada. As opções terapêuticas incluem tratamentos tópicos, fototerapia, medicamentos sistêmicos clássicos e imunobiológicos. A adesão e a persistência do paciente ao tratamento são cruciais para o sucesso terapêutico, e intervenções educacionais têm se mostrado eficazes na melhoria da adesão e, conseqüentemente, nos resultados clínicos.

Diante da complexidade da psoríase e do alcance dos resultados terapêuticos desejados com os tratamentos disponíveis, da sua impactante manifestação clínica, bem como a escassez de dados epidemiológicos, o presente estudo visa contribuir para a ciência com dados nacionais inéditos sobre a psoríase e a farmacoterapia da doença. O Pso.PAR é o ponto

de partida para a investigação acerca da doença em todo o território nacional. O método proposto poderá trazer resultados aplicáveis à melhoria futura dos serviços, dos tratamentos, da conduta dos profissionais e da condição de saúde dos pacientes. sobre a epidemiologia, etiopatogenia, classificação clínica, avaliação da gravidade, impacto na qualidade de vida, associação com comorbidades e opções terapêuticas disponíveis para o tratamento da psoríase.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Psoríase

A psoríase é uma doença inflamatória crônica de pele imunomediada que afeta entre 0,5 e 11,4% dos adultos e até 1,4% das crianças, sem uma propensão definida para o sexo (MICHALEK; LORING; JOHN, 2016). No Brasil, estima-se que a prevalência seja de 1,3% (ROMITI et al., 2017). Pode manifestar-se em qualquer idade, mas a faixa etária com maior incidência está entre 30 e 39 anos e entre 50 e 69 anos (PARISI et al., 2013). Apesar dos dados disponíveis, cerca de 81% dos países necessitam de informações mais concretas sobre a epidemiologia da doença (PARISI et al., 2020).

O início da doença pode ser compreendido pela associação de uma predisposição genética à fatores ambientais e comportamentais destacados na tabela 1. A contribuição genética é confirmada pelo fato de cerca de 40% dos pacientes psoriáticos apresentarem histórico familiar (LÓPEZ-ESTEBARANZ; SÁNCHEZ-CARAZO; SULLEIRO, 2015). A doença se mostra mais frequente em gêmeos monozigóticos que em dizigóticos (FARBER; NALL; WATSON, 1974; BRANDRUP et al., 1982; DUFFY; SPELMAN; MARTIN, 1993). Além disso, diversos *locus* de suscetibilidade genética contendo genes envolvidos na regulação do sistema imunológico foram identificados (MAHIL; CAPON; BARKER, 2015).

Tabela 1 - Principais fatores ambientais e comportamentais associados à psoríase

Principais fatores ambientais e comportamentais associados à psoríase
Obesidade
Tabagismo
Consumo excessivo de álcool
Trauma (fenômeno de Koebner)
Uso de medicamentos como: <ul style="list-style-type: none"> ● Lítio ● Interferon ● Beta-bloqueadores ● Antimaláricos ● Anti-inflamatórios não-esteroidais ● Tetraciclina ● Terbinafina ● Anti-TNF (efeito paradoxal) ● Corticoesteroides (retirada abrupta)
Infecções:

- HIV
- Estreptococos

Fonte: ROMITI; CARVALHO; DUARTE, 2021.

2.2 Subtipos

A psoríase pode se manifestar em diversos subtipos clínicos com uma variedade de características baseadas principalmente na área afetada. Pode estar localizada na pele, forma mais conhecida, porém pode se apresentar também no couro cabeludo, na região lombo sacra, umbilical, palmas das mãos e plantas dos pés. Normalmente a lesão surge em superfícies extensoras que são áreas de maior atrito. A justificativa para tal ocorrência é baseada no fenômeno de Koebner, onde as lesões cutâneas surgem nessas áreas específicas (CAMARGO et al., 2013; DIANI; COZZI; ALTOMARE, 2016).

A lesão da forma mais comum, em placas, já é bem caracterizada. As placas são bem delimitadas, podendo variar de 1 a mais de 10 cm de diâmetro. Além disso, classicamente apresenta pápulas e placas eritematosas com aspecto prateado que se descamam. As placas podem se apresentar sem sintomas associados, mas o prurido é comum e a dor associada pode estar presente principalmente quando a lesão apresenta fissuras e está localizada na palma das mãos ou planta dos pés (NALDI; GAMBINI, 2007; MEIER; SHETH, 2009).

A psoríase gutata caracteriza-se pela associação de pequenas pápulas (em formato de gotas com menos de 1cm de diâmetro) a placas psoriáticas eritematosas. Normalmente estão localizadas no tronco e nas extremidades proximais. Ocorre geralmente como evento agudo em pacientes pediátricos e adultos jovens, sem histórico prévio da doença, sendo associada fortemente a um fator predisponente específico, a ocorrência de infecção estreptocócica recente (TELFER et al., 1992; KO et al., 2010).

A psoríase pustulosa pode ser classificada em três fenótipos: psoríase pustulosa generalizada (PPG), acrodermatite contínua de Hallopeau e pustulose palmo plantar (NAVARINI et al., 2017). As principais apresentações clínicas da PPG são: a aguda (psoríase pustulosa generalizada de von Zumbusch) e a psoríase pustulosa anular generalizada. A primeira é caracterizada pelo surgimento abrupto de eritemas generalizados com dor associada ou placas finas tomadas por pequenas pústulas (JUANQIN; ZHIQIANG; ZIJIA, 1998). A psoríase pustulosa anular generalizada caracteriza-se como uma erupção subaguda recorrente com formação de placas eritematosas contendo pústulas periféricas e escamas que se expandem com a evolução do quadro. Pode ainda haver associação de dor e febre (VAN DE KERKHOF; NESTLE, 2012).

O subtipo eritrodérmica apresenta como principal característica a presença de eritema generalizado e descamação que pode envolver de 75% até a totalidade da superfície corporal. É considerada um subtipo incomum com ocorrência aguda ou crônica que compromete a pele e pode inclusive deixar o paciente suscetível a infecções e a desidratação devido a perda da barreira de proteção (BOYD; MENTER, 1989; STROBER et al., 2012).

Há possibilidade de ocorrência também em locais considerados como especiais, envolvendo áreas intertriginosas, unhas e palmo plantares. A psoríase inversa (ou intertriginosa) envolve as regiões inguinal, perineal, genital, inter glútea, axilar ou infra mamária. A nomenclatura “inversa” se dá justamente pelo fato de ser oposta à da apresentação clássica, em placas, localizadas normalmente nas superfícies extensoras. As lesões são bem demarcadas, lisas e brilhantes, e frequentemente são diagnosticadas erroneamente como infecções fúngicas ou bacterianas intertriginosas (LARSABAL et al., 2018).

Pacientes com psoríase nas unhas podem apresentar acometimento de uma até todas as unhas, incluindo as das mãos e dos pés. De acordo com Jiaravuthisan et al. (2007) os efeitos da psoríase considerando o envolvimento da matriz e do leito ungueal determinam as manifestações clínicas deste subtipo da doença. As manifestações envolvendo a matriz ungueal incluem:

Pitting – Envolvimento da matriz proximal resultando em aglomerados de células paraqueratóticas na lâmina ungueal que descamam e formam depressões da placa ungueal.

Leuconíquia – Envolvimento da matriz ungueal intermediária e ventral.

Manchas vermelhas na lúnula – Envolvimento da matriz ungueal intermediária e ventral.

Desintegração da lâmina ungueal – Envolvimento grave de toda a matriz ungueal.

Já as manifestações envolvendo o leito ungueal incluem:

Descoloração gota de óleo – Envolvimento do leito ungueal localizado inteiramente dentro do leito ungueal.

Onicólise – Envolvimento do leito ungueal próximo ao hiponíquio.

Hiperqueratose subungueal – Envolvimento do leito ungueal, resultando em acúmulo de células sob a lâmina ungueal.

Hemorragias em estilhaços – Envolvimento do leito ungueal resultando em ruptura capilar na derme abaixo da lâmina ungueal.

A psoríase palmo-plantar acomete a palma das mãos e a planta dos pés. A variação é abrangente, havendo possibilidade da ocorrência de placas espessas e hiperqueratóticas até lesões pustulosas e pode estar associada ou não com dor e prurido, o que pode ser debilitante para o paciente (RAPOSO; TORRES, 2016).

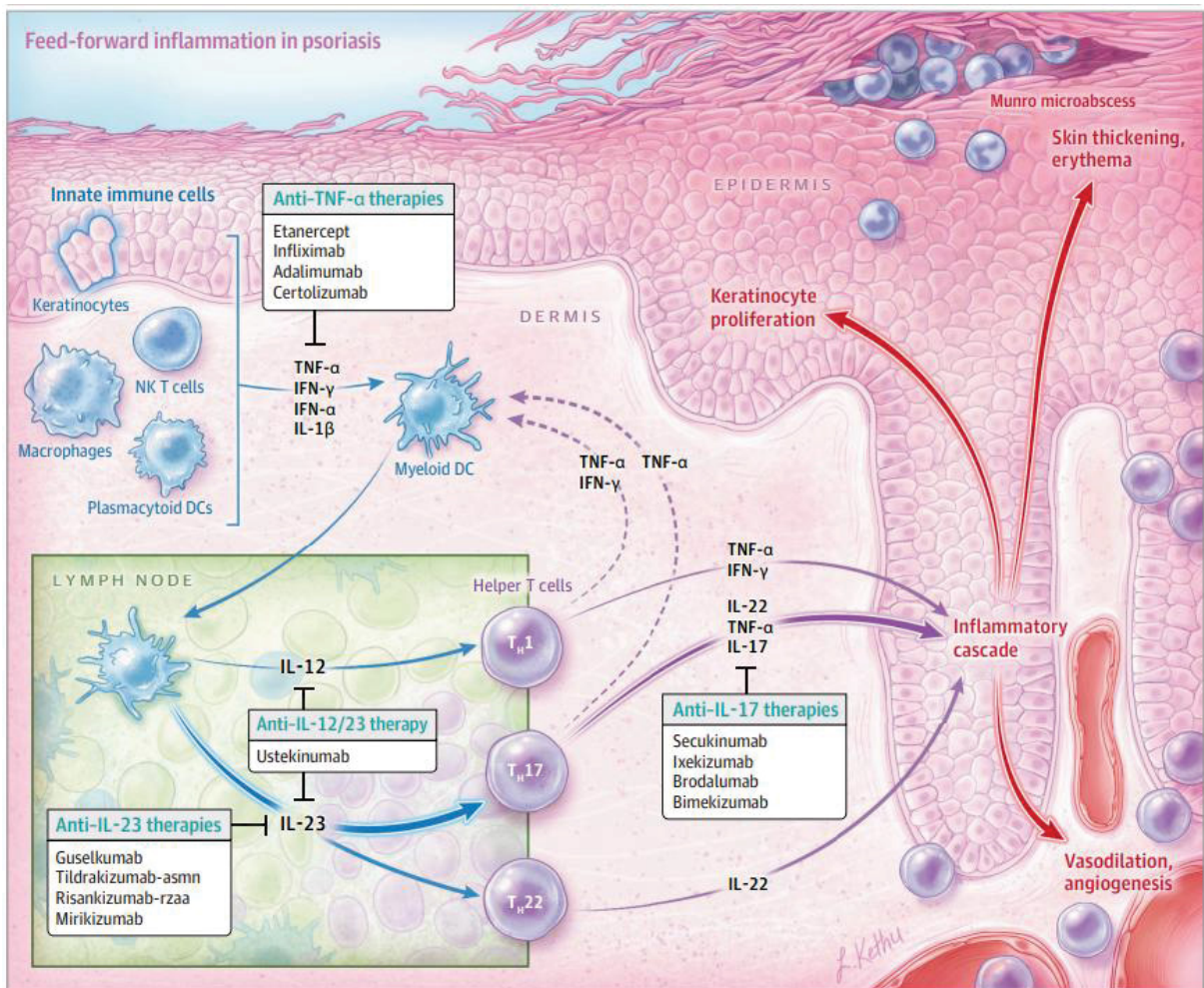
2.3 Fisiopatologia

A fisiopatologia da psoríase ainda não está muito bem estabelecida. Inicialmente a doença era vista unicamente como um distúrbio de pele relacionado a hiperproliferação dos queratinócitos. Hoje, por meio da evolução das evidências, sabe-se que a exacerbação do sistema imune apresenta um papel fundamental tanto no início como na manutenção da doença (NESTLE; KAPLAN; BARKER, 2009). Conforme descrito por Armstrong e Read (2020) nas etapas iniciais da patogênese da psoríase, há participação de uma variedade de tipos de células, incluindo os queratinócitos na epiderme e células dendríticas plasmocitoides, células T natural killer (N KT) e macrófagos, que secretam citocinas e ativam células dendríticas mieloides na derme.

Depois de ativadas, as células dendríticas migram para o linfonodo e secretam interleucinas importantes no processo: as interleucinas (IL) 12 e 23. A IL-12 induz a diferenciação de células T naive em células T helper 1 (TH1). A IL-23 é fundamental para a sobrevivência e proliferação das células T helper 17 e 22 (TH17/TH22). As células TH1 secretam Interferon gamma (IFN- γ) e TNF- α (fator de necrose tumoral α), citocinas importantes tanto na continuidade do processo quanto na retroalimentação da sinalização inicial das células dendríticas. As células TH17 secretam IL-17, IL-22 e TNF- α . Acredita-se que a ativação mediada por IL-23 da via TH17 seja predominante. Já as células TH22 são responsáveis pela produção da IL-22. A transcrição desses mediadores leva a uma cascata inflamatória resultando na hiperproliferação dos queratinócitos, responsável pela característica do espessamento da pele e formação de escamas na lesão bem como o aumento da expressão de mediadores angiogênicos, fator ocasionador da vermelhidão das lesões (ARMSTRONG; READ, 2020).

A figura 1 apresenta o resumo da Fisiopatologia da psoríase, destacando os principais alvos terapêuticos dos imunobiológicos.

Figura 1 - Fisiopatologia da psoríase



Fonte: ARMSTRONG; READ, 2020.

2.4 Gravidade da psoríase

A gravidade da psoríase, tradicionalmente é avaliada por meio de duas ferramentas de análise: o Psoriasis Area and Severity Index (PASI) e o Body Surface Area (BSA). O PASI é o instrumento mais utilizado clinicamente para a avaliação da psoríase (SCHÄFER et al., 2010).

O PASI avalia as placas considerando três critérios: eritema, infiltração e descamação. A gravidade é dada para cada um desses itens por meio de uma escala de intensidade de 0 a 4. Essa análise é realizada considerando quatro regiões do corpo: cabeça, membros superiores, tronco e membros inferiores. Além do eritema, da infiltração e da descamação, faz-se a graduação da área total acometida, considerando a pontuação de 0 a 6. O resultado se dá pela soma das escalas de intensidade considerando eritema, infiltração e descamação, multiplicado

pela graduação da área acometida de cada uma das regiões do corpo consideradas. O escore pode então variar de 0 a 72. Apesar de muito utilizado, o escore apresenta baixa sensibilidade e não considera os sintomas subjetivos relatados pelo paciente (NALDI, 2010; SPULS et al., 2010).

O BSA avalia a área de acometimento da lesão. Existem algumas formas de se realizar essa medição. De acordo com o Consenso Brasileiro de Psoríase 2020 - Algoritmo de tratamento da Sociedade Brasileira de Dermatologia a “regra dos nove” é a mais comumente indicada para estimar o BSA, conforme mostrado na tabela a seguir:

Tabela 2 - Estimativa da Área de Superfície Corporal envolvida (Regra dos Nove).

REGRA DOS NOVE	REGRA DOS NOVE “MODIFICADA”
Cabeça - 9%	Cabeça - 3%
Parte anterior do Tronco	Couro cabeludo - 6%
Superior - 9%	Parte anterior do Tronco - 14%
Inferior - 9%	Parte posterior do Tronco - 16%
Parte posterior do Tronco	Genitália - 1%
Superior 9%	Pernas - 16% (cada)
Inferior 9%	Dorso dos pés - 2% (cada)
Pernas - 9% (cada)	Plantas - 2% (cada)
Braços - 9% (cada)	Braços - 7% (cada)
Genitália - 1%	Dorso das mãos - 1,5% (cada)
	Palmas - 1,5% (cada)
	Total : 100%

Fonte: ROMITI; CARVALHO; DUARTE, 2021

O BSA também pode ser estimado de acordo com o número de áreas de “palma das mãos” acometidas nos pacientes, considerando que uma “palma de mão” reflete 1% do BSA. Assim como o PASI, mesmo que amplamente utilizado, o BSA apresenta algumas falhas. A principal é a não consideração da intensidade clínica das lesões (PUZENAT et al., 2010; SPULS et al., 2010).

O impacto da psoríase vai muito além do físico. A doença afeta questões sociais, emocionais e psicológicas do paciente. Por isso, atualmente, associada a avaliação clínica, há uma grande preocupação com o contexto humanístico, principalmente considerando o impacto que a psoríase pode ter na qualidade de vida do paciente. Para medir esse impacto,

apesar das diversas formas, utiliza-se mais frequentemente o Dermatology Life Quality Index (DLQI). A ferramenta de avaliação apresenta 10 questões considerando pontos específicos da qualidade de vida do paciente (ordem psicológica, social, escolar ou profissional) na semana anterior a aplicação do questionário. O escore pode variar de 0 a 30 e quanto maior o valor, maior é o impacto da psoríase na qualidade de vida do paciente (FINLAY; KHAN, 1994; OTUKI e al. 2011; SILVA et al., 2013).

A hipótese de que a lesão em locais mais visíveis e sensíveis apresenta maior impacto na qualidade de vida do paciente vem sendo melhor investigada. Porém, até o presente momento, não foi possível observar diferenças na relação entre a área acometida pela lesão e o impacto na qualidade de vida, mas indiscutivelmente a psoríase impacta significativamente a vida do paciente (NABIEVA; VENDER, 2022).

2.5 Comorbidades associadas

Ao longo do tempo, foi evidenciada a maior ocorrência de certas comorbidades em pacientes com psoríase. Pouco se sabe sobre as causas da associação entre a doença e as comorbidades associadas. Apesar disso, a compreensão sobre este tópico está evoluindo. A tabela 3 apresenta as principais comorbidades associadas à psoríase.

Tabela 3 - Comorbidades mais comuns em pacientes com psoríase.

Síndrome Metabólica (SM)
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)
Obesidade
Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2)
Doença cardiovascular
Comorbidades psiquiátricas
Depressão
Risco de suicídio
Ansiedade
Doenças Neurológicas
Enxaqueca
Esclerose múltipla
Doenças hepáticas
Doenças pulmonares
Asma

Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)
Apneia do sono
Doença renal
Doenças oculares
Blefarite
Conjuntivite
Xerose
Lesões da córnea
Uveíte
Artrite psoriática

Fonte: GELFAND et al., 2006; REHAL et al., 2011; WU et al., 2012; ROMITI; CARVALHO; DUARTE, 2021.

2.6 Tratamento

A anamnese, os exames físicos e laboratoriais, assim como o impacto do tratamento na doença e as comorbidades do paciente são pontos fundamentais na seleção do tratamento (AMATORE et al., 2019; KAUSHIK; LEBWOHL, 2019). A resposta objetivada, ou a meta terapêutica para o paciente com psoríase é a melhora completa das lesões, ou seja, a resposta PASI100 (melhora de 100% da psoríase). Porém, considera-se a melhora de 75% (PASI75) em relação a avaliação basal como clinicamente significativa (SILVA et al., 2013).

Para o alcance dos objetivos e melhoria na qualidade de vida do paciente com psoríase, além da individualização na seleção do tratamento, é importante que o paciente tenha adesão e persistência adequadas ao tratamento. A adesão reflete a medida em que um paciente age de acordo com o intervalo prescrito e a dose de um regime de dosagem, enquanto a persistência, é a duração do tempo desde o início até a descontinuação da terapia, ou seja, por quanto tempo a adesão permanece (MURAGE et al., 2018).

A baixa adesão ao tratamento por pacientes com psoríase vem sendo evidenciada e colocada como importante fator no insucesso da terapia e conseqüentemente do não alcance das metas terapêuticas. Os estudos destacam que a falha no controle da condição clínica do paciente, além de problemas relacionados a saúde propriamente dita, tem impacto na qualidade de vida e nos gastos em saúde (ALSUBEEH et al., 2019; FELDMAN et al., 2019; WANG et al., 2020).

Em 2016 a Organização mundial de Saúde (OMS), por meio do *Global report on psoriasis* destacou que a baixa adesão pode ser resultante da falha de comunicação entre os

profissionais de saúde responsáveis pelo cuidado e o paciente. Além disso, a incorreta interpretação por parte do paciente referente aos possíveis efeitos adversos dos tratamentos pode ser um fator contribuinte para tal fato.

Confirmando o que foi destacado pela OMS, Wang et al. (2019) demonstraram que a adesão ao tratamento pelos pacientes com psoríase pode ser melhorada, com simples intervenções relacionadas à educação em saúde, trazendo impacto significativo para a melhora clínica, da qualidade de vida do paciente e na redução de gastos para o sistema de saúde.

Os tratamentos da psoríase são divididos em: tópico, fototerapia, medicamentos sistêmicos clássicos e imunobiológicos, podendo inclusive haver a combinação desses tratamentos. A tabela 4 traz um resumo geral dos tratamentos disponíveis no Brasil.

Tabela 4 - Resumo dos tratamentos para psoríase disponíveis no Brasil.

Tratamento tópico
Emolientes
Ceratolíticos
Corticoides tópicos
Análogos da Vitamina D
Imunomoduladores tópicos
Coaltar e antralina
Fototerapia
PUVA (Psoralenico + UVA- 320 a 400 nm), sistêmico ou tópico
UVBnb (UVB narrow band ou banda estreita) emissão 311-313 nm
Medicamentos sistêmicos clássicos
Acitretina
Ciclosporina
Metotrexato
Imunobiológicos
Infliximabe
Etanercepte
Adalimumabe
Certolizumabe Pegol
Ustequinumabe
Secuquinumabe

Ixequizumabe
Guselcumabe
Risanquizumabe

Fonte: ROMITI; CARVALHO; DUARTE, 2021.

2.6.1 Tratamento tópico

O tratamento tópico é indicado para todos os subtipos de psoríase, podendo ser uma opção em monoterapia ou em combinação com medicamentos sistêmicos clássicos, principalmente nos casos de difícil controle (ROMITI; CARVALHO; DUARTE, 2021).

Os emolientes devem ser indicados para todos os pacientes devido a melhora da função da barreira cutânea, das fissuras causadas pelo ressecamento da pele e do prurido, sintoma clássico da psoríase. Já os agentes ceratolíticos, como a ureia e o ácido salicílico, diminuem a desidratação (JACOBI; MAYER; AUGUSTIN, 2015).

Os corticoides desempenham um papel antiproliferativo, imunossupressor, anti-pruriginoso, anti-inflamatório e vasoconstritor, sendo a terapia tópica mais amplamente utilizada no tratamento da psoríase (WITMAN, 2001).

Os análogos da vitamina D, como o calcipotriol, um análogo sintético, atua na diferenciação dos queratinócitos, na inibição da proliferação epidérmica e na modificação da resposta imune (WOLLINA et al., 2019).

Os imunomoduladores tópicos, como o tacrolimo pomada (disponível nas concentrações de 0,03% e 0,1%) e o pimecrolimo creme (disponível na concentração de 1%), de uso *off-label* na psoríase, são inibidores da ação da calcineurina e bloqueiam a produção de substâncias inflamatórias (MARSLAND; GRIFFITHS, 2002).

O coaltar, derivado do alcatrão, ainda não tem seu mecanismo de ação bem elucidado na psoríase. Acredita-se que ele diminua a hiperproliferação dos queratinócitos, reduzindo o espessamento da pele. Comumente é utilizado em associação com a radiação ultravioleta B (UVB) na fototerapia devido a potencialização da redução na hiperproliferação dos queratinócitos (ROMITI, 2013).

2.6.2 Fototerapia

A fototerapia utiliza-se das radiações ultravioletas A e B (UVA e UVB). A terapia PUVA (Psoraleno + UVA- 320 a 400 nm) pode utilizar tanto o psoraleno tópico como sistêmico. A PUVA com psoraleno tópico, utiliza o trisoralen 0,5 a 1 % em veículo emoliente e é indicada para o tratamento da psoríase palmo-plantar. Já na PUVA com psoraleno

sistêmico, utiliza-se o 8-metoxipsoraleno (8-mop) na concentração de 0,5mg/kg em cápsulas gelatinosas (ALSUBEEH et al., 2019; ELMETS et al., 2019).

A radiação UVB é usada em banda estreita (*UVB narrow band*) com emissão 311-313 nm. É recomendada na psoríase em placas, forma mais comum da doença e pode ser utilizada quando a doença acomete uma extensa área corporal (AMATORE et al., 2019; ELMETS et al., 2019)

A combinação da fototerapia com outros tratamentos é comum devido a melhora clínica demonstrada em comparação com os demais tratamentos isoladamente. A associação com tratamentos tópicos, como o Calcipotriol, o Coalatar e o corticoide tópico, é uma opção quando não se alcança as metas terapêuticas com a monoterapia tópica ou nas formas extensas refratárias. A combinação com medicamentos sistêmicos clássicos, como a acitretina, ciclosporina, metotrexato e com os imunobiológicos é uma possibilidade visto que a fototerapia não resulta em efeito imunossupressor sistêmico (NAKAMURA; KOO, 2020).

2.6.3 Medicamentos sistêmicos clássicos

A acitretina, um retinoide sintético de segunda geração, reduz a proliferação, aumenta a diferenciação dos queratinócitos, e estimula a normalização da diferenciação epidérmica. Também reduz a liberação de leucotrienos e a atividade de proteinoquinasas dependentes de AMP cíclico nos fibroblastos e inibe a quimiotaxia de neutrófilos para a epiderme e a produção de fator de crescimento endotelial vascular pelos queratinócitos (ROMITI; CARVALHO; DUARTE, 2021).

Também de acordo com Romiti, Carvalho e Duarte (2021) “a ciclosporina (CsA) reduz a função dos linfócitos T, inibindo a produção de IL-2 por células T CD4+ ativadas. Afeta células apresentadoras de antígeno, mastócitos e queratinócitos e inibe a produção de interferon-g (IFN-g), fator de necrose tumoral- α (TNF- α) e da molécula de adesão intercelular 1 (ICAM-1) nos queratinócitos e células endoteliais, com redução da infiltração de linfócitos e da inflamação. Suprime genes Th17, IL-17, IL-22 e a subunidade p19 da IL-23”.

O metotrexato (MTX) se liga à dihidrofolato redutase, impedindo a síntese de purina e timidina e consequentemente, inibindo a síntese, o reparo e a replicação celular do DNA. Especificamente na psoríase, é provável que o MTX tenha como alvo os queratinócitos, células epiteliais da pele que se encontram num estado hiperproliferativo. Por isso, é classificado como um agente imunossupressor e antiproliferativo (CALLEN; KULP-SHORTEN; WOLVERTON, 2001).

2.6.4 Imunobiológicos

A tabela 5 traz um resumo da farmacologia dos imunobiológicos aprovados no Brasil, utilizados no tratamento da psoríase.

Tabela 5 - Resumo da farmacologia dos imunobiológicos aprovados no Brasil, utilizados no tratamento da psoríase.

Imunobiológicos	
Infliximabe	Anticorpo monoclonal quimérico inibidor do fator de necrose tumoral (TNF- α), ligando-se especificamente ao mesmo tanto na sua forma solúvel quanto ao de membrana.
Etanercepte (ETN)	Receptor solúvel em água que se liga e neutraliza o TNF. Trata-se de uma proteína de fusão humanizada dimérica consistindo em uma porção extracelular do receptor do fator de necrose tumoral-alfa (TNF α), ligada à porção constante (Fc) da imunoglobulina G1 humana. Inibe a atividade do TNF α , impedindo a sua ligação aos receptores de TNF na superfície celular.
Adalimumabe (ADA)	Anticorpo monoclonal totalmente humano da classe IgG1 que se liga ao fator de necrose tumoral- α (TNF- α), inibindo sua interação com os seus receptores.
Certolizumabe Pegol (CZP)	Anticorpo monoclonal humanizado anti-TNF alfa sem o fragmento Fc e com o Fab envolto por polietilenoglicol (peguilação / PEG).
Ustequinumabe (UST)	Anticorpo monoclonal IgG1K humano que se liga à subunidade proteica p40 das interleucinas (IL)-12 e 23, citocinas relacionadas à transformação das células T nativas em células Th1 e Th17.
Secuquinumabe (SCK)	Anticorpo monoclonal IgG1 κ totalmente humano que inibe especificamente a interleucina- 17A (IL-17A) promovendo a regularização da função imune.
Ixequizumabe (IXE)	Anticorpo monoclonal IgG4 humanizado de alta afinidade e ligação seletiva ao IL-17A.
Guselcumabe (GUS)	Anticorpo monoclonal IgG1 λ humano que inibe a IL-23 secretada e previne a ligação da fração circulante em seus receptores, presentes na superfície celular, pelo bloqueio da subunidade p19.
Risanquizumabe (RIZ)	Anticorpo monoclonal humano que se liga seletivamente e com alta afinidade à subunidade p19 da IL23, sendo esta um heterodímero composto também pela subunidade p40. A subunidade p19 também é compartilhada pela IL-39, mas a atividade desta ainda não foi comprovada em humanos.

Fonte: ROMITI; CARVALHO; DUARTE, 2021.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar as correlações entre a gravidade da psoríase e as demais variáveis farmacoepidemiológicas da população paranaense com psoríase.

3.2 Objetivos específicos

3.2.1 Identificar as características sociodemográficas dos participantes;

3.2.2 Avaliar a história social dos participantes;

3.2.3 Identificar as comorbidades associadas;

3.2.4 Avaliar aspectos clínicos e humanísticos da psoríase;

3.2.5 Identificar os tratamentos utilizados;

3.2.6 Avaliar a adesão aos tratamentos utilizados;

3.2.7 Avaliar as correlações entre a gravidade da doença e as variáveis sociodemográficas e de história social;

3.2.8 Avaliar as correlações entre a gravidade da psoríase e as demais variáveis clínicas e humanísticas da doença;

3.2.9 Avaliar as correlações entre a gravidade da psoríase e as variáveis relacionadas ao tratamento da doença.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipo de pesquisa, período e local

Foi realizado estudo de corte transversal, utilizando-se dados dos pacientes que se enquadraram nos critérios de inclusão e concordaram com o Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE) no período de 28 de janeiro de 2022 até 09 de dezembro de 2022 atendidos nos seguintes locais:

- Hospital Santa Casa de Curitiba - Departamento de Dermatologia;
- Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário Evangélico Mackenzie;
- Ambulatório de Especialidades do Hospital Universitário (AEHU) da Universidade Estadual de Londrina;

4.2 Amostra

Fizeram parte do estudo 133 participantes. O recrutamento foi realizado aleatoriamente, de forma indireta, por meio de cartazes divulgando a pesquisa, respeitando os preceitos éticos.

4.3 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos indivíduos voluntários de ambos os sexos, que concordaram com o Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE) e apresentaram as seguintes características: psoríase em qualquer nível de atividade, diagnosticada usando critérios clínicos padronizados e/ou laudo laboratorial de anatomia patológica confirmatório.

Não foram considerados no estudo pacientes menores de 18 anos e indígenas.

4.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados por médicos residentes em dermatologia por meio de entrevista após consulta de rotina utilizando formulário previamente testado e desenvolvido exclusivamente para o estudo (APÊNDICE I), nos centros coparticipantes. A média do tempo para aplicação do questionário foi de 25 minutos.

Os seguintes dados foram coletados:

- Informações sociodemográficas:
 - Sexo;
 - Idade;
 - Cor ou raça;
 - Estado conjugal atual;
 - Escolaridade;
 - Renda familiar.

- História social e comorbidades:
 - Consumo de álcool;
 - Consumo de tabaco;
 - Prática de exercícios físicos;
 - Comorbidades associadas.

- Características clínicas e humanísticas da psoríase:
 - Idade de início da doença;
 - Tempo para confirmação do diagnóstico;
 - Especialidade médica responsável pelo diagnóstico;
 - Histórico familiar da psoríase;
 - Histórico da quantidade de serviços de saúde para atendimento;
 - Localização das lesões;
 - Avaliação da prurido nas lesões;
 - Avaliação e caracterização da dor;
 - Avaliação e caracterização da deformação nas articulações;
 - Avaliação e caracterização das alterações nas unhas;
 - Avaliação e caracterização das alterações na região genital;
 - Avaliação e caracterização das alterações no couro cabeludo;
 - Avaliação e caracterização das alterações na região palmo-plantar;
 - Índice de gravidade da área de psoríase - Psoriasis Area Severity Index (PASI);
 - Impacto da psoríase na qualidade de vida dos pacientes - Dermatology Life Quality Index (DLQI).

- Informações referentes ao tratamento da psoríase:
 - Tratamentos utilizados;

Fonte da prescrição/indicação dos tratamentos;
Identificação das dificuldades para o tratamento;
Histórico de desistência dos tratamentos;
Adesão ao tratamento (Morisky-Green);
Satisfação com o tratamento.

4.5 Organização e apresentação dos dados

4.5.1 Índice de massa corporal (IMC)

O IMC foi calculado dividindo-se o peso (em kg) pelo quadrado da altura (em metros) de cada participante.

A classificação do IMC foi realizada de acordo com o determinado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS):

Muito abaixo do peso: $IMC < 17$;
Abaixo do peso: IMC entre 17 e 18,49;
Peso normal: IMC entre 18,5 e 24,99;
Acima do peso: IMC entre 25 e 29,99;
Obesidade grau I: IMC entre 30 e 34,99;
Obesidade grau II (Severa): IMC entre 35 e 39,99;
Obesidade grau III (Mórbida): $IMC \geq 40$.

4.5.2 Gravidade da psoríase - Psoriasis Area and Severity Index (PASI)

Por meio da avaliação clínica considerando eritema, infiltração, descamação e área acometida, o escore do PASI pode variar de 0 a 72. A psoríase foi classificada como leve quando a somatória foi menor ou igual a 5 pontos, moderada quando o resultado se apresentou entre 5,1 e 16,9 e grave quando o PASI foi igual ou superior a 17 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

4.5.3 Qualidade de vida dos pacientes - Dermatology Life Quality Index (DLQI)

Levando em conta as 10 perguntas do instrumento, o escore pode variar de 0 a 30 pontos. A classificação da qualidade de vida com base na somatória dos pontos foi realizada da seguinte forma:

0 – 1: nenhum impacto na vida do paciente;

- 2 – 5: pequeno impacto na vida do paciente;
- 6 – 10: impacto moderado na vida do paciente;
- 11 – 20: impacto muito grande na vida do paciente;
- 21 – 30: impacto extremamente grande na vida do paciente.

4.5.4 Adesão ao tratamento (Morisky-Green)

Com base no registro das respostas dos participantes às quatro questões do instrumento, a classificação foi realizada de acordo com Morisky et al. (2008):

- Alta adesão: nenhuma questão positiva;
- Moderada adesão: 1 resposta positiva;
- Moderada adesão: 2 respostas positivas;
- Baixa adesão: 3 respostas positivas;
- Baixa adesão: 4 respostas positivas.

4.6 Análise dos resultados

Com o objetivo de descrever e resumir os dados, inicialmente foi realizada análise estatística descritiva. Posteriormente sucedeu-se com o teste de Shapiro-Wilk e Shapiro-Francia para verificar a distribuição da variável dependente (gravidade da psoríase). Para a avaliação das correlações foi utilizada a correlação de Spearman. O APÊNDICE 2 traz o roteiro de análise estatística do estudo.

4.7 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (SCS/UFPR) sob o parecer de número 4.294.864 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 36106820.1.0000.0102. A autorização para coleta de dados nos centros coparticipantes: Hospital Santa Casa de Curitiba - Departamento de Dermatologia, Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário Evangélico Mackenzie e Ambulatório de Especialidades do Hospital Universitário (AEHU) da Universidade Estadual de Londrina foi oficializada por meio de análise prévia do projeto, considerando aspectos metodológicos e éticos, e parecer favorável da Diretoria superintendente e dos comitês de ética dos estabelecimentos.

5 RESULTADOS

5.1 Perfil sociodemográfico dos participantes

O estudo contou com 133 participantes e representatividade semelhante entre os sexos. No geral a maioria dos participantes era adulto, branco, casado(a) legalmente, com 2º Grau, Colégio, Técnico, Normal, Científico, Ensino Médio ou Supletivo de 2º Grau completo e renda familiar de 2 salários mínimos.

A média da idade foi de 55,09 anos \pm 12,54 (variando de 25 a 83 anos).

Tabela 6 - Perfil sociodemográfico dos participantes do estudo Pso.PAR , 2023.

	(n)	(%)
Sexo		
Masculino	71	53,38
Feminino (não gestante)	58	43,61
Feminino (gestante)	4	3,01
Idade		
Adultos*	80	60,15
Idosos**	53	39,85
Cor ou raça		
Branca	88	66,17
Parda	38	28,57
Preta	7	5,26
Estado conjugal		
Casado(a) legalmente	84	63,16
Solteiro(a)	18	13,53
Em união estável há mais de seis meses	12	9,02
Viúvo(a)	12	9,02
Separado(a) ou divorciado(a)	7	5,26
Escolaridade		
Curso Primário	5	3,76
Curso Ginásial ou Ginásio	4	3,01
1º Grau, Fundamental ou Supletivo de 1º Grau	38	28,57
2º Grau, Colégio, Técnico, Normal, Científico, Ensino Médio ou Supletivo de 2º Grau	57	42,86
3º Grau ou Curso Superior	22	16,54
Pós-graduação: especialização, mestrado, doutorado	2	1,50
Nunca estudou	3	2,26
Não soube responder	2	1,50
Renda familiar		
Menor que 1 salário mínimo	2	1,50
1 salário mínimo	25	18,80
2 salários mínimos	46	34,59
3 salários mínimos	22	16,54
4 salários mínimos	19	14,29
5 a 10 salários mínimos	12	9,02

Nota: *Pacientes de 25-59 anos;**Pacientes com 60 anos ou mais.

5.2 História social e comorbidades

Tabela 7 - História social dos participantes do estudo Pso.PAR, 2023.

	(n)	(%)
Consumo de álcool		
Nunca consumiu bebida alcoólica	49	36,84
Já consumiu no passado mas não consome mais	3	2,26
Menos de 1 dia por mês	17	12,78
Menos de 1 dia por semana	18	13,53
1 a 2 dias por semana	32	24,06
3 a 4 dias por semana	6	4,51
5 a 6 dias por semana	2	1,5
Todos os dias	6	4,51
Consumo de tabaco		
Consome diariamente	16	12,03
Já fumou mas não fuma mais	39	29,32
Nunca fumou	78	58,65
Prática de exercícios físicos		
Não pratica	96	72,18
1 a 2 dias por semana	12	9,02
3 a 4 dias por semana	10	7,52
5 a 6 dias por semana	6	4,51
Todos os dias	9	6,77

Dos 133 participantes, 128 informaram peso e altura. A média do Índice de massa corporal (IMC) foi de $29,39 \pm 4,76$.

Tabela 8 - Comorbidades dos participantes do estudo Pso.PAR, 2023.

	(n)	(%)
Índice de massa corporal (IMC)		
Peso normal	21	16,41
Acima do peso	53	41,41
Obesidade I	40	31,25
Obesidade II (Severa)	11	8,59
Obesidade III (Mórbida)	3	2,34
Hipertensão		
Sim	57	42,86
Não	76	57,14
Diabetes		
Sim	28	21,05
Não	97	72,93
Pré-diabetes	8	6,02
Dislipidemia		
Sim	73	54,89
Não	60	45,11
Depressão*		
Ausência de depressão	87	65,41
Depressão leve	33	24,81
Depressão moderada	9	6,77
Depressão moderadamente grave	2	1,50
Depressão grave	2	1,50

Nota: *rastreamento realizado por meio do instrumento PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9).

5.3 Aspectos clínicos e humanísticos da psoríase

5.3.1 Classificação da psoríase

A tabela 9 demonstra os resultados da classificação da psoríase dos 133 participantes.

Tabela 9 - Classificação da psoríase dos participantes do estudo Pso.PAR, 2023.

	(n)	(%)
Placas	124	93,23
Gutata	2	1,50
Eritrodérmica	2	1,50
Placas, Invertida	2	1,50
Pustulosa	1	0,75
Invertida	1	0,75
Placas, Pustulosa	1	0,75

5.3.2 Gravidade da psoríase

Por meio da avaliação clínica utilizando o PASI, 65,41% (87/133) dos participantes tiveram sua psoríase classificada como leve; 24,06% (32/133) como moderada e 10,53% (14/133) como grave.

A média da gravidade da psoríase, avaliada pelo próprio paciente, considerando um escore de 0 a 10 foi de $4,06 \pm 3,09$.

5.3.3 Características gerais

A idade média de início da psoríase dos participantes foi de $37,53 \pm 15,13$ anos (n=132). Um participante relatou não lembrar a idade de início da psoríase.

O médico dermatologista foi o profissional responsável por 82,71% dos diagnósticos (110/133), o clínico geral por 12,78% (17/133), o médico da família por 2,26% (3/133) enquanto o reumatologista e o pediatra foram igualmente responsáveis por 0,75% (1/133) dos diagnósticos.

A média de crises por ano foi de $1,40 \pm 1,60$ (n=133). Houve relato de episódios de internação devido as crises da psoríase por 9,7% (13/133) dos participantes.

Dos 133 participantes, 62,41% (83/133) nunca ficou assintomático com a psoríase, enquanto 37,59% (50/133) já tiveram períodos sem lesões.

5.3.4 Histórico familiar

A média de familiares também com psoríase foi de $0,73 \pm 1,04$ ($n=133$). A tabela 10 mostra os resultados referentes as quantidades de familiares com psoríase.

Tabela 10 - Quantidade de familiares com psoríase dos participantes do estudo Pso.PAR, 2023.

	(n)	(%)
Nenhum familiar	78	58,65
1 familiar	25	18,80
2 familiares	21	15,79
3 familiares	7	5,26
4 familiares	1	0,75
5 familiares	1	0,75

5.3.5 Histórico de atendimento

A média de serviços de atendimento médico visitados pelos participantes em busca do tratamento para a psoríase foi de $3,07 \pm 3,00$, variando de 1 até mais de 10 serviços.

A maioria dos participantes declarou realizar consulta de acompanhamento da psoríase quatro vezes ao ano. A tabela 11 demonstra os resultados da frequência de comparecimento a serviços médicos para o acompanhamento da psoríase.

Tabela 11 - Frequência de consultas de acompanhamento dos participantes do estudo Pso.PAR, 2023.

	(n)	(%)
Uma vez ao ano	1	0,75
Duas vezes ao ano	11	8,27
Três vezes ao ano	21	15,79
Quatro vezes ao ano	84	63,16
Cinco ou mais vezes ao ano	14	10,53
Uma vez a cada três anos	1	0,75
Não foi ao médico nos últimos três anos	1	0,75

5.3.6 Localização da psoríase

A tabela 12 traz os resultados referentes a localização da psoríase.

Tabela 12 - Localização da psoríase nos participantes do estudo Pso.PAR, 2023.

	(n)	(%)
Sem lesão atual devido ao tratamento	17	12,78
Pele	32	24,06
Pele e couro cabeludo	20	15,04
Palmo-plantar	8	6,02
Pele, unhas	6	4,51
Pele, Articulação	6	4,51
Pele, unhas e couro cabeludo	6	4,51
Pele, couro-cabeludo, genital	4	3,01
Pele, Articulação, couro cabeludo	4	3,01

Unhas	3	2,26
Pele, Articulação, unhas	3	2,26
Pele, Articulação, couro cabeludo, genital	3	2,26
Couro cabeludo	2	1,50
Pele, genital	2	1,50
Unhas, palmo-plantar	2	1,50
Pele, palmo-plantar	2	1,50
Pele, unhas, palmo-plantar	2	1,50
Pele, Articulação, palmo-plantar	2	1,50
Pele, unhas, couro cabeludo, genital, palmo-plantar	2	1,50
Articulação	1	0,75
Articulação, unhas, couro cabeludo	1	0,75
Unhas, couro cabeludo, palmo-plantar	1	0,75
Pele, unhas, couro cabeludo, genital	1	0,75
Pele, unhas, couro cabeludo, palmo-plantar	1	0,75
Pele, Articulação, couro cabeludo, palmo-plantar	1	0,75
Pele, Articulação, unhas, couro cabeludo, genital, palmo-plantar	1	0,75

5.3.7 Desconforto relacionado a psoríase

As áreas destacadas como causadoras de maior desconforto pelos participantes foram pele, couro cabeludo e palmo-plantar. A tabela 13 traz os resultados sobre a área de maior desconforto segundo relato do participante.

Tabela 13 - Área de maior desconforto segundo relato dos participantes do estudo Pso.PAR, 2023.

	(n)	(%)
Pele	78	58,65
Couro cabeludo	23	17,29
Palmo-plantar	13	9,77
Articulação	12	9,02
Genital	5	3,76
Unhas	2	1,50

5.3.8 Psoríase na pele

Houve relato de biópsia da pele para confirmação do diagnóstico da psoríase por 69,92% (93/133) dos participantes, enquanto que 29,32% (39/133) nunca realizou biópsia para confirmação. Um paciente relatou não lembrar a informação a respeito da biópsia.

O maior desconforto relatado pelos participantes com psoríase na pele foi a prurido. A média da classificação do prurido pelos participantes foi de $4,53 \pm 3,66$ (variando de 0 a 10). A tabela 14 traz os resultados referentes à classificação do maior incômodo da psoríase na pele.

Tabela 14 - Maior desconforto da psoríase na pele segundo relato dos participantes do estudo Pso.PAR, 2023.

	(n)	(%)
prurido	37	27,82
Descamação	29	21,80
Sofrer preconceito	23	17,29
Vermelhidão	11	8,27
Queimação, ardência	6	4,51
Localização ou tamanho da placa de psoríase	3	2,26
Sangramento	3	2,26
Dor	2	1,50
Falta de sono	2	1,50
Medo de se relacionar com um parceiro ou iniciar novas relações	1	0,75
Nada incomoda	12	9,02
Não tem psoríase na pele	4	3,01

5.3.9 Psoríase nas articulações

Sobre ter sido informado do diagnóstico de psoríase nas articulações por um médico, 32,33% (43/133) confirmaram o recebimento do diagnóstico; 66,92% não receberam a informação/diagnóstico e um paciente não se lembrava.

O edema nos dedos foi relatado por 9,77% (13/133) dos participantes. Já a deformação nas articulações foi evidenciada em 11,28% (15/133) dos participantes. O maior problema relatado pelos participantes com deformação nas articulações foi relacionado a atividades diárias (tarefas domésticas, dirigir um carro, carregar objetos). A ocorrência de dor nas articulações foi relatada por 39,10% (52/133) dos participantes; 54,89% (73/133) não apresentavam dor nas articulações e 6,02% (8/133) relataram não apresentar devido ao tratamento.

A ausência de dor foi relatada por 19,55% (26/133) dos participantes; a dor matinal foi relatada por 40,6% (54/133) dos participantes; a dor noturna por 15,79% (21/133) e no período da tarde por 9,77% (13/133). Já a dor persistente por todo o tempo foi evidenciada em 14,29% (19/133) dos participantes.

A tabela 15 traz os resultados referentes a identificação das articulações doloridas ou deformadas.

Tabela 15 - Identificação das articulações doloridas ou deformadas dos participantes do estudo Pso.PAR, 2023.

	(n)	(%)
Nenhuma articulação	90	67,67
Dedos das mãos	8	6,02
Dedos dos pés	4	3,01
Joelhos	4	3,01
Punhos	3	2,26

Calcanhares	2	1,50
Coluna	2	1,50
Ombros	2	1,50
Tornozelos	2	1,50
Dedos das mãos, dedos dos pés	2	1,50
Pescoço	1	0,75
Joelhos, Tornozelos	1	0,75
Joelhos, ombros	1	0,75
Joelhos, punho	1	0,75
Coluna, joelhos	1	0,75
Coluna, dedos das mãos	1	0,75
Coluna, dedos das pés, joelhos, tornozelos	1	0,75
Coluna, Cotovelos, Dedos mãos	1	0,75
Dedos das mãos, joelhos, tornozelos	1	0,75
Dedos das mãos, joelhos, punho, tornozelos	1	0,75
Dedos das mãos, dedos pés, punho, tornozelos	1	0,75
Coluna, joelhos, ombro, pescoço, tornozelos	1	0,75
Coluna, cotovelos, dedos das mãos, punho, tornozelos	1	0,75
Coluna, dedos das mãos, dedos dos pés, pescoço, punho	1	0,75

Quanto a ordem de aparecimento, quando da ocorrência de psoríase de pele concomitantemente com a psoríase nas articulações, 33,83% (45/133) informaram que a psoríase na pele surgiu primeiro; 3,01% (4/133) que a psoríase nas articulações-articulação apareceu primeiro e 2,26% (3/133) que os dois subtipos surgiram juntos.

5.3.10 Psoríase ungueal

O diagnóstico da psoríase ungueal por meio da informação de um médico foi relatado por 43,61% (58/133) dos participantes, enquanto que o restante informou nunca ter recebido o diagnóstico. A confirmação por meio de *Clipping* ou biópsia foi realizado por 15,04% (20/133).

Com relação a alteração das unhas, a média de unhas alteradas foi de $1,76 \pm 3,57$ por participante; 42,11% (56/133) dos participantes não apresentavam as unhas alteradas; 25,56% (34/133) relacionou a não alteração das unhas devido ao tratamento; 13,53% (18/133) apresentavam as unhas das mãos alteradas; 10,53% (14/133) apresentavam alterações nas unhas dos pés e 8,27% (11/133) em ambas (mãos e pés).

Quando questionados sobre o maior incômodo da psoríase ungueal, 13,53% (18/133) informaram não apresentar nenhum incômodo; 14,29% (19/133) declararam que o maior incômodo é a vergonha de mostrar as mãos ou pés; 9,02% (12/133) que é a dificuldade com as atividades diárias; 3,76% (5/133) sofrer preconceito e 1,5% (2/133) o desconforto em ir a manicure.

Sobre a ordem de aparecimento da psoríase ungueal e nas articulações, 12,03% (16/133) relataram que a psoríase ungueal surgiu primeiro; 9,77% (13/133) que a psoríase nas articulações apareceu primeiro e 1,50% (2/133) que os subtipos surgiram ao mesmo tempo.

5.3.11 Psoríase genital

A ocorrência de psoríase genital foi referida por 24,81% (33/133) dos participantes. A tabela 16 apresenta os resultados referentes as maiores causas de desconforto relatadas pelos pacientes com psoríase genital.

Tabela 16 - Desconfortos decorrentes da psoríase genital nos participantes do estudo Pso.PAR, 2023.

	(n)	(%)
Prurido na área afetada	19	57,58
Dor no ato sexual	11	33,33
Vergonha de se relacionar com um parceiro ou iniciar novas relações	9	27,27
Sangramento	7	21,21
Desconforto ao se despir na frente de outra pessoa	5	15,15
Desconforto ao ser tocado por alguém	5	15,15
Medo de se relacionar com um parceiro ou iniciar novas relações	3	9,09
Sofrer preconceito	2	6,06
Nenhum incômodo	6	18,18

Nota: o participante poderia relatar mais de uma alternativa relacionada a causa do desconforto.

5.3.12 Psoríase no couro cabeludo

A psoríase no couro cabeludo foi relatada por 61,65% (82/133) dos participantes. A tabela 17 apresenta os resultados referentes aos maiores desconfortos relatados pelos pacientes com psoríase no couro cabeludo.

Tabela 17 - Desconfortos decorrentes da psoríase no couro cabeludo nos participantes do estudo Pso.PAR, 2023.

	(n)	(%)
Vergonha da descamação e sujar a roupa, evita usar roupas escuras	52	63,41
Prurido na área afetada	48	58,54
Sofrer preconceito	35	42,68
Desconforto em ir ao barbeiro ou no cabeleireiro	25	30,49
Sangramento	19	23,17
Dor na área afetada	8	9,76
Medo de se relacionar com um parceiro ou iniciar novas relações	5	6,10
Desconforto ao ser tocado por alguém	4	4,88
Nenhum incômodo	8	9,76

Nota: o participante poderia relatar mais de uma alternativa relacionada a causa do desconforto.

5.3.13 Psoríase palmo plantar

A psoríase palmo plantar foi relatada por 21,80% (29/133) dos participantes. A tabela 18 apresenta os resultados referentes as maiores causas de desconforto relatadas pelos pacientes com psoríase palmo-plantar.

Tabela 18 - Desconfortos decorrentes da psoríase palmo-plantar nos participantes do estudo Pso.PAR, 2023.

	(n)	(%)
Prurido na área afetada	13	44,83
Dor na área afetada	13	44,83
Dificuldade com as atividades diárias	11	37,93
Sofrer preconceito	9	31,03
Vergonha de se relacionar com um parceiro ou iniciar novas relações	5	17,24
Dificuldade para praticar esportes	4	13,79
Desconforto em ir a manicure	4	13,79
Sangramento	4	13,79
Medo de se relacionar com um parceiro ou iniciar novas relações	3	10,34
Desconforto ao ser tocado por alguém	3	10,34
Nenhum incômodo	5	17,24

Nota: o participante poderia relatar mais de uma alternativa relacionada a causa do desconforto.

5.3.14 Impacto da psoríase na qualidade de vida do paciente

A tabela 19 demonstra os resultados referentes ao impacto da psoríase na qualidade de vida do paciente.

Tabela 19 - Impacto da psoríase na qualidade de vida dos participantes do estudo Pso.PAR, 2023.

	(n)	(%)
Nenhum impacto	64	48,12
Pequeno impacto	34	25,56
Impacto moderado	12	9,02
Impacto muito grande	18	13,53
Impacto extremamente grande	5	3,76

5.4 Tratamento da psoríase

5.4.1 Tratamento tópico

Um dos pacientes não se lembrou se realizava tratamento tópico e 18,8% (25/133) relatou que não realizava nenhum tratamento tópico. Os demais participantes (107/133) realizavam algum tipo de tratamento tópico. O uso de corticoides por via tópica foi o tratamento mais relatado. A tabela 20 traz os resultados referentes aos tratamentos tópicos utilizados pelos participantes.

Tabela 20 - Tratamentos tópicos utilizados pelos participantes do estudo Pso.PAR, 2023.

	(n)	(%)
Corticoide	81	75,70
Calcipotriol	41	38,32
Ácido salicílico	15	14,02
Hidratante comum	10	9,35
Coaltar ou LCD (Licor Carbonis Detergents)	6	5,61
Ureia	5	4,67
Tacrolimus ou Pimecrolimus	1	0,75
Xampu anticaspa	1	0,75
Fórmula manipulada (silicone 5% + osu 5% + ceramidas 5%)	1	0,75

Dos 133 participantes, 52,63% relataram nunca ter utilizado um tratamento tópico receitados/indicados por profissionais não médicos. A tabela 21 apresenta os resultados das fontes de prescrição/indicação dos tratamentos tópicos realizadas por não médicos.

Tabela 21 - Fontes de prescrição/indicação dos tratamentos tópicos realizadas por não médicos utilizados pelos participantes do estudo Pso.PAR, 2023.

	(n)	(%)
Já usou indicados por amigos ou familiares que não são profissionais de saúde	47	74,60
Já usou indicados/receitados por farmacêuticos	26	41,47
Já usou indicados/receitados por enfermeiros	2	3,17
Não se lembrou	1	1,59

5.4.2 Fototerapia

Relataram a não realização de fototerapia 92,48% (123/133) dos participantes. A realização de PUVA foi relatada por 2,26% (3/133) e 5,26% (7/133) não lembravam se realizavam ou não fototerapia para o tratamento da psoríase.

5.4.3 Medicamentos sistêmicos clássicos

Relataram a não utilização de medicamentos sistêmicos clássicos 63,16% (84/133) dos participantes. A tabela 22 apresenta os resultados dos medicamentos sistêmicos clássicos utilizados.

Tabela 22 - Medicamentos sistêmicos clássicos utilizados participantes do estudo Pso.PAR, 2023.

	(n)	(%)
Metotrexato (MTX)	28	57,14
Acitretina	14	28,57
Ciclosporina	4	8,16
Corticóide	3	6,12
Leflunomida	2	4,08
8-metoxipsoraleno (8-mop)	1	2,04

Dos 133 participantes, 92,48% relataram nunca ter utilizado medicamentos sistêmicos clássicos prescritos/indicados por profissionais não médicos. Dos que já utilizaram tratamentos prescritos/indicados por não médicos, 80% (8/10) já usou um medicamento sistêmico clássico indicado por amigos ou familiares que não são profissionais de saúde e 20% já usou prescrito/indicado por farmacêuticos.

5.4.4 Imunobiológicos

Dos 133 participantes, 53,38% (71/133) relataram não fazer uso de imunobiológicos. A tabela 23 apresenta os resultados dos imunobiológicos utilizados pelos participantes.

Tabela 23 - Imunobiológicos utilizados participantes do estudo Pso.PAR, 2023.

	(n)	(%)
Secuquinumabe	23	37,10
Adalimumabe	22	35,48
Ustequinumabe	11	17,74
Etanercept	2	3,23
Risanquizumabe	2	3,23
Infliximabe	1	1,61
Ixequizumabe	1	1,61

5.4.5 Tratamentos alternativos

Dos 133 participantes, 73,68% (98/133) relataram nunca ter realizado tratamentos alternativos. Um dos pacientes não se lembrava se já havia ou não realizado esse tipo de tratamento. A tabela 24 apresenta os tratamentos alternativos já utilizados pelos participantes.

Tabela 24 - Tratamentos alternativos já utilizados pelos participantes do estudo Pso.PAR, 2023.

	(n)	(%)
Chás medicinais	19	55,88
Banhos de ervas	12	35,29
Homeopatia	8	23,53
Acupuntura	6	17,65
Tratamento religioso	4	11,76
Babosa	4	11,76
Autotransusão de sangue	3	8,82
Ozonioterapia	1	2,94
Banho de vulcão	1	2,94
Oleo de melaleuca (unha)	1	2,94

Sobre o resultado mediante os tratamentos alternativos, 58,33% (21/36) dos participantes relatou que não percebeu melhora da psoríase com o tratamento utilizado. A

melhora com o tratamento alternativo foi relatada por 36,11% (13/36) e 5,56% (2/36) não soube responder se com o tratamento houve ou não a melhora da psoríase.

5.4.6 Interrupção do tratamento

A maioria dos participantes, 75,94% (101/133), relatou nunca ter interrompido o tratamento para a psoríase; 23,31% (31/133) já iniciou algum tipo de tratamento e desistiu/interrompeu. Um dos participantes não se lembrava se já havia desistido/interrompido ou não o tratamento. A tabela 25 apresenta os motivos pelos quais os participantes desistiram/interromperam os tratamentos.

Tabela 25 - Motivos de desistência/interrupção dos tratamentos pelos participantes do estudo Pso.PAR, 2023.

	(n)	(%)
Sentiu-se mal com o tratamento	14	45,16
A psoríase não melhora com nada	13	41,94
Está cansado(a) de tratar	4	12,90
Não acredita mais em tratamento para psoríase	3	9,68
Não soube responder o motivo	3	9,68
Não tem dinheiro para o tratamento	2	6,45

5.4.7 Adesão ao tratamento

A tabela 26 apresenta os resultados relacionados a adesão ao tratamento para psoríase dos participantes.

Tabela 26 - Adesão ao tratamento pelos participantes do estudo Pso.PAR, 2023.

	(n)	(%)
Alta adesão (0 pontos)	66	49,62
Moderada adesão (1 ponto)	42	31,58
Moderada adesão (2 pontos)	22	16,54
Baixa adesão (3 pontos)	3	2,26

5.4.8 Satisfação com o tratamento

A tabela 27 apresenta os resultados relacionados a satisfação com o tratamento atual para a psoríase.

Tabela 27 - Satisfação com o tratamento para a psoríase pelos participantes do estudo Pso.PAR, 2023.

	(n)	(%)
Muito satisfeito	45	33,83
Satisfeito, mas não completamente	58	43,61
Não está satisfeito	28	21,05
Não soube responder	2	1,50

5.4.9 Correlações entre a gravidade da psoríase e as variáveis sociodemográficas e de história social

Houve correlação positiva entre a gravidade da psoríase (PASI) e Tabagismo, Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Tratamento para HAS. O coeficiente de correlação foi de 0,101; 0,183 e 0,137 respectivamente. Ou seja, considerando o coeficiente de determinação (rs^2), 1,02% do aumento do PASI pode estar correlacionado com tabagismo dos participantes; 3,35% pelo fato do participante apresentar HAS e 1,88% pelo tratamento para HAS.

A análise interváveis sociodemográficas e de história social envolvendo comorbidades demonstrou correlação positiva entre HAS e Diabetes mellitus (DM). O coeficiente de correlação foi de 0,402 ($rs^2= 16,16\%$). O mesmo foi observado entre DM e Dislipidemia (DSL), porém com um coeficiente de correlação de 0,280 ($rs^2= 7,84\%$).

A tabela 28 apresenta a matriz de correlação considerando a gravidade da psoríase e as variáveis sociodemográficas e de história social dos participantes do estudo Pso.PAR, 2023.

Tabela 28 – Matriz de correlação considerando a gravidade da psoríase e as variáveis sociodemográficas e de história social dos participantes do estudo Pso.PAR, 2023.

	PASI	Idade	Consumo de álcool	Atividades físicas	PHQ-9	Sexo	Estado conjugal atual	Escolaridade	Renda familiar	IMC	Tabagismo	HAS	Tratamento para HAS	DM	Tratamento para DM	DSL	Tratamento para DSL
PASI	1.000																
Idade	-0.081	1.000															
Consumo de álcool	-0.070	-0.081	1.000														
Atividades físicas	-0.031	-0.223	0.059	1.000													
PHQ-9	0.043	-0.063	0.122	0.039	1.000												
Sexo	-0.002	0.084	-0.351	-0.110	0.128	1.000											
Estado conjugal atual	-0.097	-0.026	-0.012	-0.096	0.025	0.031	1.000										
Escolaridade	0.090	0.005	0.027	0.022	-0.063	-0.102	-0.043	1.000									
Renda familiar	0.078	0.279	0.038	-0.015	0.003	-0.224	0.226	0.318	1.000								
IMC	0.061	-0.297	0.021	0.171	0.132	-0.067	-0.048	-0.071	-0.083	1.000							
Tabagismo	0.101	-0.116	0.020	0.169	0.013	-0.153	0.045	-0.054	-0.040	0.277	1.000						
HAS	0.183	-0.046	-0.061	0.030	-0.052	-0.031	-0.041	-0.061	-0.016	0.210	0.159	1.000					
Tratamento para HAS	0.137	0.003	-0.019	0.035	-0.048	-0.057	-0.072	-0.022	-0.011	0.157	0.184	0.911	1.000				
DM	0.059	0.052	0.072	0.083	-0.009	0.004	-0.110	0.081	-0.028	0.168	-0.076	0.402	0.374	1.000			
Tratamento para Diabetes	0.064	0.023	0.084	0.081	-0.017	-0.036	-0.158	0.090	-0.037	0.099	-0.020	0.426	0.445	0.908	1.000		
DSL	0.005	0.009	-0.038	0.089	-0.018	-0.068	0.127	-0.078	-0.011	0.241	0.038	0.205	0.249	0.280	0.223	1.000	
Tratamento para DSL	0.039	0.122	0.001	0.003	-0.014	-0.056	0.066	-0.065	-0.033	0.179	0.104	0.233	0.304	0.420	0.382	0.628	1.000

Nota: PASI: Psoriasis Area and Severity Index; PHQ-9: Patient Health Questionnaire-9; IMC: Índice de massa corporal; HAS: Hipertensão arterial sistêmica; DM: Diabetes Mellitus; DSL: Dislipidemia.

5.4.10 Correlações entre a gravidade da psoríase e as variáveis clínicas e humanísticas

Houve correlação positiva entre a gravidade da psoríase (PASI) e a ocorrência de deformação nas articulações. O coeficiente de correlação foi de 0,138 ($rs^2= 1,90\%$). Por outro lado, a análise demonstrou correlação negativa (-0,133 e $rs^2= 1,77\%$) entre a gravidade da psoríase (PASI) e o número de familiares com psoríase.

A presença de edema nos dedos demonstrou correlação positiva com a dor nas articulações (0,369 e $rs^2= 13,61\%$). Em contrapartida a idade de início da psoríase demonstrou correlação negativa com a dor nas articulações (-0,220 e $rs^2= 4,84\%$). Ou seja, quanto menor a idade de início da doença, maior a possibilidade da relação de dor nas articulações apresentada pelo participante. Considerando o coeficiente de determinação (rs^2), 4,84% do aumento da dor pode estar relacionada com o fato da psoríase ter iniciado quando o paciente apresentava menor idade.

A tabela 29 apresenta a matriz de correlação considerando a gravidade da psoríase e as variáveis clínicas e humanísticas dos participantes do estudo Pso.PAR, 2023.

Tabela 29 - Matriz de correlação considerando a gravidade da psoríase e as variáveis clínicas e humanísticas dos participantes do estudo Pso.PAR, 2023.

PASI	Idade de início da psoríase	Tempo para diagnóstico	N de familiares com psoríase	N de visitas ao médico	prurido	Dor nas articulações	N de articulações doloridas	Edema nos dedos	Deformação das articulações	N de unhas alteradas	DLQI	Classificação da psoríase
1												
-0.0334	1											
-0.0256	-0.0285	1										
-0.1329	-0.1703	0.0364	1									
0.0116	-0.0197	0.1494	0.0952	1								
-0.0326	0.0891	0.0174	0.1332	-0.0185	1							
-0.0553	-0.2207	-0.0472	-0.0141	-0.1101	-0.1785	1						
-0.0271	-0.0549	-0.0589	0.0778	0.0785	0.2158	-0.3104	1					
0.0493	0.0376	0.0471	-0.1281	-0.0195	-0.0294	0.3686	-0.292	1				
0.1381	-0.0186	-0.1769	-0.0827	0.0452	-0.0276	-0.0365	0.0003	-0.0233	1			
0.0916	-0.0429	-0.0322	0.0349	-0.035	-0.0421	-0.0133	-0.0545	0.0768	0.0866	1		
0.0183	-0.0225	-0.1579	-0.0137	-0.0355	-0.0454	0.0517	0.0123	-0.056	0.0167	0.1144	1	
-0.0278	0.0726	0.0622	0.0776	-0.0704	0.0672	-0.0265	0.02	-0.0192	-0.0816	0.0163	0.2065	1

Nota: PASI: Psoriasis Area and Severity Index; N: número; DLQI: Dermatology Life Quality Index.

5.4.11 Correlações entre a gravidade da psoríase e as variáveis relacionadas ao tratamento

A análise demonstrou correlação negativa entre a gravidade da psoríase (PASI) e a adesão ao tratamento. O coeficiente de correlação foi de -0.102 ($rs^2=1,04\%$). Em contrapartida, houve correlação positiva entre a gravidade da psoríase (PASI) e o histórico de interrupção do tratamento (0.2444 e $rs^2=5,97\%$). Ou seja, $1,04\%$ do aumento do PASI pode estar relacionado com a falha na adesão ao tratamento e $5,97\%$ pelo histórico de interrupções do tratamento.

A análise interváveis relacionadas ao tratamento demonstrou correlação negativa entre o histórico de interrupção do tratamento e a adesão ao tratamento. O coeficiente de correlação foi de -0.3207 ($rs^2= 10,28\%$).

A tabela 30 apresenta a matriz de correlação considerando a gravidade da psoríase e as variáveis relacionadas ao tratamento dos participantes do estudo Pso.PAR, 2023.

Tabela 30 - Matriz de correlação considerando a gravidade da psoríase e as variáveis relacionadas ao tratamento dos participantes do estudo Pso.PAR, 2023.

	PASI	Satisfação com o tratamento	Adesão ao tratamento	Interrupção do tratamento
PASI	1			
Satisfação com o tratamento	-0.0208	1		
Adesão ao tratamento	-0.102	0.1208	1	
Interrupção do tratamento	0.2444	-0.0967	-0.3207	1

Nota: PASI: Psoriasis Area and Severity Index.

6 DISCUSSÃO

6.1 Perfil sociodemográfico, história social e comorbidades associadas

A amostra de participantes demonstrou representatividade semelhante entre homens e mulheres corroborando com os achados de Parisi et al. (2013) e Rachakonda, Schupp e Armstrong (2014) de que não há predileção de sexo para a psoríase.

Uma alta taxa de consumo de álcool, tabaco e sedentarismo foi apontada. O consumo excessivo de álcool e o tabagismo são considerados dentre os principais fatores predisponentes da psoríase em associação com o fator genético (ROMITI; CARVALHO; DUARTE, 2021).

Partindo do pressuposto de que o consumo de álcool e tabaco estavam associados ao risco aumentado de psoríase, Wei et al. (2022) por meio de um estudo utilizando randomização mendeliana demonstraram evidências causais do efeito do tabagismo na psoríase, mas não do álcool. Além disso, concluíram que a cessação tabágica pode ser útil para reduzir a ocorrência da psoríase. O presente estudo demonstrou correlação positiva entre a gravidade da psoríase e o tabagismo, inferindo que além de um fator de risco para o início da psoríase, o tabagismo também se apresenta como um possível fator de agravamento da condição.

Uma correlação positiva também foi detectada entre a gravidade da psoríase, a Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o tratamento para HAS. Sabe-se que o consumo de álcool, tabaco e o sedentarismo são considerados fatores de risco para doenças cardiovasculares, entre elas a hipertensão (BARROSO et al., 2021). Estudos epidemiológicos concluíram que há maior prevalência de HA ou elevação dos níveis pressóricos em indivíduos que realizavam o consumo de álcool. Somando-se a isso, foi confirmado que a redução da ingestão de álcool reduz a pressão arterial de maneira dose-dependente (FUCHS et al., 2001; ROERECKE et al., 2017).

Apesar de Wei et al. (2022) não encontrarem efeitos causais entre o consumo de álcool e a psoríase, a correlação positiva entre a gravidade da psoríase, a hipertensão e o consumo de álcool indica a associação entre os fatores e o aumento não só da hipertensão, mas também da gravidade da psoríase.

A associação entre a psoríase e obesidade, assim como a alta prevalência e incidência dessa comorbidade específica nos pacientes com psoríase já foi mostrada em estudos anteriores (ARMSTRONG; HARSKAMP; ARMSTRONG, 2012). O mecanismo dessa

associação não está muito bem esclarecido, mas acredita-se que os adipócitos produzem citocinas pró-inflamatórias que podem piorar a psoríase (COIMBRA et al., 2009).

A relação da hipertensão com o risco de incidência de psoríase foi alvo de um estudo de coorte de base populacional nacional de 11 anos contando com 256.356 adultos. O grupo com hipertensão apresentou maior risco de incidência de psoríase e a associação permaneceu significativa mesmo após ajuste para diabetes e dislipidemia, uso de medicamentos anti-hipertensivos e anti-inflamatórios não esteroides e fatores sociodemográficos (KIM et al., 2018).

As investigações da associação entre hipertensão e psoríase estão centradas principalmente nos efeitos relacionados à produção de angiotensina II na gordura visceral, no impacto que o aumento das espécies reativas de oxigênio (ROS) e o aumento sérico da endotelina-1 podem ter na função endotelial dos pacientes com psoríase (BONIFATI, ANNA MUSSI, MASSIMO CARDU, 1998; ARMSTRONG et al., 2011).

A psoríase foi associada ao aumento da glicemia, ao diabetes mellitus e a dislipidemia, fatores que compõe a síndrome metabólica. Ainda que o mecanismo fisiopatológico dessa associação não esteja totalmente claro, uma revisão sistemática, incluindo metanálise concluiu que pacientes psoriáticos tem maior propensão ao desenvolvimento de síndrome metabólica e conseqüentemente das comorbidades que compõe a síndrome (GRUNDY et al., 2005; JOSÉ; HERNEY ANDRÉS GARCÍA-PERDOMO, 2017). Com relação à dislipidemia, a psoríase foi associada ao aumento de triglicérides e de lipoproteína A e à redução do HDL (MIAO et al., 2019).

As comorbidades psiquiátricas são mais prevalentes em pacientes com psoríase (COHEN; MARTIRES; HO, 2016; GALILI et al., 2018; PARISI et al., 2018; MOLINA-LEYVA et al., 2019). O estado crônico inflamatório somado ao impacto psicossocial da doença propriamente dita são fatores considerados atualmente para explicar tal relação (GONZÁLEZ-PARRA; DAUDÉN, 2019).

Grande parte dos participantes deste estudo apresentaram problemas relacionados ao peso e comorbidades como hipertensão, diabetes, dislipidemia e a possibilidade de algum grau de depressão. Arnone et al. (2019) estimaram a prevalência de obesidade, hipertensão, diabetes, dislipidemia e depressão em 25,6%, 26,9%, 11,7%, 20,47% e 16%, respectivamente.

A associação entre psoríase e doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, doenças psiquiátricas, entre outras, foi recentemente descrita em um estudo epidemiológico (KAMPE et al., 2022). As diretrizes mais importantes que orientam as práticas clínicas no tratamento da psoríase já destacam as comorbidades como fatores fundamentais a serem considerados na

escolha terapêutica para o tratamento desses pacientes e no controle da psoríase. Entre os destaques estão a artrite psoriásica, doenças cardiovasculares, síndrome metabólica, doenças relacionadas à saúde mental dos pacientes, estilo de vida, doença inflamatória intestinal, malignidade, doença renal, apneia do sono, doença pulmonar obstrutiva crônica, uveíte e doença hepática (ELMETS et al., 2019; NAST et al., 2021). A ocorrência da associação entre psoríase e comorbidades na população brasileira ainda não foi previamente estabelecida por meio de estudos focados em comorbidades.

O estudo APPISOT, que avaliou pacientes de 11 estados brasileiros, mostrou que a gravidade da psoríase estava diretamente associada à presença de inatividade física e dor, ansiedade e depressão. Além disso, evidenciou-se que a qualidade de vida relacionada à saúde e a produtividade no trabalho eram inversamente proporcionais à gravidade da psoríase. Ou seja, quanto mais grave a psoríase, menor a qualidade de vida do paciente (ROMITI et al., 2018).

Em outro estudo, realizado em um hospital de referência no Rio de Janeiro, foi encontrada uma associação significativa entre psoríase e artrite psoriásica com maior risco cardiovascular, utilizando o Escore de Risco de Framingham (FRS). Apesar desses resultados, ainda não é possível determinar quais comorbidades são mais prevalentes e qual é o impacto clínico e humanístico dessas comorbidades em pacientes psoriáticos brasileiros (MAZZILLO et al., 2022).

A prevalência de comorbidades cardiovasculares, respiratórias e psiquiátricas nos participantes do presente estudo foi alta em contraste com a prevalência geral da população brasileira. Ao comparar os resultados dos pacientes psoriáticos no estudo com dados da última Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2019), indica-se uma incidência 1,6 vezes maior da obesidade, 1,8 vezes maior de hipertensão arterial em pacientes com psoríase (42,9% vs. 23,9%). O diabetes mellitus foi 2,7 vezes maior (21% x 7,7%) em comparação com a população em geral, enquanto o nível elevado de colesterol foi 3,8 vezes maior (54,9% x 14,6%) nos participantes. A possibilidade de algum grau de depressão, a comorbidade psiquiátrica mais frequentemente relatada, mostrou uma associação 3,4 vezes maior em pacientes com psoríase (34,59% vs. 10,2%).

Além dessas comorbidades, publicações recentes também chamam a atenção para a necessidade de atenção especial a outras comorbidades, incluindo aquelas associadas aos sistemas cutâneo, reprodutivo, oral e ocular, e embora não conheçamos claramente todos os mecanismos que ligam a psoríase às comorbidades, os estudos epidemiológicos são o primeiro passo para esclarecer essas relações.

Os resultados do Pso.PAR trazem prevalências muito maiores que o estimado, alertando para a necessidade de um maior cuidado relacionado às comorbidades destacadas, visto que são fatores que impactam na condição clínica da psoríase e consequentemente na qualidade de vida dos pacientes.

6.2 Aspectos clínicos e humanísticos da psoríase

Pouco mais de 40% dos participantes apresentaram pelo menos um familiar também com psoríase. O resultado se mostrou semelhante ao apresentado por López-Estebanz, Sánchez-Carazo e Sulleiro (2015) que usaram o achado para constatar a associação ao fator genético da doença.

O presente estudo trouxe como resultado a classificação da psoríase, em placas, dentro do estimado por Romiti, Carvalho e Duarte (2021). Ainda de acordo com Romiti, Carvalho e Duarte (2021), o prurido (prurido) é frequente e presente em mais de 80% dos casos, podendo envolver qualquer área do corpo. Neste estudo a prurido foi relatada pela maioria dos participantes como fator de maior incômodo nas mais diversas áreas de acometimento da doença. A prurido não apresentou correlação com a gravidade da psoríase. Tal fato pode ser explicado pelo escore de avaliação clínica da psoríase, o PASI, não considerar a prurido para classificação da gravidade. Ainda assim, a falta de correlação pode indicar que ela não se mostra mais frequente ou mais crítica em condições mais graves da doença e vice-versa.

Segundo Komiya et al. (2020) os fatores responsáveis pela prurido na psoríase permanecem desconhecidos. Sua ocorrência pode ser um resultado de interações complexas entre os sistemas nervoso, imunológico, neuroendócrino e vascular na patologia da psoríase e pode ser desencadeada ou exacerbada por estímulos externos, inflamação lesional e estresse psicológico. Além disso, os efeitos dos anti-histamínicos (antagonistas do receptor H1 da histamina) na prurido na psoríase são geralmente considerados limitados, o que dificulta o controle do principal desconforto relatado pelos participantes deste estudo.

A ocorrência de artrite psoriática (AP) no presente estudo atendeu ao presumido por Ranza et al. (2015), que verificaram a ocorrência da artrite psoriática em até 44% dos pacientes com psoríase. A correlação positiva entre a gravidade da psoríase e a ocorrência de deformação nas articulações encontrada neste estudo sugere que a deformação pode ser um preditivo de complicação da psoríase.

Mais da metade dos participantes demonstrou que a psoríase impacta diretamente na sua qualidade de vida em algum grau. Além do impacto físico, a psoríase pode trazer o sentimento de vergonha e rejeição ao paciente, refletindo negativamente nas relações sociais,

de autoimagem e autoestima. Rapp et al. (1999) em um estudo de avaliação da incapacidade causada pela psoríase, evidenciaram que pacientes com psoríase relataram redução no funcionamento físico e mental comparável à observada em outras doenças como câncer, artrite, hipertensão, doenças cardíacas, diabetes e depressão. Segundo Otuki et al. (2011) tão importante quanto controlar o avanço da doença é reduzir seus efeitos nocivos sobre a qualidade de vida do paciente, levando em conta parâmetros de bem-estar, ansiedade, depressão e limitações no trabalho, entre outros.

O resultado da gravidade da doença avaliada pelo paciente divergiu do avaliado pelo PASI. Isso demonstra que a inclusão da percepção do paciente não só quanto ao comprometimento da qualidade de vida, mas também da gravidade da psoríase pode contribuir na avaliação de cada caso, individualmente. A consideração da percepção do paciente e a avaliação da qualidade de vida, além da avaliação objetiva realizada pelo médico deve ser colocada em prática na busca de um parecer adicional sobre a eficácia terapêutica (MARTINS; ARRUDA; MUGNAINI, 2004).

6.3 Aspectos relacionados ao tratamento da psoríase

A melhora de 100% das lesões seria o objetivo ideal para a psoríase. Romiti, Carvalho e Duarte (2021), defendem que uma melhora de 75% no PASI deve ser aceita como clinicamente significativa.

No presente estudo a maioria dos participantes nunca ficaram assintomáticos com a psoríase, indicando que o alcance do objetivo ideal está longe de acontecer na prática. Além disso, o mal-estar com o tratamento, a falta de resultados e a descrença com os tratamentos foram evidenciados como as principais causas de abandono do tratamento. Isso pode explicar o fato de grande parte dos participantes apresentar algum descontentamento ou problema na satisfação com o tratamento. Hawkes et al. (2016) já referiam que até 70% com psoríase são insatisfeitos com o tratamento.

Romiti, Carvalho e Duarte (2021) discutem que a questão do não alcance das metas e da insatisfação do tratamento pelo paciente se deve a fatores que ainda não estão ao alcance dos profissionais responsáveis pelo cuidado ao paciente com psoríase. Os autores justificam as falhas ao não conhecimento da causa primária ou antígeno específico (endógeno ou exógeno) associado à maioria das formas de psoríase e aos tratamentos, que atualmente são realizados sem auxílio de biomarcadores preditores de resposta. Ainda considera que a chave para o alcance pleno dos objetivos está na evolução no campo da genética, como a identificação de novos *locus* de suscetibilidade e polimorfismos em vias importantes na

fisiopatologia da psoríase, e no campo da nutrigenômica, visto que novas evidências vêm demonstrando o papel de microRNAs nas doenças inflamatórias crônicas e a modulação por componentes da dieta podem contribuir no tratamento e controle da psoríase. Sendo assim, se faz necessário encontrar alternativas palpáveis para a resolução da falha terapêutica e do não alcance das expectativas do paciente perante ao tratamento.

Os resultados das correlações entre a gravidade da psoríase e variáveis relacionadas ao tratamento revelaram que a ocorrência de interrupção do tratamento em algum momento da vida dos participantes, contribuíram para um quadro mais grave de psoríase. Em contrapartida uma maior adesão ao tratamento demonstrou estar relacionada a menor gravidade clínica da doença.

Problemas relacionados com a adesão, assim como mostrado neste estudo, já vem sendo evidenciados e colocados como importantes fatores no insucesso da terapia e consequentemente do não alcance das metas terapêuticas. O não alcance da melhora clínica objetivada, além de gerar falha das expectativas e satisfação do paciente, como mencionado anteriormente, traz impacto significativo na qualidade de vida do paciente (ALSUBEEH et al., 2019; FELDMAN et al., 2019; WANG et al., 2020).

Somando-se ao mencionado, a falha na adesão traz um preocupante impacto econômico, associando-se ao aumento dos custos diretos e indiretos relacionados a doença pois está associada a um pior controle da doença, o que resulta na necessidade de um maior número de consultas de acompanhamento, maiores taxas de absentismo no trabalho ou na escola e em muitos casos, necessitando de opções terapêuticas mais dispendiosas. Sendo assim, a melhora da adesão está relacionada com a melhora do controle da psoríase. A não adesão ao tratamento pode ocorrer devido a fatores relacionados ao paciente, na relação do mesmo com o médico e também com o tratamento utilizado (PUIG; YÉLAMOS; ROS, 2015).

Dentre os fatores relacionados ao paciente, destacam-se: ser do sexo masculino, solteiro, estar desempregado e consumir excessivamente álcool e tabaco (ZAGHLOUL; GOODFIELD, 2004). O mal relacionamento entre o médico e o paciente também vêm sendo destacado como um importante fator. A perda de confiança durante o atendimento e a falta de pactuação e entendimento do paciente na escolha terapêutica resultam num impacto negativo na adesão (BEWLEY et al., 2013). Com relação ao tratamento utilizado, a ocorrência da não adesão é multifatorial. A não aceitação ou tolerabilidade do paciente perante a escolha terapêutica, as formas farmacêuticas empregadas que causam desconforto, o tempo gasto para a aplicação dos medicamentos tópicos, o medo dos efeitos adversos e o não alcance das expectativas pelo paciente, são pontos importantes que contribuem para esse problema

(BEWLEY; PAGE, 2011; BEWLEY et al., 2013; ROS; PUIG; JOSÉ MANUEL CARRASCOSA, 2014).

Wang et al. (2019) demonstraram que a adesão ao tratamento pelos pacientes com psoríase pode ser melhorada, com simples intervenções relacionadas à educação em saúde, trazendo impacto significativo para a melhora clínica, da qualidade de vida do paciente e na redução de gastos para o sistema de saúde.

Além da educação ao paciente, o envolvimento de uma equipe multidisciplinar no cuidado ao paciente, a cessação do consumo de álcool e tabaco, a psicoterapia, a melhora da relação entre o médico e o paciente, envolvendo não só a comunicação, mas a consideração das escolhas e expectativas do paciente com o tratamento são importantes para garantir a adesão. A escolha terapêutica considerando uma alternativa que facilite o uso pelo paciente, que demonstre eficácia, tenha baixo custo e o mínimo de efeitos adversos, somada ao acompanhamento farmacoterapêutico, também é considerada chave para o alcance pleno da adesão e conseqüentemente o controle da psoríase. Tais medidas podem impactar na melhora da qualidade de vida deste paciente e na redução de custos, tanto para o paciente quanto para o sistema de saúde (PUIG; JOSÉ MANUEL CARRASCOSA, 2014).

Portanto, voltar os olhares para medidas realistas, que estão ao alcance dos profissionais na prática atual, pode ser fundamental enquanto as chaves para a resolução dos problemas citada por Romiti, Carvalho e Duarte (2021) estão em evolução.

7 CONCLUSÃO

As variáveis do perfil sociodemográfico dos pacientes não apresentaram correlações significativas com a gravidade da psoríase. A alta taxa de consumo de álcool, tabaco e sedentarismo articuladamente com problemas relacionados ao peso e comorbidades como hipertensão, diabetes, dislipidemia e depressão foi evidenciada. Os fatores de riscos relacionados ao histórico social dos participantes apresentaram impacto negativo tanto no quadro clínico da psoríase quanto nas demais comorbidades, o que dificulta o controle da condição, aumenta a possibilidade do surgimento e/ou complicação das comorbidades associadas e consequentemente o impacto da doença na qualidade de vida dos pacientes, tal como o aumento dos gastos pelo sistema de saúde e pelo paciente.

O histórico familiar dos participantes consolidou o princípio do envolvimento genético da doença. A minoria dos pacientes teve a psoríase classificada como grave. Apesar disso, mais da metade demonstrou que a doença impacta em algum grau na qualidade de vida.

A gravidade da psoríase não apresentou correlação com o impacto na qualidade de vida dos participantes, demonstrando que a avaliação do quadro clínico deve ser individualizada e levar em conta além do aspecto clínico, os sinais e sintomas associados e ainda os aspectos humanísticos para melhor compreensão do nível de impacto da doença na qualidade de vida do paciente.

A falha tanto na adesão quanto na persistência demonstrou correlação com a gravidade da psoríase, expondo que não basta somente a correta seleção da terapia. Além da melhor seleção, é necessário colocar em prática a educação em saúde e o acompanhamento constante após início ou modificação da terapia.

Em síntese, concluiu-se com o presente estudo que o tabagismo, a hipertensão arterial sistêmica associada à psoríase, bem como o tratamento para hipertensão, a ocorrência de deformação nas articulações e o histórico de interrupção do tratamento contribuíram para um quadro mais grave de psoríase nos participantes. A gravidade não apresentou correlação com o impacto na qualidade de vida do paciente. Sendo assim, é importante que na prática clínica, haja o uso de ferramentas associadas para avaliação, visto que ainda não se tem disponível um instrumento de avaliação que contemple todos esses importantes fatores. Além disso, uma maior adesão ao tratamento demonstrou estar relacionada a menor gravidade clínica da doença, constatando a importância do seguimento farmacoterapêutico para o alcance das metas. Com a continuidade do projeto nos demais estados brasileiros e o aumento da amostra será possível determinar de forma mais robusta o comportamento dessas correlações.

REFERÊNCIAS

- ABUABARA, K. et al. Cause-specific mortality in patients with severe psoriasis: a population-based cohort study in the U.K. **British Journal of Dermatology**, v. 163, n. 3, p. 586–592, 13 jul. 2010.
- ALSUBEEH, N. et al. Treatment Adherence Among Patients with Five Dermatological Diseases and Four Treatment Types - a Cross-Sectional Study. **Patient Preference and Adherence**, v. Volume 13, p. 2029–2038, dez. 2019.
- AMATORE, F. et al. French guidelines on the use of systemic treatments for moderate-to-severe psoriasis in adults. **Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology**, v. 33, n. 3, p. 464–483, 22 fev. 2019.
- ARMSTRONG, A. W. et al. Psoriasis and Hypertension Severity: Results from a Case-Control Study. **PLoS ONE**, v. 6, n. 3, p. e18227, 29 mar. 2011.
- ARMSTRONG, A. W.; HARSKAMP, C. T.; ARMSTRONG, E. J. Psoriasis and the Risk of Diabetes Mellitus. **JAMA Dermatology**, v. 149, n. 1, p. 84, 1 jan. 2013.
- ARMSTRONG, A. W.; HARSKAMP, C. T.; ARMSTRONG, E. J. The association between psoriasis and hypertension. **Journal of Hypertension**, v. 31, n. 3, p. 433–443, mar. 2013.
- ARMSTRONG, A. W.; HARSKAMP, C. T.; ARMSTRONG, E. J. The association between psoriasis and obesity: a systematic review and meta-analysis of observational studies. **Nutrition & Diabetes**, v. 2, n. 12, p. e54–e54, dez. 2012.
- ARMSTRONG, A. W.; READ, C. Pathophysiology, Clinical Presentation, and Treatment of Psoriasis. **JAMA**, v. 323, n. 19, p. 1945, 19 maio 2020.
- ARNONE, M. et al. **Anais Brasileiros de Dermatologia - Diretrizes diagnósticas e terapêuticas da psoríase em placas – Sociedade Brasileira de Dermatologia***. Disponível em: <<http://www.anaisdedermatologia.com.br/detalhe-artigo/103233/Diretrizes-diagnosticas-e-terapeuticas-da-psoríase-em-placas-%E2%80%93-Sociedade-Brasileira-de-Dermatologia->>>. Acesso em: 29 set. 2023.
- BARROSO, W. K. S. et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 116, n. 3, p. 516–658, 25 mar. 2021.
- BEWLEY, A. et al. Identifying individual psychosocial and adherence support needs in patients with psoriasis: a multinational two-stage qualitative and quantitative study. v. 28, n. 6, p. 763–770, 13 mai 2013.
- BEWLEY, A.; PAGE, B. Maximizing patient adherence for optimal outcomes in psoriasis. **Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology**, v. 25, p. 9–14, 21 abr. 2011.
- BONIFATI, ANNA MUSSI, MASSIMO CARDU, C. Endothelin-1 levels are increased in sera and lesional skin extracts of psoriatic patients and correlate with disease severity. **Acta Dermato-Venereologica**, v. 78, n. 1, p. 22–26, 20 jan. 1998.

- BOYD, A. S.; MENTER, A. Erythrodermic psoriasis. Precipitating factors, course, and prognosis in 50 patients. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 21, n. 5 Pt 1, p. 985–991, 1 nov. 1989.
- BRANDRUP, F. et al. Psoriasis in monozygotic twins: variations in expression in individuals with identical genetic constitution. **Acta Dermato-Venereologica**, v. 62, n. 3, p. 229–236, 1982.
- CALLEN J.P.; KULP-SHORTEN C.L.; WOLVERTON S.E. Metotrexate. In: Wolverson SE, editor. **Comprehensive dermatologic drug therapy**. Philadelphia: WB Saunders Company; p. 147-164, 2001.
- CAMARGO, C. M. DOS S. et al. Isomorphic phenomenon of Koebner: Facts and controversies. **Clinics in Dermatology**, v. 31, n. 6, p. 741–749, nov. 2013.
- COHEN, B. E.; MARTIRES, K. J.; HO, R. S. Psoriasis and the Risk of Depression in the US Population. **JAMA Dermatology**, v. 152, n. 1, p. 73, 1 jan. 2016.
- COIMBRA, S. et al. Circulating levels of adiponectin, oxidized LDL and C-reactive protein in Portuguese patients with psoriasis vulgaris, according to body mass index, severity and duration of the disease. **Journal of Dermatological Science**, v. 55, n. 3, p. 202–204, 1 set. 2009.
- DIANI, M.; COZZI, C.; ALTOMARE, G. Heinrich Koebner and His Phenomenon. **JAMA Dermatology**, v. 152, n. 8, p. 919, 1 ago. 2016.
- DREIHER, J. et al. Psoriasis and chronic obstructive pulmonary disease: a case-control study. **British Journal of Dermatology**, v. 159, n. 4, p. 956–960, out. 2008.
- DUFFY, D. L.; SPELMAN, L. S.; MARTIN, N. G. Psoriasis in Australian twins. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 29, n. 3, p. 428–434, set. 1993.
- EGEBERG, A. et al. Increased risk of migraine in patients with psoriasis: A Danish nationwide cohort study. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 73, n. 5, p. 829–835, 1 nov. 2015.
- ELMETS, C. A. et al. Joint American Academy of Dermatology–National Psoriasis Foundation guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with phototherapy. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 81, n. 3, p. 775–804, set. 2019.
- FARBER, E. M.; NALL, M. L.; WATSON, W. Natural history of psoriasis in 61 twin pairs. **Archives of Dermatology**, v. 109, n. 2, p. 207–211, 1 fev. 1974.
- FARLEY, E.; MENTER, A. Psoriasis: comorbidities and associations. **Giornale Italiano Di Dermatologia E Venereologia: Organo Ufficiale, Societa Italiana Di Dermatologia E Sifilografia**, v. 146, n. 1, p. 9–15, 1 fev. 2011.
- FELDMAN, S. R. et al. **Treatment Adherence in Dermatology**. [s.l.] Springer Nature, 2019.

FINLAY, A. Y.; KHAN, G. K. Dermatology Life Quality Index (DLQI)-a simple practical measure for routine clinical use. **Clinical and Experimental Dermatology**, v. 19, n. 3, p. 210–216, maio 1994.

FUCHS, F. D. et al. Alcohol Consumption and the Incidence of Hypertension. **Hypertension**, v. 37, n. 5, p. 1242–1250, maio 2001.

GALILI, E. et al. Neuropsychiatric comorbidity among adolescents with psoriasis. **The British Journal of Dermatology**, v. 178, n. 4, p. 910–916, 1 abr. 2018.

GELFAND, J. M. et al. Risk of Myocardial Infarction in Patients With Psoriasis. **JAMA**, v. 296, n. 14, p. 1735, 11 out. 2006.

GERDES, S.; ROSTAMI-YAZDI, M.; MROWIETZ, U. Adipokines and psoriasis. **Experimental Dermatology**, v. 20, n. 2, p. 81–87, 21 jan. 2011.

Global report on psoriasis. Disponível em: <<https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241565189>>. Acesso em: 27 set. 2023.

GONZÁLEZ-PARRA, S.; DAUDÉN, E. Psoriasis y depresión: el papel de la inflamación. **Actas Dermo-Sifiliográficas**, v. 110, n. 1, p. 12–19, 1 jan. 2019.

GRUNDY, S. M. et al. Diagnosis and Management of the Metabolic Syndrome. **Circulation**, v. 112, n. 17, p. 2735–2752, 25 out. 2005.

HAWKES, J. E. et al. microRNAs in Psoriasis. **Journal of Investigative Dermatology**, v. 136, n. 2, p. 365–371, fev. 2016.

HE, Z. et al. Local inflammation occurs before systemic inflammation in patients with COPD. **Respirology**, v. 15, n. 3, p. 478–484, abr. 2010.

JACOBI, A.; MAYER, A.; AUGUSTIN, M. Keratolytics and Emollients and Their Role in the Therapy of Psoriasis: a Systematic Review. **Dermatology and Therapy**, v. 5, n. 1, p. 1–18, 21 jan. 2015.

JJARAVUTHISAN, M. M. et al. Psoriasis of the nail: Anatomy, pathology, clinical presentation, and a review of the literature on therapy. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 57, n. 1, p. 1–27, 1 jul. 2007.

JOSÉ, M.; HERNEY ANDRÉS GARCÍA-PERDOMO. Systematic review and meta-analysis of the association between psoriasis and metabolic syndrome. **Journal of The American Academy of Dermatology**, v. 77, n. 4, p. 657-666.e8, 1 out. 2017.

JUANQIN, G.; ZHIQIANG, C.; ZIJIA, H. Evaluation of the effectiveness of childhood generalized pustular psoriasis treatment in 30 cases. **Pediatric Dermatology**, v. 15, n. 2, p. 144–146, 1998.

KAMPE, T. et al. Prevalence of cardiovascular risk factors in patients with psoriasis. **Central European Journal of Public Health**, v. 30, n. Supplement, p. S05-S10, 27 jun. 2022.

KARACA, S. et al. Might psoriasis be a risk factor for obstructive sleep apnea syndrome? **Sleep and Breathing**, v. 17, n. 1, p. 275–280, 15 mar. 2012.

KAUSHIK, S. B.; LEBWOHL, M. G. Psoriasis: Which therapy for which patient. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 80, n. 1, p. 43–53, jan. 2019.

KIM, H.-N. et al. Hypertension and risk of psoriasis incidence: An 11-year nationwide population-based cohort study. **PLOS ONE**, v. 13, n. 8, p. e0202854, 24 ago. 2018.

KO, H.-C. et al. Clinical course of guttate psoriasis: Long-term follow-up study. **The Journal of Dermatology**, v. 37, n. 10, p. 894–899, 1 jun. 2010.

KOMIYA, E. et al. Molecular and Cellular Mechanisms of Itch in Psoriasis. **International Journal of Molecular Sciences**, v. 21, n. 21, 1 nov. 2020.

LARSABAL, M. et al. GENIPSO: a French prospective study assessing instantaneous prevalence, clinical features and impact on quality of life of genital psoriasis among patients consulting for psoriasis. **British Journal of Dermatology**, v. 180, n. 3, p. 647–656, nov. 2018.

LÓPEZ-ESTEBARANZ, J. L.; SÁNCHEZ-CARAZO, J. L.; SULLEIRO, S. Effect of a family history of psoriasis and age on comorbidities and quality of life in patients with moderate to severe psoriasis: Results from the ARIZONA study. **The Journal of Dermatology**, v. 43, n. 4, p. 395–401, 13 out. 2015.

MAHIL, S. K.; CAPON, F.; BARKER, J. N. Genetics of Psoriasis. **Dermatologic Clinics**, v. 33, n. 1, p. 1–11, jan. 2015.

MAMIZADEH, M.; TARDEH, Z.; AZAMI, M. The association between psoriasis and diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis. **Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews**, v. 13, n. 2, p. 1405–1412, mar. 2019.

MARSLAND, A. M.; GRIFFITHS, C. E. M. The macrolide immunosuppressants in dermatology: mechanisms of action. **European journal of dermatology: EJD**, v. 12, n. 6, p. 618–622, 2002.

MARTINS, G. A.; ARRUDA, L.; MUGNAINI, A. S. B. Validação de questionários de avaliação da qualidade de vida em pacientes de psoríase. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 79, n. 5, p. 521–535, out. 2004.

MAZZILLO, M. et al. Evaluation of cardiovascular risk in patients with psoriatic disease in a multiracial population: a cross-sectional study. **Clinical and Experimental Dermatology**, v. 47, n. 9, p. 1666–1672, 1 set. 2022.

MEIER, M.; SHETH, P. B. Clinical Spectrum and Severity of Psoriasis. **Management of Psoriasis**, p. 1–20, 2009.

MIAO, C. et al. Obesity and dyslipidemia in patients with psoriasis. **Medicine**, v. 98, n. 31, p. e16323, ago. 2019.

MICHALEK, I. M.; LORING, B.; JOHN, S. M. A systematic review of worldwide epidemiology of psoriasis. **Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology**, v. 31, n. 2, p. 205–212, 30 ago. 2016.

MIN, C. et al. Increased risk of migraine in patients with psoriasis. **Medicine**, v. 98, n. 17, p. e15370, abr. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS EM SAÚDE PORTARIA CONarticulação No 18, de 14 de outubro. [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt/arquivos/2019/PortariaConarticulaçãon18de14102021_PCDT_Psoriase.pdf>.

MOLINA-LEYVA, A. et al. Association Between Psoriasis and Sexual and Erectile Dysfunction in Epidemiologic Studies. **JAMA Dermatology**, v. 155, n. 1, p. 98, 1 jan. 2019.

MORISKY, D. E. et al. Predictive Validity of a Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. **The Journal of Clinical Hypertension**, v. 10, n. 5, p. 348–354, maio 2008.

MURAGE, M. et al. Medication adherence and persistence in patients with rheumatoid arthritis, psoriasis, and psoriatic arthritis: a systematic literature review. **Patient Preference and Adherence**, v. Volume 12, p. 1483–1503, ago. 2018.

NABIEVA, K.; VENDER, R. Calidad de vida y región corporal afectada por la psoriasis: una revisión sistemática. **Actas Dermo-Sifiliográficas**, nov. 2022.

NAKAMURA, M.; KOO, J. Safety considerations with combination therapies for psoriasis. **Expert Opinion on Drug Safety**, v. 19, n. 4, p. 489–498, 3 fev. 2020.

NALDI, L. Scoring and monitoring the severity of psoriasis. What is the preferred method? What is the ideal method? Is PASI passé? facts and controversies. **Clinics in Dermatology**, v. 28, n. 1, p. 67–72, jan. 2010.

NALDI, L.; GAMBINI, D. The clinical spectrum of psoriasis. **Clinics in Dermatology**, v. 25, n. 6, p. 510–518, nov. 2007.

NAST, A. et al. EuroGuiDerm Guideline on the systemic treatment of Psoriasis vulgaris – Part 2: specific clinical and comorbid situations. **Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology**, v. 35, n. 2, p. 281–317, fev. 2021.

NAVARINI, A. A. et al. European consensus statement on phenotypes of pustular psoriasis. **Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology**, v. 31, n. 11, p. 1792–1799, 29 ago. 2017.

NESTLE, F. O.; KAPLAN, D. H.; BARKER, J. Psoriasis. **The New England journal of medicine**, v. 361, n. 5, p. 496–509, 2009.

OGDIE, A. et al. Risk of Incident Liver Disease in Patients with Psoriasis, Psoriatic Arthritis, and Rheumatoid Arthritis: A Population-Based Study. **Journal of Investigative Dermatology**, v. 138, n. 4, p. 760–767, abr. 2018.

- ÖSTLING, J. et al. IL-17–high asthma with features of a psoriasis immunophenotype. **Journal of Allergy and Clinical Immunology**, v. 144, n. 5, p. 1198–1213, 1 nov. 2019.
- OTUKI, M. F. et al. Patient-reported outcomes in psoriasis research and practice. **British Journal of Dermatology**, v. 165, n. 6, p. 1361–1362, 29 set. 2011.
- PARISI, R. et al. Global Epidemiology of Psoriasis: A Systematic Review of Incidence and Prevalence. **Journal of Investigative Dermatology**, v. 133, n. 2, p. 377–385, fev. 2013.
- PARISI, R. et al. National, regional, and worldwide epidemiology of psoriasis: systematic analysis and modelling study. **BMJ**, v. 369, p. m1590, 28 maio 2020.
- PARISI, R. et al. Psychiatric morbidity and suicidal behaviour in psoriasis: a primary care cohort study. **British Journal of Dermatology**, v. 180, n. 1, p. 108–115, 10 out. 2018.
- PUIG, L.; YÉLAMOS, O.; ROS, S. Improving patient outcomes in psoriasis: strategies to ensure treatment adherence. **Psoriasis: Targets and Therapy**, p. 109, jul. 2015.
- PUZENAT, E. et al. What are the best outcome measures for assessing plaque psoriasis severity? A systematic review of the literature. **Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology**, v. 24, p. 10–16, abr. 2010.
- RAPOSO, I.; TORRES, T. Palmoplantar Psoriasis and Palmoplantar Pustulosis: Current Treatment and Future Prospects. **American Journal of Clinical Dermatology**, v. 17, n. 4, p. 349–358, 25 abr. 2016.
- RANZA, R. et al. Prevalence of Psoriatic Arthritis in a Large Cohort of Brazilian Patients with Psoriasis. **The Journal of Rheumatology**, v. 42, n. 5, p. 829–834, 1 maio 2015.
- REHAL, B. et al. Ocular psoriasis. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 65, n. 6, p. 1202–1212, 1 dez. 2011.
- REICH, K. The concept of psoriasis as a systemic inflammation: implications for disease management. **Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology**, v. 26, p. 3–11, 22 fev. 2012.
- ROERECKE, M. et al. The effect of a reduction in alcohol consumption on blood pressure: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet Public Health**, v. 2, n. 2, p. e108–e120, fev. 2017.
- ROMITI R. Compendio de psoríase: tratamentos tópicos. 2a ed. Rio de Janeiro: **Elsevier**; 2013.
- ROMITI, R. et al. Assessment of psoriasis severity in Brazilian patients with chronic plaque psoriasis attending outpatient clinics: a multicenter, population-based cross-sectional study (APPISOT). **Journal of Dermatological Treatment**, v. 29, n. 8, p. 775–785, 17 jun. 2018.
- ROMITI, R. et al. Prevalence of psoriasis in Brazil - a geographical survey. **International Journal of Dermatology**, v. 56, n. 8, p. e167–e168, 27 mar. 2017.

- ROMITI, R.; CARVALHO, A. V. E. DE; DUARTE, G. V. Consenso Brasileiro de Psoríase 2020 e Algoritmo de Tratamento da Sociedade Brasileira de Dermatologia. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 96, n. 6, p. 778–781, 1 nov. 2021.
- ROS, S.; PUIG, L.; JOSÉ MANUEL CARRASCOSA. Discapacidad acumulada en el transcurso vital: la cicatriz de la psoriasis en la vida del paciente. **Actas Dermo-Sifiliográficas**, v. 105, n. 2, p. 128–134, 1 mar. 2014.
- SCHÄFER, I. et al. Concordance of the Psoriasis Area and Severity Index (PASI) and patient-reported outcomes in psoriasis treatment. **European Journal of Dermatology**, v. 20, n. 1, p. 062–067, jan. 2010.
- SILFVAST-KAISER, A. S.; HOMAN, K. B.; MANSOURI, B. A narrative review of psoriasis and multiple sclerosis: links and risks. **Psoriasis: Targets and Therapy**, v. Volume 9, p. 81–90, ago. 2019.
- SILVA, M. F. P. DA et al. Psoriasis: correlation between severity index (PASI) and systemic treatment. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 88, n. 5, p. 760–763, out. 2013.
- SPULS, P. I. et al. How Good Are Clinical Severity and Outcome Measures for Psoriasis?: Quantitative Evaluation in a Systematic Review. **Journal of Investigative Dermatology**, v. 130, n. 4, p. 933–943, abr. 2010.
- STROBER, B. et al. A Delphi Consensus Approach to Challenging Case Scenarios in Moderate-to-Severe Psoriasis: Part 2. v. 2, n. 1, 30 mar. 2012.
- TELFER, N. R. et al. The role of streptococcal infection in the initiation of guttate psoriasis. **Archives of Dermatology**, v. 128, n. 1, p. 39–42, 1 jan. 1992.
- VAN DE KERKHOFF, P.C.; NESTLE, F.O. Psoriasis. In: *Dermatology*, 3rd ed, Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV (Eds), **Elsevier Limited**, 2012. Vol 1, p.135.
- WAN, J. et al. Risk of moderate to advanced kidney disease in patients with psoriasis: population based cohort study. **BMJ**, v. 347, n. oct15 7, p. f5961–f5961, 15 out. 2013.
- WANG, Q. et al. Nonadherence to Treatment and Patient-Reported Outcomes of Psoriasis During the COVID-19 Epidemic: A Web-Based Survey. **Patient Preference and Adherence**, v. Volume 14, p. 1403–1409, ago. 2020.
- WANG, W. et al. Poor medication adherence in patients with psoriasis and a successful intervention. **Journal of Dermatological Treatment**, v. 30, n. 6, p. 525–528, 10 abr. 2019.
- WEI, J. et al. Alcohol consumption and smoking in relation to psoriasis: a Mendelian randomization study. **British Journal of Dermatology**, v. 187, n. 5, p. 684–691, 1 nov. 2022.
- WITMAN, P. M. Topical Therapies for Localized Psoriasis. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 76, n. 9, p. 943–949, 1 set. 2001.
- WOLLINA, U. et al. Treatment of Psoriasis: Novel Approaches to Topical Delivery. **Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences**, v. 7, n. 18, 16 out. 2019.

WU, J. J. et al. The association of psoriasis with autoimmune diseases. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 67, n. 5, p. 924–930, nov. 2012.

ZAGHLOUL, S.; GOODFIELD, M. Objective Assessment of Compliance With Psoriasis Treatment. v. 140, n. 4, 1 abr. 2004.

APÊNDICE I - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

* Indica uma pergunta obrigatória

1. E-mail *

2. CRM *

EPEP – Formulário de entrevista

Estudo Prospectivo Epidemiológico de Psoríase - Grupo de pesquisa em Farmacologia da Pele coordenado pelo professor Michel Otuki.

ATENÇÃO: Para voltar à questões anteriores utilize somente o botão de voltar do formulário. O botão de voltar do navegador apagará todas as suas respostas anteriores. Para acesso rápido, adicione este formulário aos seus Favoritos (Ctrl+D).

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Nós, Michel Fleith Otuki (professor), Aguinaldo Bonalumi Filho, Kauê César Sá Justo, Fernando Henrique Teixeira Zonzini, Maycon Eduardo Matias (alunos de pós-graduação) – da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você a participar do estudo intitulado ESTUDO PROSPECTIVO EPIDEMIOLOGICO DE PSORIAS E (EPEP). Trata-se de um estudo de coleta de dados de diversos fatores que envolvem a psoríase e você, paciente. Seu perfil (idade, sexo, peso, altura), a caracterização da psoríase no seu caso específico, os medicamentos que você usa podem ser exemplos do que este estudo abordará. Os dados coletados neste estudo podem auxiliar no desenvolvimento de novos estudos diagnósticos e de tratamentos, além do conhecimento epidemiológico ser capaz de gerar informações relevantes para campanhas de esclarecimentos da doença para a população e debate inclusive no âmbito de leis.

a)O objetivo desta pesquisa é coletar informações farmacoepidemiológicas (informações relacionadas ao paciente, a psoríase e aos medicamentos utilizados para o tratamento) da população com psoríase do Brasil.

b)Caso você participe da pesquisa, será necessário responder um questionário em formato de entrevista.

c)Para tanto você irá responder as questões em formato de entrevista, respondendo o formulário presencialmente, após sua consulta de rotina, em um consultório. O tempo estimado de entrevista é de 30 minutos.

d)É possível que você experimente algum desconforto com relação a alguma das perguntas do formulário. Você pode se recusar a responder qualquer uma das questões caso não se sinta confortável com isso.

e)Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser constrangimento com as perguntas. Visando a minimização e proteção dos dados dos participantes da pesquisa, os pacientes serão identificados por suas iniciais e os dados coletados por meio de formulário criado no Google formulários no local de atendimento. O formulário será acessado exclusivamente pelos pesquisadores descritos neste documento.

f)O benefício esperado com essa pesquisa é a contribuição para a ciência com novos dados, visto a inexistência de estudos farmacoepidemiológicos nacionais sobre psoríase. O projeto trará dados inéditos sobre a doença e a farmacoterapia no Brasil. O método proposto pode trazer resultados aplicáveis à melhoria futura dos serviços, dos tratamentos, da conduta dos profissionais e condição de saúde dos pacientes.

g)Os pesquisadores Michel Fleith Otuki, Aguinaldo Bonalumi Filho, Kauê César Sá Justo, Fernando Henrique Teixeira Zonzini, Maycon Eduardo Matias responsáveis por este estudo poderão ser localizados Departamento de Farmacologia da Universidade Federal do Paraná (UFPR), localizado em: Universidade Federal do Paraná Campus Centro Politécnico. Endereço: 80050-540, Jardim das Americas, Curitiba - PR, no horário das 09h às 17h para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo. Também podem ser contactados pelo telefone: (41) 3361-1539 ou contato pessoal do pesquisador Aguinaldo Bonalumi (41) 988215393 e pelos seguintes endereços de e-mail: Michel Fleith Otuki: michelotuki@yahoo.com.br
Aguinaldo Bonalumi Filho: abonalumi@gmail.com

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

Kauê César Sá Justo: kaucezarjusto@gmail.comFernando Henrique Teixeira Zonzini: fernando.zonzini@gmail.comMaycon Eduardo Matias: matias.maycon@gmail.com

h) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas da equipe de pesquisa- Michel Fleith Otuki (professor), Veronica Rodrigues Bogado Leite (médica preceptora do ambulatório de psoríase), Aginaldo Bonalumi Filho, Kauê César Sá Justo, Fernando Henrique Teixeira Zonzini, Maycon Eduardo Matias (alunos de pós-graduação). No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade).

j) O material obtido na entrevista será utilizado unicamente para essa pesquisa e será deletado ao término do estudo, dentro de 10 anos.

k) Você terá a garantia de que problemas como dúvidas decorrentes do estudo serão tratados no Departamento de Farmacologia da Universidade Federal do Paraná (UFPR).

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

m) O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos. Você participante tem direito ao ressarcimento em caso de custos e indenização em caso de danos decorrente da pesquisa, conforme preconiza as resoluções vigentes (466/12 e 510/16).

n) Você, participante, receberá uma via do documento, com a sua concordância e dados do pesquisador.

3. O participante está ciente de todas as informações deste Termo de Consentimento e compreende a natureza e objetivo do estudo do qual concorda em participar. A explicação que recebeu menciona os riscos e benefícios. Ele entendeu que é livre para interromper sua participação a qualquer momento sem precisar justificar a decisão e sem qualquer prejuízo. Sendo assim, concorda voluntariamente em participar deste estudo? *

Marcar apenas uma oval.

Concordo

Discordo

Identificação do participante

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

4. Iniciais do paciente *

5. Número ou identificação do prontuário *

6. E-mail do paciente

7. Cidade de nascimento * cidade (estado) *

Marcar apenas uma oval. Curitiba (PR) Londrina (PR) Sinop (MT) Rio de Janeiro (RJ) Outro: _____

8. Profissão *

Marcar apenas uma oval. Aposentado (a) Outro: _____

9. Nacionalidade *

Marcar apenas uma oval. Brasileira Outro: _____

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

10. Telefone celular (*preencher com DDD) *

11. Bairro de residência

12. Cidade *

Marcar apenas uma oval. Curitiba (PR) Londrina (PR) Sinop (MT) Outro:

13. Estado *

Marcar apenas uma oval. Mato Grosso Paraná Rio de Janeiro Outro:

Questionário

14. Esta é a primeira consulta neste ambulatório de psoríase? *

Marcar apenas uma oval. Sim Não

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

15. Qual sua idade? (responder somente com o "número" de anos - ex: 1, 2, 3...)*

16. Sexo *

Marcar apenas uma oval.

- Masculino
- Feminino (não gestante)
- Feminino (gestante)

17. Cor ou raça *

Marcar apenas uma oval.

- Branca
- Preta
- Amarela
- Parda
- Indígena
- Não soube
- Não quis informar

18. Estado conjugal atual *

Marcar apenas uma oval.

- Solteiro(a)
- Casado(a) legalmente
- Em união estável há mais de seis meses
- Viúvo(a)
- Separado(a) ou divorciado(a)
- Não quis informar

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

19. Última série (ano) que COMPLETOU *

Marcar apenas uma oval.

- Jardim da infância
- Curso Primário
- Admissão
- Curso Ginásial ou Ginásio
- 1º Grau, Fundamental ou Supletivo de 1º Grau
- 2º Grau, Colégio, Técnico, Normal, Científico, Ensino Médio ou Supletivo de 2º Grau
- 3º Grau ou Curso Superior
- Pós-graduação: especialização, mestrado, doutorado
- Nunca estudou
- Não soube responder
- Não quis responder

20. Renda familiar *

Marcar apenas uma oval.

- menos que 1 salário mínimo
- 1 salário mínimo
- 2 salários mínimos
- 3 salários mínimos
- 4 salários mínimos
- 5 a 10 salários mínimos
- mais de 10 salários mínimos
- Não quis responder

Histórico da Psoríase

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

21. Que idade tinha quando iniciou a sua psoríase? (* responder somente com o "número" de anos na opção "Outros" - ex: 1, 2, 3... Se recém-nascido considerar 0 anos) *

Marcar apenas uma oval.

- Não se lembra
- Outro: _____

22. Relaciona o início da PSORÍASE com algum fator (gatilho)? *

Marcar apenas uma oval.

- Não relaciona o início com nenhum fator (gatilho)
- Fatores genéticos (histórico familiar)
- Tabagismo
- Obesidade
- Consumo de álcool
- Uso de algum medicamento
- Lesão
- Infecção
- Estresse
- Outro: _____

23. Quanto tempo demorou para o diagnóstico da sua psoríase ser confirmado por um MÉDICO desde que percebeu a primeira lesão? (*adicionar o "NÚMERO" e especificar com "semanas", "meses", "anos" na resposta) *

24. Quanto tempo demorou para ser atendido por um DERMATOLOGISTA? (*adicionar o "NÚMERO" e especificar com "semanas", "meses", "anos" na resposta) *

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

25. Qual especialidade fez o diagnóstico de sua Psoríase? (* Utilize o campo OUTROS para qualquer resposta diferente das opções) *

Marcar apenas uma oval.

- Cardiologista
- Clínico Geral
- Dermatologista
- Geriatra
- Ginecologista
- Médico da família
- Pediatra
- Reumatologista
- Outro: _____

26. Você possui irmão gêmeo? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

27. Alguém mais da sua família apresenta Psoríase? (Pode marcar mais de um item) *

Marque todas que se aplicam.

- Ninguém da família apresenta psoríase
- Avô materno
- Avô paterno
- Avó materna
- Avó paterna
- Esposa
- Filhos
- Irmãos
- Irmão gêmeo
- Mãe
- Pai
- Primos
- Sobrinhos
- Tios

28. Quantos da família, além de você, apresentam Psoríase? *

Marcar apenas uma oval.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

Frequência

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

29. Com qual frequência vai ao médico por causa da sua psoríase? *

Marcar apenas uma oval.

- uma vez ao ano
- duas vezes ao ano
- três vezes ao ano
- quatro vezes ao ano
- cinco ou mais vezes ao ano
- não vou mais ao médico que trata psoríase, aproveito a consulta de outras especialidades
- é a primeira vez que consulto
- uma vez a cada dois anos
- uma vez a cada 3 anos
- não fui ao médico nos últimos 3 anos

30. Quando foi a última vez que consultou um médico por causa da sua psoríase? *

Marcar apenas uma oval.

- 1 até 29 dias
- 1 a 2 meses e 29 dias
- 3 a 5 meses e 29 dias
- 6 meses a 11 meses
- 1 ano a 1 ano e 11 meses
- mais de 2 anos
- é a primeira vez que consulto
- não soube responder

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

31. Por quantos serviços (clínicas, consultórios, ambulatórios) você passou para tratar a psoríase? *

Marcar apenas uma oval.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- Outro: _____

32. Qual a sua maior dificuldade para o tratamento da psoríase? *

Marcar apenas uma oval.

- nenhuma dificuldade
- tempo de espera para a consulta
- preço do tratamento
- dificuldade com exames laboratoriais
- inefetividade do tratamento
- encontrar um especialista em psoríase
- deslocamento
- falta de informação/orientação
- Outro: _____

Localização e sintoma da Psoríase

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

33. Sua psoríase esteve localizada em qual(is) partes do corpo? (PASSADO) (Pode marcar mais de um item) *

Marque todas que se aplicam.

- pele
- junta – articulação
- unhas
- couro cabeludo
- genital
- palmo-plantar
- não apresentava

34. Sua psoríase está localizada em qual parte do corpo? (ATUALMENTE) (Pode marcar mais de um item) *

Marque todas que se aplicam.

- pele
- junta – articulação
- unhas
- couro cabeludo
- genital
- palmo-plantar
- sem lesão atual devido ao tratamento

35. De todos os lugares do seu corpo com psoríase qual mais te incomoda? *

Marcar apenas uma oval.

- pele
- junta – articulação
- unhas
- couro cabeludo
- genital
- palmo-plantar

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

36. Quantas crises (períodos de piora) de psoríase você teve no último ano? *

Marcar apenas uma oval.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- Outro: _____

37. Quantas vezes já foi internado por causa da psoríase? *

Marcar apenas uma oval.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- Outro: _____

Psoríase cutânea

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

38. Onde sua psoríase na pele esteve localizada? (PASSADO) (Pode marcar mais de um item) *

Marque todas que se aplicam.

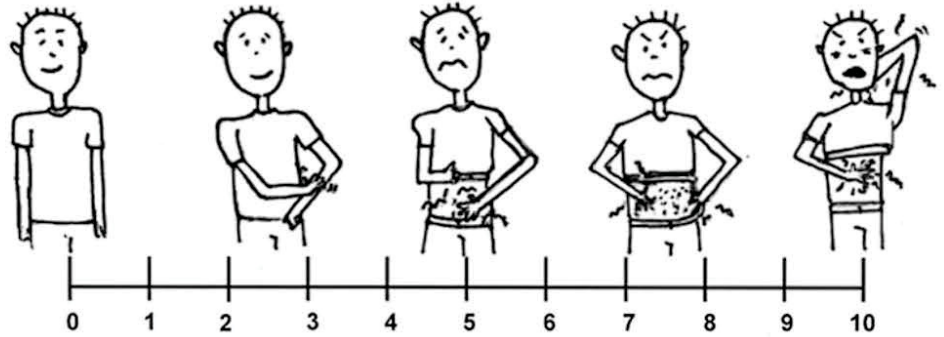
- Não tive na pele
- Abdôme/peito/costas
- Área genital
- Braços
- Cotovelos
- Couro cabeludo
- Joelhos
- Mãos ou palmas
- Nádega
- Pernas
- Pés ou plantas
- Rosto
- Unhas
- Outro: _____

39. Onde sua psoríase na pele está localizada? (ATUALMENTE) (Pode marcar mais de um item) *

Marque todas que se aplicam.

- Não tenho psoríase na pele
- Não tenho psoríase na pele devido ao tratamento
- Abdôme/peito/costas
- Área genital
- Braços
- Cotovelos
- Couro cabeludo
- Joelhos
- Mãos ou palmas
- Nádega
- Pernas
- Pés ou plantas
- Rosto
- Unhas
- Outro: _____

40. A sua psoríase na pele tem coceira? (Classificar de ZERO a DEZ) *



Marcar apenas uma oval.

não tem coceira

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

o máximo de coceira

41. Na psoríase na pele, o que mais incomoda? (Marcar APENAS um item) *

Marcar apenas uma oval.

- Não tenho psoríase na pele
- Coceira
- Descamação
- Dor
- Falta de sono
- Localização ou tamanho da placa de psoríase na pele
- Queimação, ardência
- Sangramento
- Vermelhidão
- Medo de se relacionar com um parceiro ou iniciar novas relações
- Sofrer preconceito
- Nada incomoda
- Não sabe

42. Já fez biópsia (retirou um pedaço de pele) para confirmar o diagnóstico? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Não lembra

Psoríase articular

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

43. Teve dor nas juntas? (PASSADO) *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não *Pular para a pergunta 58*
- Não sabe *Pular para a pergunta 58*

44. Tem dor nas juntas? (ATUALMENTE) *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não *Pular para a pergunta 58*
- Não tem dor por causa do tratamento *Pular para a pergunta 58*
- Não sabe

45. Qual período do dia você sente ou sentia mais dor? *

Marcar apenas uma oval.

- Manhã
- Tarde
- Noite
- O tempo todo

46. A dor desaparece ou desapareceu sozinha? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não desaparece sozinha, somente tomando medicamento

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

47. Caso tenha utilizado algum medicamento para dor nas juntas, qual foi? (*Pode * marcar mais de uma opção. Caso a resposta seja diferente das destacadas, utilizar o campo "OUTROS")

Marque todas que se aplicam.

- Não utilizou nenhum medicamento para dor nas juntas
- Não se lembra qual foi o medicamento utilizado
- Corticoide
- Diclofenaco
- Diproirona
- Dorflex
- Ibuprofeno
- Naproxeno
- Paracetamol
- Torsilax
- Outro: _____

48. Algum MÉDICO já lhe disse que tem psoríase nas juntas? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Não lembra

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

49. Quantas juntas doem ou doíam? *

Marcar apenas uma oval.

- Não sabe
- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- Outro: _____

50. Quais juntas já estiveram doloridas ou deformadas? (PASSADO) (Pode marcar * mais de um item)

Marque todas que se aplicam.

- Calcanhar
- Coluna
- Costelas
- Cotovelos
- Dedos mãos
- Dedos pés
- Joelhos
- Ombros
- Pescoço
- Punho
- Tornozelos
- Nenhuma junta
- Outro: _____

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

51. Quais juntas estão doloridas ou deformadas? (ATUALMENTE) (Pode marcar mais de um item) *

Marque todas que se aplicam.

- Nenhuma junta
- Calcânhar
- Coluna
- Costelas
- Cotovelos
- Dedos mãos
- Dedos pés
- Joelhos
- Ombros
- Pescoço
- Punho
- Tornozelos
- Outro: _____

52. Se você apresenta psoríase nas juntas e, também, na pele, qual delas apareceu primeiro? *

Marcar apenas uma oval.

- Na pele
- Nas juntas
- Ao mesmo tempo
- Não apresento as duas formas
- Não lembra

53. Apresenta algum dedo grosso e inchado (edema)? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Não sabe

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

54. Na psoríase das juntas, o que mais te incomoda? (Marcar APENAS um item) *

Marcar apenas uma oval.

- Não tenho psoríase nas juntas
- Dor
- Inchaço
- Vergonha
- Dificuldade com as atividades diárias
- Medo de se relacionar com um parceiro ou iniciar novas relações
- Sofrer preconceito
- Nada incomoda
- Não sabe

55. Apresenta deformação nas juntas? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Não lembra

56. A deformação te impede de alguma atividade diária? (Pode marcar mais de um item) *

Marque todas que se aplicam.

- Não tem deformação nas juntas
- Vestir-se ou arrumar-se
- Comer
- Andar
- Higiene pessoal
- Alcançar coisas (levantar ou curvar-se para pegar qualquer objeto)
- Agarrar (segurar-se no ônibus e/ou abrir potes ou latas)
- Atividades (tarefas domésticas, dirigir um carro, carregar objetos)
- Não impede

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

57. Já fez algum exame de imagem para avaliar a dor nas juntas? (Pode marcar mais de um item) *

Marque todas que se aplicam.

- Não tem psoríase/dor nas juntas
- cintilografia óssea
- raio X (RX)
- ressonância Magnética (RM)
- tomografia Computadorizada (TC)
- ultrassonografia (US)
- não fez exame de imagem
- não lembra

Psoríase ungueal

58. Quais unhas já estiveram alteradas? (PASSADO) *

Marcar apenas uma oval.

- As unhas não estiveram alteradas
- Mãos
- Pés
- Ambas

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

59. Como eram essas alterações das unhas? (PASSADO) (Pode marcar mais de um item) *

Marque todas que se aplicam.

- As unhas nunca estiveram alteradas
- Fragmentação da unha (crubbing)
- Hemorragia em estilhas subungueal
- Leuconíquia
- Paroníquia
- Paroníquia psoriásica com formação de Linhas de Beau
- Perda da unha, onicomadese
- Psoríase pustulosa ungueal
- Red spots
- Traquioníquia
- Manchas de óleo
- Manchas salmão
- Pontinhos, depressões cupuliformes (Pitting)
- Descolada (Onicólise)
- Grossa, hiperqueratose subungueal

60. Quais unhas estão alteradas? (ATUALMENTE) *

Marcar apenas uma oval.

- Não estão alteradas por causa do tratamento
- Não soube responder
- Mãos
- Pés
- Ambos
- As unhas não estão alteradas

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

61. Como as unhas estão alteradas? (ATUALMENTE) (Pode marcar mais de um item) *

Marque todas que se aplicam.

- Não estão alteradas
- Fragmentação da unha (crubbing)
- Hemorragia em estilhas subungueal
- Leuconíquia
- Paroníquia
- Paroníquia psoriásica com formação de Linhas de Beau
- Perda da unha, onicomadese
- Psoríase pustulosa ungueal
- Red spots
- Traquioníquia
- Manchas de óleo
- Manchas salmão
- Pontinhos, depressões cupuliformes (Pitting)
- Descolada (Onicólise)
- Grossa, hiperqueratose subungueal

62. Na psoríase ungueal o que mais te incomoda? (Marcar apenas um item) *

Marcar apenas uma oval.

- não tenho psoríase ungueal
- não me incomoda
- vergonha de mostrar minhas mãos ou pés
- desconforto em ir a manicure
- dificuldade com as atividades diárias
- medo de se relacionar com um parceiro ou iniciar novas relações
- sofrer preconceito

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

63. Se você apresenta psoríase nas unhas (ungueal) e, também, articular, qual delas apareceu primeiro? *

Marcar apenas uma oval.

- Não apresenta psoríase ungueal
- Não apresenta essas duas formas
- Não lembra
- Na unha
- Nas juntas
- Ao mesmo tempo

64. Já fez tratamentos para micose de unhas SEM MELHORA? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Não lembra

65. Já fez exame micológico direto (raspagem de unha para achar fungo/micose)? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Não lembra

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

66. Contando os dedos, quantas unhas estão alteradas? *

Marcar apenas uma oval.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- Outro: _____

67. Algum MÉDICO já lhe disse que tem psoríase na unha? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Não lembra

68. Já fez biópsia, retirou um pedaço da unha, para confirmar o diagnóstico? (Clipping ou biopsia) *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Não lembra

Psoríase em áreas especiais

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

69. Na psoríase genital o que te incomoda? (Pode marcar mais de um item) *

Marque todas que se aplicam.

- não tenho psoríase genital
- não me incomoda
- vergonha de se relacionar com um parceiro ou iniciar novas relações
- medo de se relacionar com um parceiro ou iniciar novas relações
- desconforto ao se despir na frente de outra pessoa
- desconforto ao ser tocado por alguém
- coceira na área afetada
- dor no ato sexual
- sofrer preconceito
- sangramento

70. Na psoríase de couro cabeludo o que te incomoda? (Pode marcar mais de um item) *

Marque todas que se aplicam.

- não tenho psoríase no couro cabeludo
- não me incomoda
- vergonha da descamação e sujar a roupa, evita usar roupas escuras
- medo de se relacionar com um parceiro ou iniciar novas relações
- desconforto em ir ao barbeiro ou no cabeleireiro
- desconforto ao ser tocado por alguém
- coceira na área afetada
- dor na área afetada
- sofrer preconceito
- sangramento

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

71. Na psoríase palmo-plantar o que te incomoda? (Pode marcar mais de um item) *

Marque todas que se aplicam.

- não tenho psoríase palmo-plantar
- não me incomoda
- vergonha de se relacionar com um parceiro ou iniciar novas relações
- medo de se relacionar com um parceiro ou iniciar novas relações
- desconforto em ir a manicure
- desconforto ao ser tocado por alguém
- coceira na área afetada
- dor na área afetada
- sofrer preconceito
- sangramento
- dificuldade com as atividades diárias
- dificuldade para praticar esportes

Tratamento de psoríase

72. Qual creme ou pomada já usou para tratar psoríase? (PASSADO) (Pode marcar * mais de um item) * Utilize o campo OUTROS para qualquer resposta diferente das opções.

Marque todas que se aplicam.

- Nunca usou cremes e pomadas
- Não lembra
- Ácido salicílico
- Antralina
- Calcipotriol
- Coalta ou LCD (Licor Carbonis Detergents)
- Corticóide
- Lactato de amônia
- Tacrolimus ou Pimecrolimus
- Ureia
- Vitamina D
- Outro: _____

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

73. Qual creme ou pomada está usando para tratar psoríase? (ATUALMENTE) *
(Pode marcar mais de um item) * Utilize o campo OUTROS para qualquer resposta diferente das opções.

Marque todas que se aplicam.

- Nunca usou cremes e pomadas
- Não lembra
- Ácido salicílico
- Antralina
- Calcipotriol
- Coaltar ou LCD (Licor Carbonis Detergents)
- Corticóide
- Lactato de amônia
- Tacrolimus ou Pimecrolimus
- Ureia
- Vitamina D
- Outro: _____

74. Todos os cremes ou pomadas já utilizados para tratamento de psoríase foram receitados por um médico ou já fez tratamentos indicados por não médicos? *
(Pode marcar mais de um item)

Marque todas que se aplicam.

- nunca usou cremes ou pomadas receitados por profissionais não médicos
- não lembra
- já usou indicados/receitados por farmacêuticos
- já usei indicados/receitados por enfermeiros
- já usei indicados/receitados por nutricionistas
- já usei indicados/receitados por dentistas
- já usei indicados/receitados por fisioterapeutas
- já usei indicados por amigos ou familiares que não são profissionais de saúde

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

75. Qual comprimido já tomou para tratar psoríase? (PASSADO) (Pode marcar mais de um item) * Utilize o campo OUTROS para qualquer resposta diferente das opções. *

Marque todas que se aplicam.

- Nunca tomou comprimidos
- Não lembra
- Ácido Fumárico
- Acitretina (Neotigason®)
- Azatioprina (Imuran®)
- Ciclosporina
- Colchicina
- Corticoide (comprimido ou injetável)
- Dapsona
- Hidroxiureia
- Isotretinoína (Roacutan®)
- Leflunomida (Arava®)
- Metotrexate (MTX)
- Micofenolato mofetil
- Sulfassalazina
- Tacrolimus
- Outro: _____

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

76. Qual comprimido está tomando para tratar psoríase? (ATUALMENTE) (Pode marcar mais de um item) * Utilize o campo OUTROS para qualquer resposta diferente das opções. *

Marque todas que se aplicam.

- Não está tomando comprimidos
- Não lembra
- Ácido Fumárico
- Acitretina (Neotigason®)
- Azatioprina (Imuran®)
- Ciclosporina
- Colchicina
- Corticoide (comprimido ou injetável)
- Dapsona
- Hidroxiureia
- Isotretinoína (Roacutan®)
- Leflunomida (Arava®)
- Metotrexate (MTX)
- Micofenolato mofetil
- Sulfassalazina
- Tacrolimus
- Outro: _____

77. Todos os comprimidos já utilizados para tratamento de psoríase foram receitados por um médico ou já fez tratamentos indicados por não médicos? (Pode marcar mais de um item) *

Marque todas que se aplicam.

- nunca usei comprimidos receitados por profissionais não médicos
- não lembra
- já usei indicados/receitados por farmacêuticos
- já usei indicados/receitados por enfermeiros
- já usei indicados/receitados por nutricionistas
- já usei indicados/receitados por dentistas
- já usei indicados/receitados por fisioterapeutas
- já usei indicados por amigos ou familiares que não são profissionais de saúde

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

78. Já fez fototerapia? (PASSADO) (Pode marcar mais de um item) *

Marque todas que se aplicam.

- Nunca fez fototerapia
- Não lembra
- Laser
- Narrow band (UVB)
- PUVA
- PUVA Sol

79. Está fazendo fototerapia? (ATUALMENTE) *

Marque todas que se aplicam.

- Não faz fototerapia
- Não lembra
- Laser
- Narrow band (UVB)
- PUVA
- PUVA Sol

80. Já fez uso de medicamento biológico? (PASSADO) (Pode marcar mais de um item) *

Marque todas que se aplicam.

- Nunca fez uso de biológico
- Não lembra
- Adalimumabe (Humira®)
- Etanercepte (Enbrel®)
- Guselcumabe (Tremfya®)
- Infiximabe (Remicade®)
- Ixecizumabe (Taltz®)
- Secuquinumabe (Cosentyx®)
- Ustekinumabe (Stelara®)
- Golimumabe (Simponi®)
- Tofacitinibe (Xeljanz®)
- Upadacitinibe (Rinvoq®)
- Outro: _____

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

81. Está em uso de medicamento biológico? (ATUALMENTE) *

Marque todas que se aplicam.

- Não faz uso de biológico
- Não lembra
- Adalimumabe (Humira®)
- Etanercepte (Enbrel®)
- Guselcumabe (Tremfya®)
- Infiximabe (Remicade®)
- Ixecizumabe (Taltz®)
- Secuquinumabe (Cosentyx®)
- Ustekinumabe (Stelara®)
- Golimumabe (Simponi®)
- Tofacitinibe (Xeljanz®)
- Upadacitinibe (Rinvoq®)
- Outro: _____

82. Já fez algum tratamento alternativo? (Pode marcar mais de um item) *

Marque todas que se aplicam.

- Nunca fez tratamento caseiro ou alternativo
- Não lembra
- Acupuntura
- Autotransusão de sangue
- Babosa (Aloe vera)
- Banhos de ervas
- Chás medicinais
- Cúrcuma/Curcumina
- Hipnose
- Homeopatia
- Óleo de peixe (Ômegas)
- Tratamento religioso
- Zinco
- Outro: _____

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

83. Houve melhora com tratamento alternativo? *

Marcar apenas uma oval.

- Não se aplica
- Não sabe
- Melhora total
- Melhorou
- Não houve melhora
- Piorou

84. Já iniciou algum tratamento com algum tipo de remédio/comprimido e desistiu/interrompeu? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Não lembra

85. Por que parou o tratamento? (Pode marcar mais de um item) *

Marque todas que se aplicam.

- Não se aplica
- Não sabe
- Não acredita mais em tratamento para psoríase
- Acha que o médico não dá importância ao seu quadro
- Sempre são usados os mesmos medicamentos que já usou anteriormente
- Está cansado(a)
- Não tem dinheiro para o tratamento
- Não pode faltar ao trabalho e as consultas tiram do trabalho
- A psoríase não melhora com nada
- Sentiu-se mal com o tratamento

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

86. Por quanto tempo já ficou sem tratamento porque desistiu de tratar?(* Utilize a * opção OUTROS para preencher com ANOS SEM TRATAMENTO)

Marcar apenas uma oval.

- Nunca desistiu de tratar
- Não sabe
- 1 mês
- 2 meses
- 3 meses
- 3 - 5 meses
- 6 - 11 meses
- Mais que 5 anos
- Outro: _____

87. Por quanto tempo já ficou sem tratamento por não apresentar lesão de psoríase? (* Utilize a opção OUTROS para preencher com ANOS SEM TRATAMENTO) *

Marcar apenas uma oval.

- Nunca ficou assintomático
- Não sabe
- 1 mês
- 2 meses
- 3 meses
- 3 - 5 meses
- 6 - 11 meses
- Mais que 5 anos
- Outro: _____

88. Se ficou assintomático por algum tempo, qual foi o último medicamento utilizado que você acredita ter controlado a psoríase? (*descrever com princípio ativo ou nome comercial) *

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

89. Tem alguma dificuldade para tomar os seus medicamentos? (Considerar todos os medicamentos que o paciente faz uso) *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

90. Quantas vezes, na última semana, deixou de tomar os medicamentos? (Considerar todos os medicamentos que o paciente faz uso) *

Marcar apenas uma oval.

- 0
 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10
 Outro: _____

91. Já esqueceu alguma vez de tomar os medicamentos? (Considerar todos os medicamentos que o paciente faz uso) *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

92. Toma os medicamentos na hora indicada? (Considerar todos os medicamentos que o paciente faz uso) *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

93. Quando se encontra bem, deixa de tomar seus medicamentos? (Considerar todos os medicamentos que o paciente faz uso) *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

94. Quando se sente mal, deixa de tomar seus medicamentos? (Considerar todos os medicamentos que o paciente faz uso) *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

Impacto da psoríase - DLQI

O objetivo deste questionário é medir o quanto o problema de pele afetou a vida do paciente NO DECORRER DA ÚLTIMA SEMANA. Marque a melhor resposta para cada pergunta.

© Dermatology Life Quality Index. A Y Finlay, G K Khan, April 1992.

www.dermatology.org.uk. This must not be copied without the permission of the authors.

Todos os direitos reservados à A.Y. Finlay, G.K. Khan, 1992. Proibida a reprodução, ainda que parcial, do presente documento.

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

95. Na última semana, quanto sua pele coçou, esteve sensível, dolorida ou ardida? *

Marcar apenas uma oval.

- Realmente muito
- Bastante
- Um pouco
- Nada

96. Na última semana, você ficou com vergonha ou se preocupou com sua aparência por causa de sua pele? *

Marcar apenas uma oval.

- Realmente muito
- Bastante
- Um pouco
- Nada

97. Na última semana, quanto sua pele interferiu nas suas compras ou nas suas atividades dentro e fora de casa? *

Marcar apenas uma oval.

- Realmente muito
- Bastante
- Um pouco
- Nada
- Não relevante

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

98. Na última semana, quanto sua pele influenciou na escolha das roupas que você vestiu? *

Marcar apenas uma oval.

- Realmente muito
- Bastante
- Um pouco
- Nada
- Não relevante

99. Na última semana, quanto sua pele afetou as atividades sociais ou de lazer? *

Marcar apenas uma oval.

- Realmente muito
- Bastante
- Um pouco
- Nada
- Não relevante

100. Na última semana, quanto sua pele atrapalhou a prática de esportes? *

Marcar apenas uma oval.

- Realmente muito
- Bastante
- Um pouco
- Nada
- Não relevante

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

101. Na última semana, sua pele o impediu de trabalhar ou ir à escola? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não
 Não relevante

102. Caso sua resposta seja NÃO, na última semana, quanto sua pele lhe causou problemas no trabalho ou na escola? *

Marcar apenas uma oval.

- Muito
 Um pouco
 Nada

103. Na última semana, quanto sua pele lhe causou problemas com seu parceiro ou amigos mais próximos e parentes? *

Marcar apenas uma oval.

- Realmente muito
 Bastante
 Um pouco
 Nada
 Não relevante

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

104. Na última semana, quanto seu problema de pele lhe causou dificuldades sexuais? *

Marcar apenas uma oval.

- Realmente muito
- Bastante
- Um pouco
- Nada
- Não relevante

105. Na última semana, quanto o seu tratamento para a pele foi um problema deixando sua casa desorganizada ou tomando muito o seu tempo? *

Marcar apenas uma oval.

- Realmente muito
- Bastante
- Um pouco
- Nada
- Não relevante

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

106. Hoje, qual a nota, de muito leve à muito grave, você daria para sua psoríase na pele ou nas juntas? *

Marcar apenas uma oval.

Muito leve

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Muito grave

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

107. Está satisfeito com o seu tratamento atual para a psoríase? *

Marcar apenas uma oval.

- Muito satisfeito
- Satisfeito
- Não está satisfeito
- Não sabe

108. Como você recebe informações sobre a psoríase? (Pode marcar mais de um item) *

Marque todas que se aplicam.

- nunca vê informações sobre psoríase
- amigos falaram sobre psoríase
- assiste notícias pela TV
- assiste notícias pelo Youtube
- escuta notícias pelo rádio
- lê em revistas ou jornais
- lê na internet – blogueiros
- lê na internet – facebook
- lê na internet - instagram
- lê na internet – grupo de portadores de psoríase
- lê na internet – sites especializados médicos
- lê na internet – sociedade brasileira de dermatologia
- lê na internet – sociedade brasileira de reumatologia
- o MÉDICO explica

História Social

109. Peso atual (kg) - Utilize o campo "Outro" para responder *

Marcar apenas uma oval.

- Não sabe
- Não quer informar
- Outro: _____

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

110. Altura (cm) - Utilize o campo "Outro" para responder *

Marcar apenas uma oval.

- Não sabe
- Não quer informar
- Outro: _____

111. Circunferência abdominal (cm) - Utilize o campo "Outro" para responder *

Marcar apenas uma oval.

- Não sabe
- Não quer informar
- Outro: _____

112. O seu calendário vacinal está em dia? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim, tomou TODAS as vacinas na infância e TODAS no adulto
- Não, tomou somente TODAS as vacinas na infância, e POUCAS no adulto
- Não, tomou somente TODAS as vacinas na infância, e NENHUMA no adulto
- Não lembra de ter vacinado(a)

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

113. Com que frequência consome ou consumiu alguma bebida alcoólica? *

Marcar apenas uma oval.

- Nunca consumiu bebida alcoólica
- Já consumiu no passado mas não consome mais
- Não quer informar
- Menos de 1 dia por mês
- Menos de 1 dia por semana
- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- Todos os dias

114. Há quanto tempo consome ou consumiu alguma bebida alcoólica? *

Marcar apenas uma oval.

- Não se aplica
- Não quer informar
- Menos de 11 meses
- De 1 a 5 anos
- De 6 a 10 anos
- De 11 a 20 anos
- Mais de 20 anos
- Não lembra

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

115. Quantos dias por semana pratica exercício físico ou esporte? *

Marcar apenas uma oval.

- Nenhum, não pratica
- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- Todos os dias
- Não quer informar
- Outro: _____

116. Nos dias em que pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade? *

Marcar apenas uma oval.

- Não se aplica
- Menos de 10 minutos
- Entre 10 e 19 minutos
- Entre 20 e 29 minutos
- Entre 30 e 39 minutos
- Entre 40 e 49 minutos
- Entre 50 e 59 minutos
- Uma hora ou mais
- Não quer informar
- Outro: _____

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

117. Fuma ou já fumou? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim, diariamente
- Sim, mas não diariamente
- Já fumou mas não fuma mais
- Nunca fumou
- Não quer informar

118. Quantos cigarros você fuma ou fumava por dia? *

Marcar apenas uma oval.

- Não se aplica
- 1 a 4
- 5 a 9
- 10 a 14
- 15 a 19
- 20 a 29 (de um a um maço e meio por dia)
- 30 a 39 (de um maço e meio e dois maços por dia)
- Mais de 2 maços por dia
- Não quer informar

119. Por quantos anos você fuma ou já fumou? *

Marcar apenas uma oval.

- Não se aplica
- Até 11 meses
- De 1 a 4 anos e 11 meses
- De 5 a 9 anos e 11 meses
- De 10 a 19 anos e 11 meses
- Mais de 20 anos
- Não quer informar

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

120. Algum MÉDICO já disse que você tem pressão alta (hipertensão)? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não
 Não lembra

121. Atualmente, está tomando algum medicamento para controlar a pressão alta * (hipertensão)?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não
 Não sabe

122. Faz algum controle para pressão alta (hipertensão)? Está controlada? *

Marcar apenas uma oval.

- nunca mede a pressão
 de vez em quando mede a pressão e está controlada
 de vez em quando mede a pressão e não está controlada
 sempre mede a pressão e está controlada
 sempre mede a pressão e não está controlada
 não sabe

123. Algum MÉDICO já disse que você tem diabetes? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não
 Não lembra
 Apenas pré-diabetes (marcar apenas se o entrevistado referir espontaneamente)

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

124. Atualmente está tomando algum medicamento para controlar o diabetes? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não
 Não sabe

125. Faz algum controle do diabetes? Está controlada? *

Marcar apenas uma oval.

- nunca mede a glicemia
 de vez em quando mede a glicemia e está controlada
 de vez em quando mede a glicemia e não está controlada
 sempre mede a glicemia e está controlada
 sempre mede a glicemia e não está controlada
 não sabe

126. Algum MÉDICO já disse que você tem colesterol ou triglicérides elevado? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não
 Não lembra

127. Atualmente está tomando algum medicamento para controlar o colesterol e triglicérides? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não
 Não sabe

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

128. Faz algum controle do colesterol e triglicerídeos? Está controlado? *

Marcar apenas uma oval.

- nunca verifica o colesterol e triglicerídeos
- de vez em quando verifica o colesterol e triglicerídeos e estão controlados
- de vez em quando verifica o colesterol e triglicerídeos e não estão controlados
- sempre verifica o colesterol e triglicerídeos e estão controlados
- sempre verifica o colesterol e triglicerídeos e não estão controlados
- não sabe

129. Acha que algum alimento piora sua psoríase? (Pode marcar mais de um item) *

Marque todas que se aplicam.

- Não piora com alimentação
- Não sabe
- Bebidas alcoólicas
- Carne de boi/porco/frango
- Castanhas
- Doces
- Embutidos (linguiça, salame, presunto)
- Farinhas
- Frituras
- Frutos do mar ou peixes
- Queijo ou leite
- Tomate
- Outro: _____

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

130. Faz alguma dieta alimentar? *

Marque todas que se aplicam.

- Não
- Apenas de restrição de calorias
- Controle de ácido úrico
- Controle de colesterol e triglicerídeos
- Controle de diabetes
- Hipossódica
- Livre de glúten
- Livre de lactose
- Low carb
- Mediterrânea
- Paleo
- Vegetariana
- Outro: _____

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

131. Tem alguma outra doença (comorbidade)? *

Marque todas que se aplicam.

- Não
- Não sabe
- AIDS (HIV positivo)
- Apneia do sono
- Asma
- AVC (acidente vascular cerebral - derrame)
- Câncer de intestino
- Câncer de mama
- Câncer de pele
- Câncer de pulmão
- Câncer de próstata
- Depressão
- Doença de Crohn
- Doença hepática
- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)
- Doença renal
- Enxaqueca
- Esclerose múltipla
- Hepatite B
- Hepatite C
- Hipotireoidismo / hipertireoidismo
- Infarto (ataque do coração)
- Infecções recorrentes de garganta
- Insuficiência cardíaca
- Obesidade
- Pneumopatias
- Retocolite ulcerativa
- Transtorno bipolar em uso de lítio
- Tuberculose
- Uveíte
- Vitiligo
- Outro: _____

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

132. Faz uso de medicamento ansiolítico ou antidepressivo? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não
 Não sabe

133. Tem plano de saúde ou convênio médico? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim, tem e usa
 Sim, tem mas usa o SUS
 Não, mas já teve
 Nunca teve plano ou convênio
 Não sabe

134. Classificação de psoríase na pele (ATUALMENTE) *

Marque todas que se aplicam.

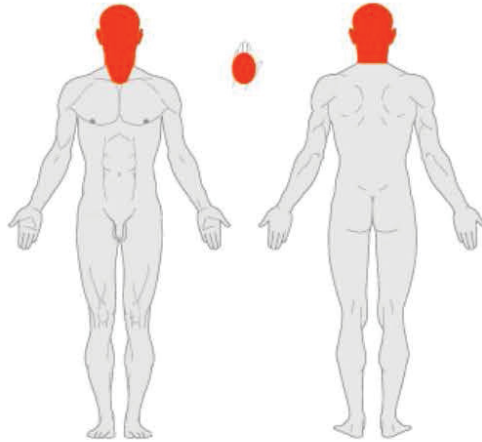
- Placas
 Gutata
 Pustulosa
 Invertida
 Eritrodérmica

PASI

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

135. CABEÇA: Extensão (área) *

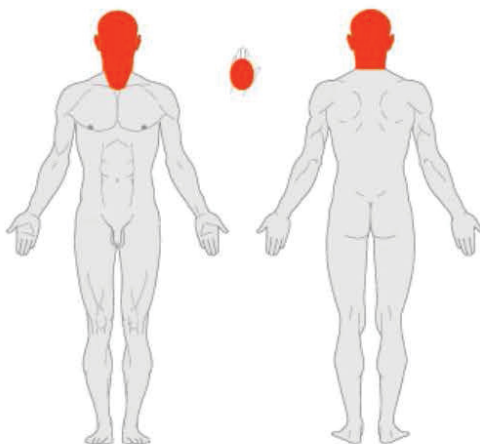
*Marcar apenas uma oval.*

- 0%
- Menos que 10%
- 10 a 29%
- 30 a 49%
- 50 a 69%
- 70 a 89%
- 90 a 100%

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

136. Vermelhidão (eritema) *



Marcar apenas uma oval.

0

1

2

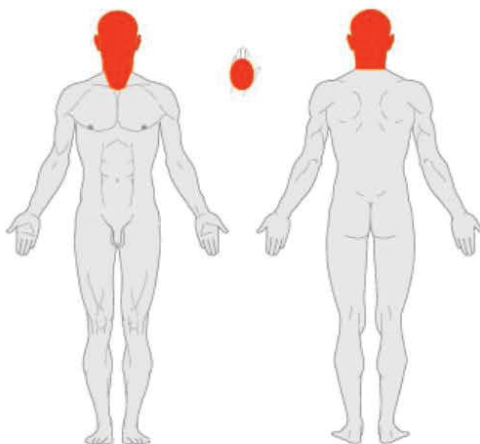
3

4

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

137. Espessura (infiltração) *



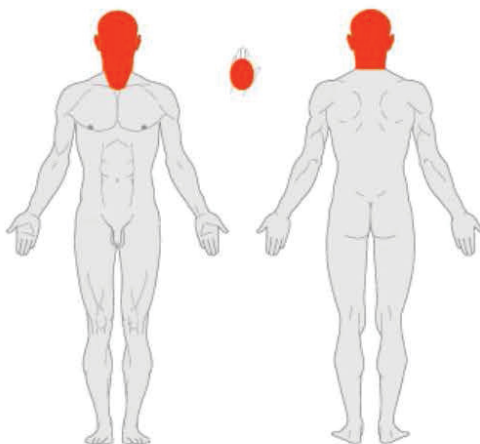
Marcar apenas uma oval.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

138. Descamação *



Marcar apenas uma oval.

0

1

2

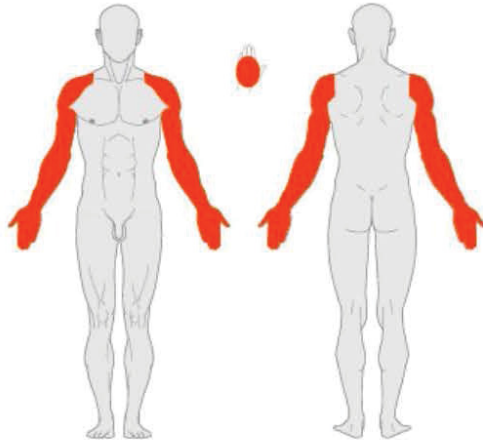
3

4

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

139. BRAÇOS: Extensão (área) *



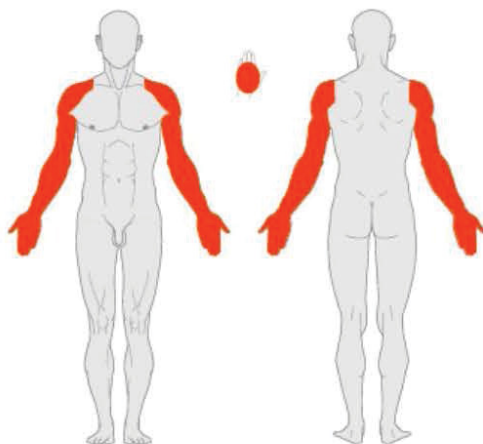
Marcar apenas uma oval.

- 0%
- Menos que 10%
- 10 a 29%
- 30 a 49%
- 50 a 69%
- 70 a 89%
- 90 a 100%

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

140. Vermelhidão (eritema)*



Marcar apenas uma oval.

0

1

2

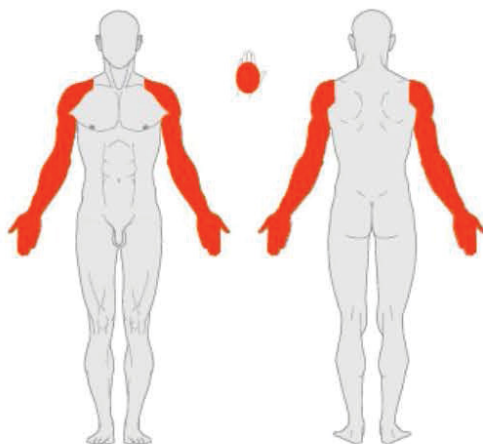
3

4

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

141. Espessura (infiltração)*



Marcar apenas uma oval.

0

1

2

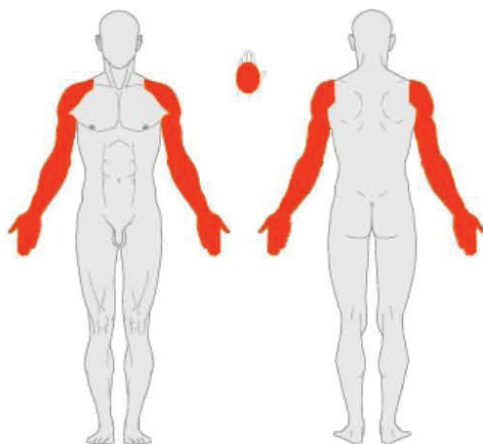
3

4

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

142. Descamação *



Marcar apenas uma oval.

0

1

2

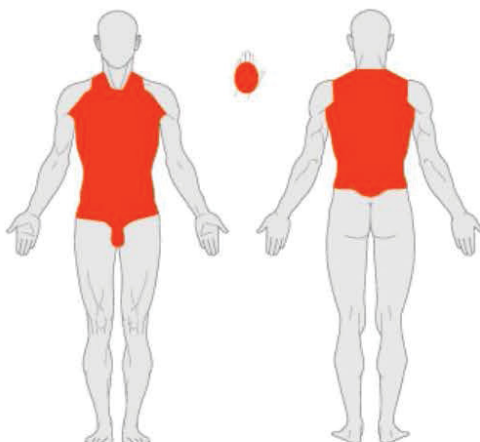
3

4

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

143. TRONCO: Extensão (área) *



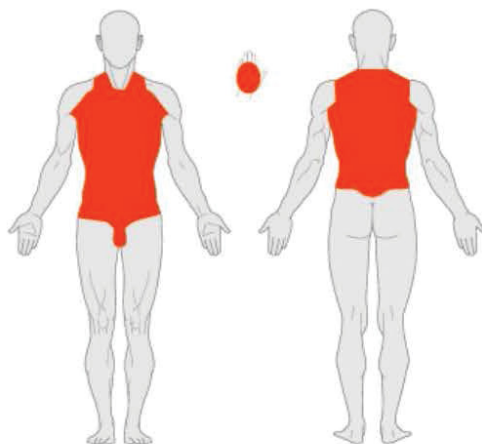
Marcar apenas uma oval.

- 0%
- Menos que 10%
- 10 a 29%
- 30 a 49%
- 50 a 69%
- 70 a 89%
- 90 a 100%

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

144. Vermelhidão (eritema)*



Marcar apenas uma oval.

0

1

2

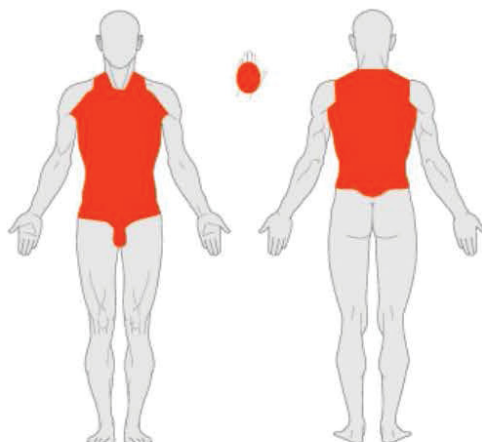
3

4

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

145. Espessura (infiltração)*



Marcar apenas uma oval.

0

1

2

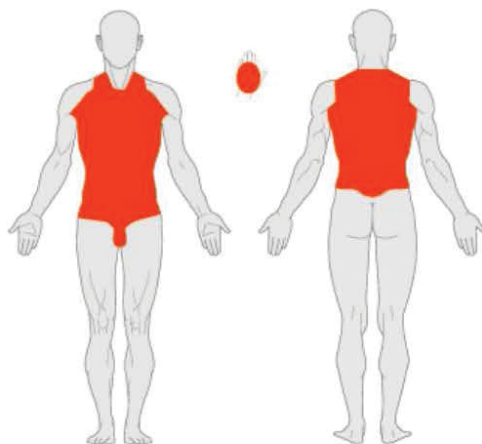
3

4

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

146. Descamação *



Marcar apenas uma ova.

0

1

2

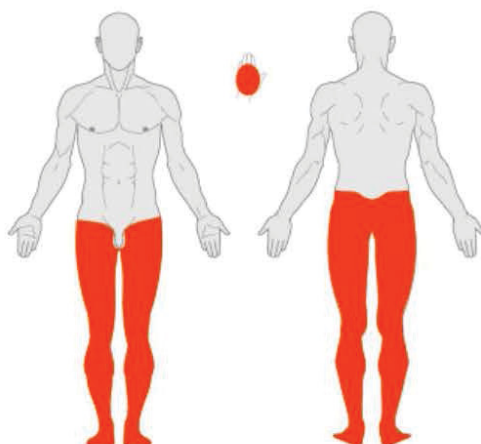
3

4

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

147. PERNAS: Extensão (área)*



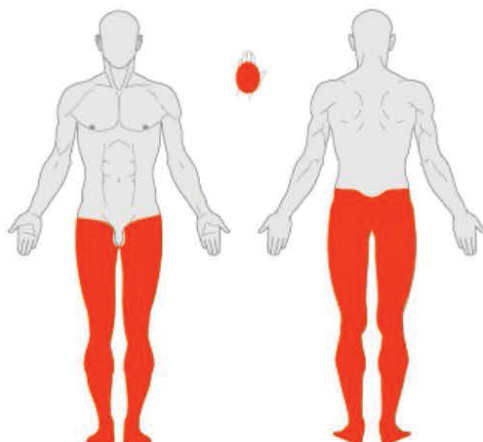
Marcar apenas uma oval.

- 0%
- Menos que 10%
- 10 a 29%
- 30 a 49%
- 50 a 69%
- 70 a 89%
- 90 a 100%

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

148. Vermelhidão (eritema) *



Marcar apenas uma oval.

0

1

2

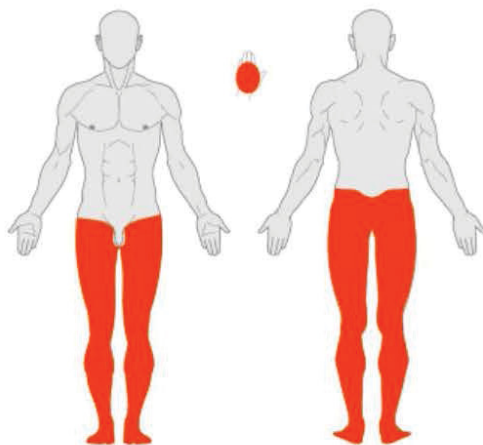
3

4

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

149. Espessura (infiltração)*



Marcar apenas uma oval.

0

1

2

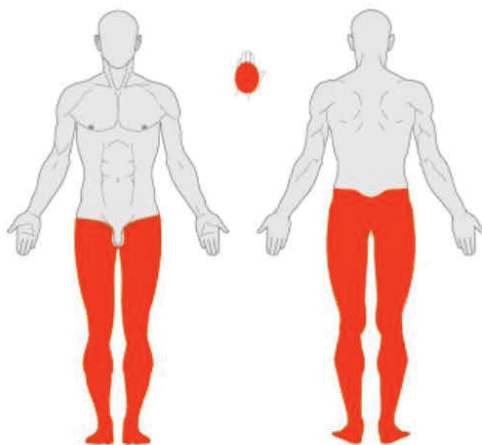
3

4

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

150. Descamação *



Marcar apenas uma oval.

0

1

2

3

4

Patient HealthQuestionnaire-9 (PHQ-9)

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

151. Durante as últimas semanas, com que frequência você teve pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas? *

Marcar apenas uma oval.

- nenhuma vez
- vários dias
- mais da metade dos dias
- quase todos os dias

152. Durante as últimas semanas, com que frequência você se "sentiu para baixo", deprimido(a) ou sem perspectiva? *

Marcar apenas uma oval.

- nenhuma vez
- vários dias
- mais da metade dos dias
- quase todos os dias

153. Durante as últimas semanas, com que frequência você sentiu dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormiu mais do que de costume? *

Marcar apenas uma oval.

- nenhuma vez
- vários dias
- mais da metade dos dias
- quase todos os dias

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

154. Durante as últimas semanas, com que frequência você se sentiu cansado (a) *
ou com pouca energia?

Marcar apenas uma oval.

- nenhuma vez
 vários dias
 mais da metade dos dias
 quase todos os dias

155. Durante as últimas semanas, com que frequência você sentiu falta de apetite *
ou comeu demais?

Marcar apenas uma oval.

- nenhuma vez
 vários dias
 mais da metade dos dias
 quase todos os dias

156. Durante as últimas semanas, com que frequência você se sentiu mal consigo *
mesmo(a) - ou achou que você é um fracasso ou decepcionou sua família ou
você mesmo(a)?

Marcar apenas uma oval.

- nenhuma vez
 vários dias
 mais da metade dos dias
 quase todos os dias

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

157. Durante as últimas semanas, com que frequência você sentiu dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler jornal ou ver televisão? *

Marcar apenas uma oval.

- nenhuma vez
- vários dias
- mais da metade dos dias
- quase todos os dias

158. Durante as últimas semanas, com que frequência você sentiu lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto - estão tão agitado(a) que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume? *

Marcar apenas uma oval.

- nenhuma vez
- vários dias
- mais da metade dos dias
- quase todos os dias

159. Durante as últimas semanas, com que frequência você pensou em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a)? *

Marcar apenas uma oval.

- nenhuma vez
- vários dias
- mais da metade dos dias
- quase todos os dias

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

30/08/2023, 00:56

Identificação do profissional responsável pela coleta de dados

APÊNDICE II - ROTEIRO DE ANÁLISE ESTATÍSTICA

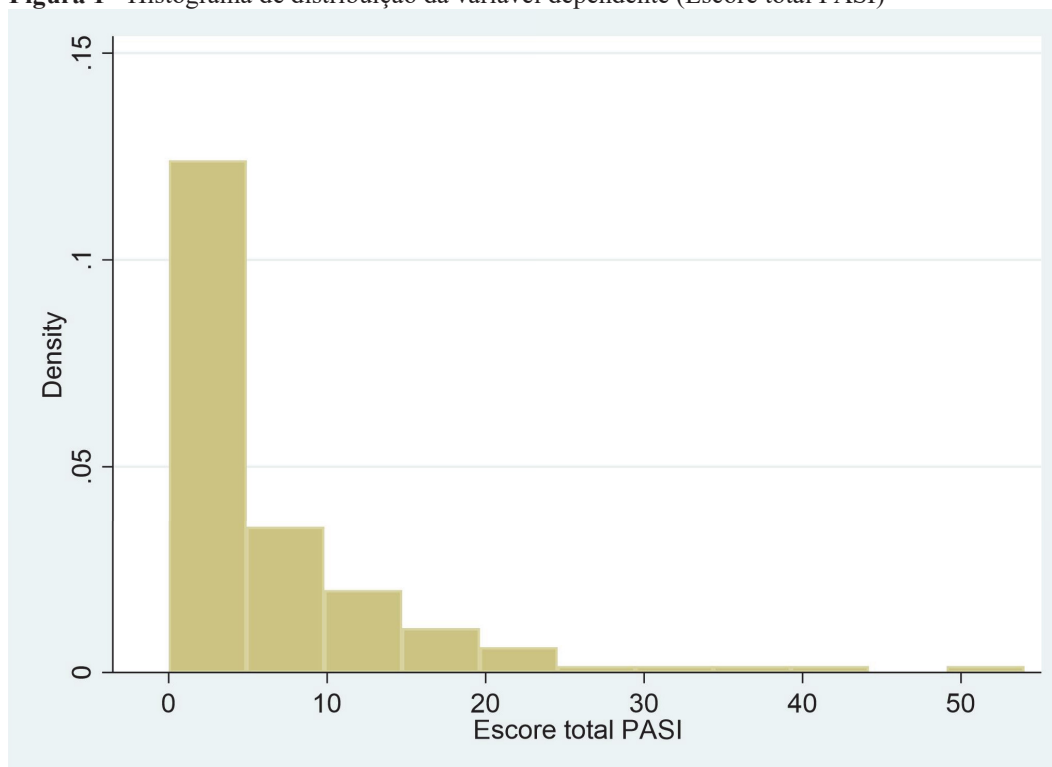
Passo 1:

Com o objetivo de descrever o comportamento dos dados e identificar padrões e tendências resumidas, foi realizada análise estatística descritiva.

Passo 2:

Buscando avaliar a distribuição da variável dependente (Escore total PASI - que representa a gravidade da psoríase) um histograma foi gerado.

Figura 1 - Histograma de distribuição da variável dependente (Escore total PASI)



A tendência para a direita da variável dependente demonstra que a variável não apresenta uma distribuição normal.

Passo 3:

Para a confirmação da distribuição da variável dependente foi realizado o teste de Shapiro-Wilk e posteriormente o teste de Shapiro-Francia. Como resultado, os testes retornaram a estatística W, que tem um valor de significância associada, o valor-p. Uma distribuição é considerada normal, quando o valor-p é maior do que 0,05.

Figura 2 - Teste de Shapiro-Wilk

Shapiro-Wilk W test for normal data					
Variable	Obs	W	V	z	Prob>z
escore	133	0.71408	30.020	7.664	0.00000

Figura 3 - teste de Shapiro-Francia

Shapiro-Francia W' test for normal data					
Variable	Obs	W'	V'	z	Prob>z
escore	133	0.73790	30.224	6.863	0.00001

Os dois testes afirmam ($p < 0.05$) a hipótese nula pode ser rejeitada. Assim, confirma-se que a variável Escore total PASI, representante da gravidade da psoríase, não é normalmente distribuída.

Passo 4:

Visto que a variável dependente não apresentou distribuição normal, foi realizada análise utilizando a Correlação de Spearman.

Para a análise da correlação com a gravidade da psoríase (PASI), as demais variáveis foram divididas em três blocos:

- Variáveis sociodemográficas e de história social;
- Variáveis clínicas e humanísticas;
- Variáveis relacionadas ao tratamento.

A correlação de Spearman analisou se quando o valor da variável Escore total PASI, que representa a gravidade da psoríase aumenta ou diminui, o valor das demais variáveis aumentou ou diminuiu. Além disso, foi realizada análise da correlação intervariáveis.

O coeficiente da Correlação de Spearman gera um número que varia de -1 a +1. Quanto mais próximo dos extremos (-1 ou 1), maior é a força da correlação. Valores próximos de 0 implicam em correlações mais fracas ou inexistentes.

Quando o coeficiente se mostra positivo, indica que o aumento variável Escore total PASI, que representa a gravidade da psoríase, implica no aumento das demais variáveis. Já os valores negativos indicam que o aumento da variável Escore total PASI implica no decréscimo das outras. O mesmo se aplica para a análise da correlação intervariáveis.

Atualmente não há consenso sobre a interpretação do poder de correlação entre as variáveis. Cohen (1992) sugere os seguintes tamanhos de efeito:

$r = 0,10$: correlação fraca.

$r = 0,30$: correlação moderada.

$r = 0,50$: correlação forte.

Para interpretar o tamanho do efeito das correlações, pode-se usar a recomendação de Cohen (1992), porém são os dados abordados na revisão da literatura que, de fato, informarão se os achados podem ser considerados fracos ou fortes.

O valor do r indica portanto, a força da associação. Para uma análise mais clara da correlação, pode-se utilizar o coeficiente de determinação (r^2) que demonstra o tamanho de efeito da correlação. O r^2 é calculado elevando o valor de r ao quadrado, multiplicado por 100. O resultado, demonstrado em porcentagem, indica o quanto da variação de uma variável pode estar correlacionada com a outra.

