

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

**AVALIAÇÃO DE SAÚDE BUCAL EM
PACIENTES COM PSORÍASE DE UM CENTRO
DE REFERÊNCIA**

Thalles Moreira Suassuna

SAPIENTIA AEDIFICAT

2020

THALLES MOREIRA SUASSUNA

**AVALIAÇÃO DE SAÚDE BUCAL EM PACIENTES COM
PSORÍASE DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA**

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Odontologia, da Universidade Federal
da Paraíba, como parte dos requisitos
para obtenção do título de Mestre em
Odontologia.

Linha em Cuidado em Saúde e a
Prática Odontológica Baseada em
Evidências.

Orientador: Prof. Dr. Fábio Correia Sampaio

Coorientador: Prof(a). Dra. Esther Bastos Palitot

João Pessoa

2020

Catalogação na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

S939a Suassuna, Thalles Moreira.

Avaliação de saúde bucal em pacientes com psoríase
de um centro de referência / Thalles Moreira Suassuna.

- João Pessoa, 2022.

56 f. : il.

Orientação: Fábio Correia Sampaio.

Coorientação: Esther Bastos Palitot.

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Psoríase. 2. Psoríase oral. 3. Língua fissurada.
4. Língua geográfica. I. Sampaio, Fábio Correia. II.
Palitot, Esther Bastos. III. Título.

UFPB/BC

CDU 616.517(043)

Elaborado por RUSTON SAMMEVILLE ALEXANDRE MARQUES DA SILVA -
CRB-15/386

THALLES MOREIRA SUASSUNA

**AVALIAÇÃO DE SAÚDE BUCAL EM
PACIENTES COM PSORÍASE DE UM CENTRO DE
REFERÊNCIA**

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Fábio Correia Sampaio

Examinador - UFPB

Prof. Dr. Paulo Rogério Ferreti Bonan

Examinador - UFPB

Prof. Dr. José Wilson Noleto Ramos Júnior

Examinador - UFPB



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA



ATA DA DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
(DOCUMENTO ANEXO – 2)

João Pessoa, 09 de março de 2020.

CANDIDATO: Thalles Moreira Suassuna

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO: "Avaliação de Saúde Bucal em pacientes com Psoríase atendidos em um Centro de Referência"

1º EXAMINADOR: Prof. Dr. José Wilson Noletto Ramos Júnior

Parecer: (X)Aprovado () Insuficiente () Reprovado


1º Examinador

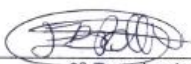
2º EXAMINADOR: Prof. Dr. Paulo Rogério Ferreti Bonan

Parecer: (✓)Aprovado () Insuficiente () Reprovado


2º Examinador

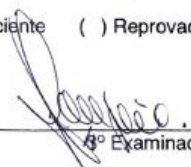
3º EXAMINADOR: Profa. Dra. Esther Bastos Palitot

Parecer: (✓)Aprovado () Insuficiente () Reprovado


3º Examinador

4º EXAMINADOR: Prof. Dr. Fábio Correia Sampaio

Parecer: (✓)Aprovado () Insuficiente () Reprovado


4º Examinador

DEDICATÓRIA

À Deus, por ser fonte infinita de bençãos na minha vida e à minha mãe por ser a maior incentivadora dos meus sonhos desde sempre.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Fábio, por ter sido um orientador presente, paciente, compreensivo, solícito e atencioso durante todo o mestrado.

À Dra Esther, por ter nos dado a oportunidade de desenvolver esta pesquisa, à qual a mesma idealizou, por ter aberto as portas do ambulatório de psoríase e por ter dado todo o suporte necessário.

A todos os mestres com quem pude conviver e aprender no PPGO.

Aos membros da banca por tanta contribuição científica no trabalho.

Aos pacientes da pesquisa, pela confiança.

Agradeço também à minha família, por todo incentivo, compreensão, suporte e estímulo nessa jornada.

Um agradecimento especial às colegas, então acadêmicas, Priscila, Victoria e Roberta, as quais muito contribuíram na coleta dos dados. Sem elas eu não teria conseguido.

Aos colegas do PPGO, pois sempre senti muito companheirismo da parte de todos.

“Se os bens materiais forem a sua esperança de independência, você jamais a terá. A única segurança verdadeira consiste numa reserva de sabedoria, de experiência e de competência.”

(Henry Ford)

RESUMO

Introdução: A psoríase é uma doença inflamatória comum crônica multissistêmica imunomediada e recorrente na qual a desregulação do sistema imunológico resulta em super expressão de citocinas inflamatórias e uma proliferação exagerada de queratinócitos com manifestações clínicas predominantemente cutâneas. Embora o acometimento principal seja cutâneo, há possibilidade de envolvimento de articulações, unhas, mucosas e da cavidade oral, o que pode favorecer o surgimento de alterações bucais. **Objetivo:** Fazer um levantamento epidemiológico da condição de saúde bucal e da existência de lesões orais em pacientes com psoríase. **Materiais e Métodos:** Tratou-se de uma pesquisa quantitativa, prospectiva, documental, de caráter observacional e transversal realizada no ambulatório de dermatologia do HULW-UFPB. Os dados foram coletados dos pacientes através do prontuário/ficha atualizada. Foram coletados dados de anamnese e do exame físico. As principais variáveis analisadas no exame intra-oral foram a presença ou não de lesões bucais e sua classificação (especialmente Língua Geográfica e Língua Fissurada); número de dentes careados, perdidos e obturados; o Índice de Sangramento Gengival e o fluxo salivar (não estimulado). Para delinear o perfil sociodemográfico e clínico da amostra foi realizada uma análise descritiva dos dados. **Resultados:** A idade média dos pacientes analisados foi de 49,3 ($\pm$ 14,6) anos variando de 10 a 79 anos, apontando-se uma distribuição equilibrada entre os gêneros, onde a maioria da amostra (54%) era parda. Em relação as lesões bucais, 57% dos pacientes apresentaram Língua Fissurada (50% leve, 29% moderada e 19% severa) e 5,65% dos pacientes apresentaram características de eritema migratório, sendo que em todos estes casos havia Língua Fissurada concomitante. Ainda houve seis casos (4,8%) que afirmaram recordar-se de algum episódio LG. O ISG obteve uma média de 48% ($\pm$ 42), cujo desvio padrão aponta grande heterogeneidade dessa variável e a amplitude confirma essa impressão (mínimo 0, máxima de 100%). **Conclusão:** Pudemos concluir que, de fato, há uma prevalência aumentada de Língua Geográfica e Língua Fissurada em pacientes com Psoríase. Porém o estudo das repercussões orais da psoríase é um campo vasto a ser explorado. Muitas questões permanecem precisando de mais elucidação. Entre elas a celeuma da distinção clínica e histopatológica entre

Língua Geográfica e Psoríase Oral. Bem como a associação genética que possa haver entre psoríase cutânea e suas repercussões orais.

Palavras-chave: Psoríase; Psoríase Bucal; Língua Fissurada; Glossite Migratória; Língua Geográfica.

ABSTRACT

Introduction: Psoriasis is a common, chronic, multisystemic immune-mediated and recurrent inflammatory disease in which the dysregulation of the immune system results in overexpression of inflammatory cytokines and an excessive proliferation of keratinocytes with predominantly cutaneous clinical manifestations. Although the main involvement is cutaneous, there is a possibility of involvement of joints, nails, mucous membranes and the oral cavity, which can favor the appearance of oral changes such as the geographical tongue and fissured tongue, among other conditions to be presented and discussed in this study. **Objective:** To carry out an epidemiological survey of the oral health condition and the existence of oral lesions in patients with psoriasis. **Materials and Methods:** This was a quantitative, prospective, documentary, observational and transversal research carried out at the dermatology outpatient clinic of HULW-UFPB. Data were collected from patients through the updated medical record / record. Anamnesis and physical examination data were collected. The main variables analyzed in the intraoral examination were the presence or absence of oral lesions and their classification (especially Geographic Language and Fissured Language); number of missing teeth, missing and filled; the Gingival Bleeding Index and salivary flow (not stimulated). To outline the sample's sociodemographic and clinical profile, a descriptive analysis of the data was performed. **Results:** The mean age of the patients analyzed was 49.3 ($\pm$ 14.6) years, ranging from 10 to 79 years, showing a balanced distribution between genders, where the majority of the sample (54%) was brown. Regarding oral lesions, 57% of the patients had a fissured tongue (50% mild, 29% moderate and 19% severe) and 5.65% of the patients had features of migratory erythema, and

in all these cases there was a concomitant fissured tongue. There were still six cases (4.8%) that claimed to recall an LG episode. The ISG obtained an average of 48% (± 42), whose standard deviation points to a great heterogeneity of this variable and the amplitude confirms this impression (minimum 0, maximum 100%). **Conclusion:** We were able to conclude that, in fact, there is an increased prevalence of Geographic Language and Fissured Language in patients with Psoriasis. However, the study of the oral repercussions of psoriasis is a vast field to be explored. Many issues remain in need of further clarification. Among them the stir of the clinical and histopathological distinction between Geographic Language and Oral Psoriasis. As well as the genetic association that may exist between cutaneous psoriasis and its oral repercussions.

Keywords: Psoriasis; Psoriasis, oral; Fissured Tongue; Benign Migratory Glossitis; Geographic Tongue.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP - Comitê de Ética e Pesquisa

OMS - Organização Mundial de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

PASI – Psoriasis Area Severity Index

CPO-d – Número de dentes careados, perdidos e obturados

ISG – Índice de sangramento Gengival

LF – Língua Fissurada

LG – Língua Geográfica

HLA - Antígeno Leucocitário Humano

HULW – Hospital Universitário Lauro Wanderley

IL – Interleucina

TNFA – Fator de Necrose Tumoral

EGF - Fator de crescimento epidérmico

VEGF - Fator de crescimento endotelial vascular

SUMÁRIO

1 – Introdução	1
2 – Capítulo 1	4
2.1 – Resumo	4
2.2 – Palavras-chave	5
2.3 – Introdução	5
2.4 – Materiais e métodos	6
2.5 – Resultados	9
2.6 – Discussão	12
2.7 – Conclusão	18
2.8 – Referências	18
3 – Referências	22
4 – Anexos	24
4.1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	24
4.2 – Parecer consubstanciado do comitê de ética	26
4.3 – Ficha de coleta de dados	29
4.4 – Normas da revista	38

1 - INTRODUÇÃO

A psoríase é uma doença inflamatória da pele imuno-mediada, que perturba a qualidade de vida dos indivíduos por conferir fardos sociais e físicos (Singh et al, 2018; Boehncke e Schon, 2015).

A prevalência estimada de psoríase varia entre 0,5% e 4,6% com variações geográficas e étnicas (Boehncke e Schon, 2015; Darwazeh et al, 2012), com 100 milhões de indivíduos afetados em todo o mundo (Singh et al, 2018). A doença afeta ambos os sexos (Fatahzadeh M, 2016) e apresenta uma idade de início bimodal, independentemente da origem étnica, com o 1º pico (~ 65% da psoríase) com idade média de 15 a 20 anos e o 2º pico (~ 35% da psoríase) com idade média de 55 a 60 anos (Singh et al, 2018).

A condição se estabelece quando há um defeito no ciclo normal do desenvolvimento epidérmico, com um distúrbio na proliferação e diferenciação de queratinócitos associados a alterações inflamatórias e vasculares, com infiltrado de leucócitos composto por linfócitos T ativados, neutrófilos, dendrócitos e mastócitos, levando à cornificação incompleta com corneócitos que retêm aberrantemente núcleos intactos e resultando em estrato córneo pouco aderente (Singh et al, 2018; Boehncke e Schon, 2015; Picciani et al, 2016).

O papel de fatores ambientais, múltiplos genes e sistema imunológico tem sido sugerido no desenvolvimento e desencadeamento da doença. Vários fatores ambientais, drogas e particularmente infecções, como bactérias (*Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*), fungos (*malassezia*, *candida*) e virais (*papilomavírus*, *retrovírus*), têm sido reconhecidamente apontados como importantes na provocação e exacerbação de psoríase (Singh et al, 2018; Lisan et al, 2018).

A psoríase pode ser localizada ou generalizada, afetando quase toda a pele com um curso imprevisível. Normalmente as lesões em pacientes com psoríase se manifestam como placas eritematosas demarcadas com escamas brancas prateadas aderentes, mais frequentemente associadas a prurido (Singh et al, 2018; Boehncke e Schon, 2015).

A doença é classificada em psoríase vulgar, inversa, gutata, palmoplantar, pustular, ungueal, eritrodérmica e Artrite Psoriásica. Esses subtipos clínicos da psoríase são nomeados com base na espessura, aparência morfológica e localização das placas, mas apresentam características comuns como eritema, descamação e elevação (Singh et al, 2018; Boehncke e Schon, 2015).

A psoríase em placas (psoríase vulgar) é o subtipo clínico mais comum, que afeta cerca de 80-90% dos pacientes (Ferris et al, 2019). Placas simetricamente distribuídas em quase todas as partes do corpo (cotovelos, joelhos, couro cabeludo e região lombar) são a característica marcante desse subtipo. A psoríase inversa se manifesta como lesões vermelhas brilhantes nas áreas intertriginosas e desprovidas de escamas. A psoríase pustular generalizada é caracterizada por pústulas estéreis disseminadas que se fundem para formar extensos lagos de pus em áreas eritematosas avermelhadas inflamadas e dolorosas. A erupção de pápulas ao redor do tronco e dos braços é vista na psoríase gutata. A eritrodérmica representa a forma mais grave de psoríase e envolve mais de 90% da área da superfície da pele (Singh et al, 2018; Boehncke e Schon, 2015). Ungueal é caracterizada pela onicodistrofia, a qual pode acometer unhas do pés, das mãos ou ambos. Além dessas formas, por volta da 6ª década de vida 40-60% dos indivíduos tendem a desenvolver a Artrite Psoriásica, que gera dor, edema, enrijecimento e deformidade nas articulações (Singh et al, 2018; Dammády et al, 2019)

Várias lesões orais, como Língua Geográfica (LG), Língua Fissurada (LF) e, em menor extensão, Leucodedema e Pigmentação Melânica, foram descritas com maior prevalência em pacientes psoriáticos em comparação aos indivíduos controle. Além disso, estudos microbiológicos revelaram que as espécies de *Cândida*, especialmente *Cândida Albicans*, são isoladas com mais frequência das fezes, unhas, pele e saliva de pacientes com psoríase do que de pessoas saudáveis (Armstrong et al, 2016; Lisan et al, 2018).

A Glossite migratória benigna ou Língua Geográfica, que é uma das principais entidades vinculadas a psoríase, é uma doença oral comum de etiologia desconhecida. Ocorre em 0,78% a 5% da população e as mulheres são as mais afetadas por uma proporção de 2:1 (Picciani et al, 2019). Essa condição

é caracterizada pela atrofia das papilas filiformes, resultando em áreas desnudadas com zonas periféricas esbranquiçadas que migram pela língua curando em um local enquanto se estendem para outro. Embora a LG seja geralmente assintomática, uma minoria de pacientes (9%) apresenta desconforto que varia da sensibilidade à fumaça do cigarro, alimentos apimentados e frutas (Dafar et al, 2017; Guimarães et al, 2007; Picciani et al, 2015; González-Álvarez et al, 2018; Picciani et al, 2017).

Alguns autores sugerem que o LG pode representar uma manifestação oral precoce da psoríase e descreveram a relação entre o LG e a gravidade da psoríase. No entanto, especula-se que haja uma verdadeira psoríase na mucosa oral, pois sua existência foi apontada por testes histopatológicos realizado em indivíduos com psoríase cutânea (Darwazeh et al, 2012; Lisan et al, 2018).

Embora a existência de psoríase oral esteja sujeita a certa controvérsia, o envolvimento da mucosa oral ocorre, embora com pouca frequência e particularmente em associação com subtipos específicos de psoríase (Fatahzadeh M, 2016; Monson et al, 2016; Mattsson et al, 2015).

A Língua Fissurada, por sua vez, é uma condição que se manifesta marcadamente por sulcos de número, profundidade e padrão variável no dorso da língua. Tem uma incidência entre 5% e 10% da população mundial. O diagnóstico de LG e LF é baseado nas características clínicas da lesão e a confirmação histopatológica é raramente realizada, dificultando o estudo de sua patogênese (Fatahzadeh M, 2016; Picciani et al, 2017). A LF está significativamente mais presente em pacientes com psoríase e está relacionada à psoríase de início tardio; no entanto, poucos estudos têm disponível os aspectos clínicos, dificultando o entendimento mais profundo sobre essa relação (Picciani et al, 2017). Geralmente, as lesões da LF são irreversíveis, a prevalência aumenta com a idade e provavelmente resulta de glossite a longo prazo (Picciani et al, 2016).

Além das repercussões orais já referidas, recentemente foi levantada a hipótese de que gengivite e periodontite compartilham o mesmo processo patogênico inflamatório subjacente da psoríase (Ganzetti et al, 2014). A periodontite é uma doença infecciosa crônica dos tecidos de sustentação dos

dentes, caracterizada por sangramento gengival, formação de bolsa periodontal, destruição da fixação do tecido conjuntivo e perda óssea alveolar (Dammády et al, 2019). A etiologia da doença periodontal é reconhecida como multifatorial, e vários fatores de risco comportamentais, ambientais, microbianos, sistêmicos e genéticos foram relatados para influenciar sua expressão (Sharma et al, 2014; Ancuta et al, 2017).

Devido ao fato de que poucos dados estão disponíveis na literatura e muitas controvérsias ainda existem sobre o assunto, esse estudo justifica-se para ajudar no entendimento da saúde bucal deste grupo de pacientes. Ademais, a condição de saúde dental, o fluxo salivar e a saúde periodontal são dados normalmente negligenciados pela maioria dos estudos. O objetivo deste trabalho é realizar um levantamento epidemiológico da saúde bucal dos pacientes com psoríase englobando diversa variáveis.

2 - CAPÍTULO 1

O manuscrito a seguir foi submetido para publicação no periódico “*Cadernos de Saúde Pública*”. (Qualis A2 – Odontologia; IF 1,17). * Normas da revista (Anexo C)

Condições orais de pacientes portadores de psoríase em um centro de referência

SUASSUNA, TM; SAMPAIO, FC; PALITOT, EB; DIAS, VM; SILVA, AO; ALBUQUERQUE, RE.

RESUMO

O objetivo deste trabalho é realizar um levantamento epidemiológico da saúde bucal dos pacientes com psoríase avaliando a prevalência de alterações bucais, bem como a saúde dentária e periodontal. Tratou-se de uma pesquisa quantitativa, prospectiva, documental, de caráter observacional e transversal realizada no ambulatório de dermatologia do HULW-UFPB. Os dados foram coletados dos pacientes através do

prontuário/ficha atualizada. Foram coletados dados de anamnese e do exame físico. As principais variáveis analisadas no exame intra-oral foram a presença ou não de lesões bucais e sua classificação (especialmente Língua Geográfica e Língua Fissurada); número de dentes careados, perdidos e obturados; o Índice de Sangramento Gengival e o fluxo salivar (não estimulado). Para delinear o perfil sociodemográfico e clínico da amostra foi realizada uma análise descritiva dos dados. A idade média dos pacientes analisados foi de 49,3 ($\pm$ 14,6) anos variando de 10 a 79 anos, apontando-se uma distribuição equilibrada entre os gêneros, onde a maioria da amostra (54%) era parda.

Em relação as lesões bucais, 57% dos pacientes apresentaram Língua Fissurada (50% leve, 29% moderada e 19% severa) e 5,65% dos pacientes apresentaram características de eritema migratório, sendo que em todos estes casos havia Língua Fissurada concomitante. Ainda houve seis casos (4,8%) que afirmaram recordar-se de algum episódio LG. O ISG obteve uma média de 48% ($\pm$ 42), cujo desvio padrão aponta grande heterogeneidade dessa variável e a amplitude confirma essa impressão (mínimo 0, máxima de 100%). Pudemos concluir que, de fato, há uma prevalência aumentada de Língua Geográfica e Língua Fissurada em pacientes com Psoríase. Porém o estudo das repercussões orais da psoríase é um campo vasto a ser explorado. Muitas questões permanecem precisando de mais elucidação. Entre elas a celeuma da distinção clínica e histopatológica entre Língua Geográfica e Psoríase Oral. Bem como a associação genética que possa haver entre psoríase cutânea e suas repercussões orais.

Palavras-chave: Psoríase; Psoríase Bucal; Língua Fissurada; Glossite Migratória; Língua Geográfica.

Keywords: Psoriasis; Psoriasis, oral; Fissured Tongue; Benign Migratory Glossitis; Geographic Tongue.

INTRODUÇÃO

A psoríase é uma doença inflamatória da pele imuno-mediada, que perturba a qualidade de vida dos indivíduos por conferir fardos sociais e físicos^{1,2}.

A prevalência estimada de psoríase varia entre 0,5% e 4,6% com variações geográficas e étnicas^{2,3}, com 100 milhões de indivíduos afetados em todo o mundo¹. A

doença afeta ambos os sexos⁴ e apresenta duas fases de início bem marcadas. Por volta dos 15 aos 20 anos 65% dos casos se desenvolvem, e o restante por volta dos 55 a 60 anos¹.

Normalmente as lesões em pacientes com psoríase se manifestam como placas eritematosas demarcadas com escamas brancas prateadas aderentes, mais frequentemente associadas a prurido. A doença é classificada em psoríase vulgar, inversa, gutata, palmoplantar, pustular, ungueal, eritrodérmica e Artrite Psoriásica^{1,2}.

Algumas condições orais têm sido apontadas como mais prevalente em indivíduos com psoríase, entre elas, principalmente, a Língua Geográfica (LG), Língua Fissurada (LF), em menor extensão, Leucodedema, Pigmentação Melânica, Candidoses e, recentemente, Doença Periodontal^{5,6,7,8}.

Devido ao fato de que poucos dados estão disponíveis na literatura e muitas controvérsias ainda existem sobre o assunto, esse estudo justifica-se para ajudar no entendimento da saúde bucal deste grupo de pacientes. Ademais, a condição de saúde dental, o fluxo salivar e a saúde periodontal são dados normalmente negligenciados pela maioria dos estudos. Assim, o objetivo deste trabalho é realizar um levantamento epidemiológico da saúde bucal dos pacientes com psoríase.

MATERIAL E MÉTODOS

CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Tratou-se de uma pesquisa quantitativa, prospectiva, documental, de caráter observacional e transversal. A escolha deste desenho metodológico deve-se ao fato de os estudos transversais serem úteis para descrever o espectro clínico de uma afecção, estudar efeitos das variáveis sobre a saúde e serem convenientes para examinar uma rede de conexões causais.

A presente pesquisa buscou seguir as recomendações do *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) para o delineamento e desenvolvimento da mesma⁹.

ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) do CCM/UFPB sob número de parecer 2.770.889 e sob CAAE 90871318.8.0000.8069.

Somente participaram da pesquisa os indivíduos que receberam explicações sobre o intuito da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi observada a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e Declaração de Helsinki.

CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no ambulatório de dermatologia do HULW-UFPB, no serviço especializado de psoríase, que faz cerca de 50 atendimentos por mês, nos dias de terça-feira e quinta-feira pela manhã entre os meses de março e agosto, com a coleta dos dados sendo realizada sempre após a consulta dermatológica de rotina.

UNIVERSO DA PESQUISA

A população alvo foi constituída por todos os pacientes com diagnóstico confirmado por exame histopatológico e que realizam acompanhamentos clínicos periódicos.

Os dados foram coletados dos pacientes através do prontuário/ficha atualizada do ambulatório onde constavam campos para informações médicas e odontológicas.

COLETA DE DADOS

Dados Não Clínicos

Tratou-se do preenchimento da ficha/prontuário, onde constavam as informações relativas aos dados biográficos, condições de vida dos participantes, histórico de saúde e o histórico específico da psoríase, bem como o tratamento que vem sendo instituído.

Dados Clínicos

Para o exame clínico o indivíduo foi posicionado sentado em uma cadeira de frente para o examinador sob luz artificial móvel. Fora os EPIs, foram utilizadas espátulas de madeira, espelhos bucais planos e sondas periodontais, devidamente esterilizadas.

Os exames clínicos foram realizados por um único examinador, o qual foi calibrado e treinado para tal fim.

As principais variáveis analisadas no exame intra-oral foram a presença ou não de lesões bucais e sua classificação (especialmente Língua Geográfica e Língua Fissurada); número de dentes careados, perdidos e obturados; o Índice de Sangramento Gengival e o fluxo salivar (não estimulado).

Segue detalhamento das variáveis:

Presença de alterações bucais (Com base na inspeção visual e de acordo com a classificação da OMS de 1980¹⁰):

Língua fissurada – Se presente, foi classificada de acordo com a classificação de Sudarshan R (2015) baseada na quantidade de fissuras: a) Leve: 1-3 fissuras; b) Moderada: 4-9 fissuras; c) Grave: 10 ou mais fissuras.

Língua geográfica - Duas categorias serão consideradas: a) Sim; b) Não.

Presença eventual de outra lesão oral – a) Sim; b) Não. Se positivo: Qual?

Índice CPO-D: Índice de dentes cariados, perdidos e obturados com base nos critérios OMS 2013¹².

ISG: Índice de Sangramento Gengival com sonda periodontal a uma pressão de 25N, de acordo com Aimano e Bay, 1975 (Número de faces sangrantes/Número de faces examinadas x 100)¹³.

Fluxo Salivar: Não estimulado (em mililitros).

ANÁLISE DOS DADOS

Os dados dos prontuários foram transferidos, tabulados e codificados em uma planilha do Excel (Microsoft) e em seguida foram transferidos para o software estatístico livre “R” (www.r-project.org).

Para delinear o perfil sociodemográfico e clínico da amostra foi realizada uma análise descritiva dos dados. Para as variáveis numéricas (contínuas ou discretas) foram calculadas as medidas de posição (média, mediana, mínimo e máximo) e dispersão

(desvio padrão). Por outro lado, as variáveis categóricas foram apresentadas através de suas distribuições de frequência absoluta e relativa.

RESULTADOS

No período da pesquisa foram coletados dados de 138 pacientes, sendo que apenas 124 entraram no estudo por estarem com os dados completos.

A idade média dos pacientes analisados foi de 49,3 ($\pm$ 14,6) anos variando de 10 a 79 anos, apontando-se uma distribuição equilibrada entre os gêneros, onde a maioria da amostra (54%) era parda (Tabela 1).

Foi observado que 41% da amostra reconhecia pelo menos um caso de psoríase na família e o local de início da doença mais predominante na amostra foi couro cabeludo (30%). Quanto ao tipo predominante, 83% dos pacientes possuíam a Psoríase Vulgar, sendo o prurido a queixa principal em 39% dos pacientes (Tabela 2).

Em relação às idades de início observamos que 12% começaram a ter psoríase com até 14 anos, 25% entre 15 e 29 anos, 40% entre 30 a 49 anos, 18 % entre 50 a 69 anos e 2% após os 70 anos. Grande parte dos pacientes (63%) se mostraram com psoríase grave (>12) (Tabela 2).

Em relação as lesões bucais, 57% dos pacientes apresentaram Língua Fissurada (50% leve, 29% moderada e 19% severa) e 5,65% dos pacientes apresentaram características de eritema migratório, sendo que em todos estes casos havia Língua Fissurada concomitante. Ainda houve seis casos (4,8%) que afirmaram recordar-se de algum episódio LG (Tabela 3).

O ISG obteve uma média de 48% ($\pm$ 42), cujo desvio padrão aponta grande heterogeneidade dessa variável e a amplitude confirma essa impressão (mínimo 0, máxima de 100%). Já para o fluxo salivar, foi observado um valor médio de $0,18 \pm 0,15$, com valor mediano 0,1 (Tabela 4).

Em relação à saúde dentária (Tabela 5), observamos que para o grupo etário de 10 a 30 anos foi observado um CPO-d médio de 9,8 ($\pm$ 7,3) e mediana de 8. Isso implica que nesse grupo etário 50% dos pacientes já apresentam CPO-d superior a 7 dentes. Ainda, o desvio padrão associado a média indica que há uma variabilidade expressiva na experiência de cárie, padrão que se repetiu nas faixas etárias seguintes.

Variável	n	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	DP
Idade	124	49,3	52	10	79	14,6
	n			%		
Variável						
Sexo						
Feminino		64			51,6	
Masculino		60			48,4	
Cor de pele						
Branco		35			29,9	
Amarelo		5			4,2	
Pardo		64			54,7	
Negro		13			11,1	

Tabela 1. Medidas descritivas da idade e perfil biográfico da amostra.

Variável	n	%
Histórico de psoríase na família		
Não lembra	3	2,4
Sim	51	41,1
Não	70	56,4
Local de início da psoríase		
Couro cabeludo	37	30
Pés	12	9,7
Cotovelos	18	14,6
Pernas	8	6,5
Outros	16	13
Mais de um local	32	26
Idade de Início da Psoríase		
Até 14 anos	15	12
Entre 15 e 29 anos	30	25
Entre 30 e 49 anos	48	40
Entre 50 a 69 anos	22	18
A partir de 70 anos	3	2

Tabela 2. Perfil clínico dos pacientes em relação à psoríase.

Variável	n	%
Lesão bucal		
Língua Fissurada (LF)	71	57,2
LG + LF	7	5,6
Outras (Leucoplasia e Língua Pilosa)	2	1,6
Nenhuma	43	34,6

Gravidade da LF

Leve	39	50,6
Moderada	23	29,8
Severa	15	19,4

Antecedentes de LG

Sim	6	4,8
Não	70	56,4
Não sabe	48	38,7

Tabela 3. Perfil de saúde bucal dos pacientes.

Variável	n	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	DP
Quantidade de escovação	116	2,6	3	1	6	1
ISG	98	48,3	51,5	0	100	42,2
Fluxo salivar	113	0,18	0,1	0	1	0,15

Tabela 4. Medidas descritivas das variáveis de saúde bucal.

Faixa etária	n	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	DP
10 a 30	11	9,82	8	3	29	7,3
31 a 40	83	16,5	17	0	32	8,8
41 +	30	25,3	28,5	0	32	7,9

Tabela 5. Medidas descritivas da variável CPO-d por faixa etária.

DISCUSSÃO

No nosso estudo encontramos uma distribuição equilibrada entre os gêneros, dados que vão ao encontro da literatura^{1,2}. Além disso, encontramos uma distribuição étnica que abrangeu as diferentes etnias presentes no nosso país, com uma predileção por indivíduos pardos (54%). Embora a literatura aponte um acometimento equilibrado de psoríase entre diferentes etnias, tal predileção encontrada no nosso estudo pode ser explicada, não só pelo perfil da população brasileira que é naturalmente mestiça com grande quantidade de pardos, mas também pelo perfil dos pacientes atendidos no âmbito do SUS, onde grande parcela destes é afrodescendente e menos favorecido socioeconomicamente¹⁴.

A psoríase tem uma predisposição genética bastante evidente devido a incidências mais altas na primeira geração de filhos de pacientes psoriásicos do que a população geral e altas taxas de concordância de psoríase entre gêmeos monozigóticos (20-73%) e gêmeos dizigóticos (12-30%) com estimativas de herdabilidade entre 66% a 90%^{1,15}.

Concordantemente com esta lógica encontramos que grande parte dos pacientes (41%) possuía pelo menos um caso reconhecido de psoríase na família e esse achado reforça, mais uma vez, a participação importante do fator genética no desenvolvimento da psoríase.

Estudos abrangentes nos últimos anos revelaram que a suscetibilidade e a expressão da psoríase são fortemente influenciadas por alterações genômicas. E atualmente já se aponta um conjunto de cerca de 424 genes associados à psoríase¹. No entanto, a ausência de concordância de 100% em gêmeos monozigóticos e a falta de um padrão de herança claro nas famílias sugerem uma etiologia multifatorial, implicando um papel proeminente de gatilhos ambientais no desenvolvimento da doença¹. Devendo ser também uma linha de investigação e prevenção os fatores ambientais.

Na nossa amostra encontramos que uma maioria maciça dos casos de psoríase (81%) era do tipo Vulgar, corroborando as informações da literatura^{1,2}.

Sabe-se que, quanto mais cedo o surgimento da psoríase, mais agressivo tende a ser seu curso. E, diferente dos resultados de outros estudos^{1,2}, que afirma que a maioria dos indivíduos desenvolve a psoríase por volta dos 20 anos de idade, na nossa amostra apenas 25% desenvolveu a psoríase na faixa etária dos 15 aos 29 anos de idade e 40%

desenvolveu entre os 30 a 49 anos. Embora a faixa etária de maior acometimento (30 a 49 anos) seja mais abrangente, e estes dados estejam sujeitos a uma pequena imprecisão por depender da memória do indivíduo, o qual nem sempre lembra com exatidão quando começou a manifestar a doença, tal variação, se existente, não justificaria tamanha diferença entre os dados deste estudo em relação à outros. Assim, pode-se suspeitar de uma variabilidade um pouco maior nesse quesito.

A associação da psoríase com a língua fissurada e com a língua geográfica está bem documentada. Enquanto na população geral a prevalência de LG situa-se entre 1 a 2% da população e de LF entre 5 a 10%, em indivíduos com psoríase cutânea varia entre 5,6 a 8,1% para LG e varia entre 9,8 a 47% para LF^{16,17}.

Em seu estudo, Darwazeh et al (2012) encontrou uma incidência aumentada de LF e LG em pacientes psoriásicos, quando comparados ao seu grupo controle. Alterações na mucosa oral foram diagnosticadas em 43 (43%) pacientes psoriásicos e 17 (17%) sujeitos de controle. Especificamente em relação a LG, encontrou-se 17% dos pacientes com essa manifestação no grupo de psoriásicos contra 9% no grupo controle. Em relação à LF encontrou-se uma diferença de 35% contra 13%³.

Tomb et al. (2010) foram além e conseguiram apontar uma relação com a a psoríase pustular mais acentuadamente¹⁸. E Picciani et al (2016) destacaram a maior prevalência de LG na psoríase precoce e da LF na psoríase tardia¹⁶.

Daneshpazhooh et al (2004) avaliaram 200 pacientes com psoríase e 200 no grupo controle. Eles encontraram língua fissurada em 33% e língua geográfica em 14% dos pacientes com psoríase; no grupo controle, encontraram língua fissurada em apenas 9,5% e língua geográfica em 6% dos pacientes. Dos psoriásicos com LG 32% apresentavam psoríase grave, e assim, relacionou-se a lesão com a gravidade da doença¹⁹. Conclusão parecida teve Zargari et al (2006), o qual também relacionou a LG com a gravidade da psoríase, por encontrar que na maioria dos seus pacientes psoriásicos com LG desenvolveram a psoríase de forma precoce²⁰.

Singh et al (2013) em um estudo com 600 pacientes psoriásicos concluíram, também, que a língua geográfica está relacionada com a psoríase e a sua gravidade. Nesse mesmo estudo foi mostrado que 79% dos pacientes psoriásicos com LG eram do sexo masculino²¹. E esses dados diferiram dos pacientes com LG sem psoríase, que geralmente

são do sexo feminino, e os fatores hormonais são identificados como gatilhos ou intensificadores.

No presente trabalho, encontramos uma parcela significativa de psoriásicos com LF (57%), e uma parcela mais discreta com LG (5,6%), sendo que em todos os casos de LG havia LF associada. Essa observação reafirma a noção de que pode haver a coexistência dessas manifestações.

Embora nos estudos, de uma forma geral, apontem-se concordâncias nos dados epidemiológicos, observamos uma certa variabilidade nos valores absolutos e relativos. Essa variabilidade nas estimativas pode ser explicada por uma ampla gama de diferenças na amostragem, diagnóstico, método do exame e até calibração do examinador.

Além disso, a quantidade de LG pode sempre ser subestimada por ser uma condição transitória que nem sempre está evidente. Outro fator a ser observado é que os indivíduos estavam em tratamento e acompanhamento periódico, o que levanta a possibilidade de interferência medicamentosa no controle das lesões orais, especialmente a LG.

Apesar de não haver grupo controle no nosso estudo e outros vieses já citados possam existir, nossos resultados de prevalência de alterações bucais estão dentro da margem vista na literatura para o grupo pesquisado^{3, 16, 22}, portanto tais dados servem para reforçar a associação entre Psoríase e alterações bucais.

Uma questão relevante é qual seria a explicação para essa elevada prevalência de LG em indivíduos com psoríase. E a literatura indica que a LG tem mecanismos semelhantes ao da psoríase, numa interrelação de genética com fatores ambientais¹⁷.

Sabidamente a LG é mais prevalente em pacientes com tendência a desenvolver doenças imunológicas. A associação entre antígeno leucocitário humano (HLA) Cw6, a LG e psoríase reforçam essa crença. Os polimorfismos funcionais de IL-B, IL-6 e TNF- α estão associados a diferentes expressões proteicas e têm sido relacionados à patogênese de algumas doenças imunológicas e, além disso, polimorfismos de IL-B e TNFA foram associados à psoríase¹⁶.

Na LG a causa exata da atrofia das papilas da língua é desconhecida. No entanto, é estabelecido que o epitélio da língua passa a se renovar continuamente, sofrendo

proliferação, maturação e apoptose, processos que são, em parte, controlados pelo fator de crescimento epidérmico (EGF). O fator de crescimento endotelial vascular (VEGF) também tem sido implicado na renovação do epitélio da língua. Além disso, sabe-se que a interleucina-8 (IL-8) é um potente ativador de neutrófilos e outras células imunológicas, e níveis aumentados de IL-8 são indicativos de uma condição inflamatória²³.

Outra questão mister nesse assunto é desvendar qual seria a verdadeira natureza da manifestação entendida como língua geográfica. Alguns acreditam se tratar de psoríase oral, mas há dificuldade em aceitar essa afirmação devido ao fato de que muitos pacientes sem psoríase apresentam LG. Além disso, existem poucos estudos controlados com testes histológicos e genéticos^{16,22}.

Mattsson et al. (2015) afirmam que o diagnóstico da lesão psoriásica da mucosa oral é problemático, por não haver critérios clínicos ou histopatológicos. E ainda aponta outro fator complicador para o diagnóstico, que é a aparência variável das lesões²⁴.

Lesões orais isoladas (na ausência de lesões cutâneas) podem representar manifestações da psoríase cutânea em pacientes em remissão da doença. Assim, nessas condições, os achados orais podem ser considerados mucosite psoriasiforme, em vez de psoríase oral. Por outro lado, a psoríase oral seria aquela em que há a presença de lesões cutâneas em curso paralelo às lesões orais²⁵.

Picciani et al (2015), avaliaram dois grupos de pacientes com LG, sendo um grupo com psoríase e outro sem psoríase. A avaliação foi com base na tipagem do HLA (antígeno leucocitário humano), coletado a partir do sangue, e encontrou diferenças significativas entre os alelos dos grupos, que apontou, através dessas alterações genéticas, haver distinção entre a LG dos pacientes psoriásicos e não psoriásicos²⁶. Dessa forma sugeriu-se existir, de fato, a psoríase oral como uma entidade distinta.

Em outro estudo, Picciani et al (2017), encontraram diferenças significantes nos aspectos clínicos da LG de pacientes com psoríase e sem psoríase. No primeiro grupo observou-se uma maior severidade da LG, menor índice de sintomatologia e maior ocorrência de LF concomitante¹⁷. Tais achados reforçam a mesma teoria do parágrafo anterior.

No âmbito histopatológico, sabe-se que os achados microscópicos da psoríase são muito característicos: aumento regular da camada espinhosa com espessamento da parte inferior porções; espessamento e inchaço das papilas; hipertrofia suprapapilar com

presença ocasional de uma pequena pústula espongiforme; ausência de camada granular; paraqueratose; presença do microacesso de Munro; infiltração de células inflamatórias, particularmente linfócitos T, macrófagos e neutrófilos, na derme e submucosa. Esses achados microscópicos também são vistos na LG, destacando-se a similaridade histopatológica entre as duas doenças. Lembrando que estas características podem variar de acordo com o estágio clínico da lesão e a área da biópsia²⁷.

No entanto, Picciani et al (2014) e Femiano et al (2001) encontram diferenças histopatológicas em alguns espécimes de biópsia de LG entre pacientes com psoríase e sem psoríase^{28,29}. Sugerindo que pode haver, de fato, a LG de pacientes sem psoríase e uma entidade distinta como a psoríase oral.

Para nós da autoria, entendemos que é perfeitamente plausível a existência da verdadeira psoríase oral, tendo em vista o comportamento característico da psoríase de afetar localidades mais diversas e sob formas de apresentação diferentes. Como também entendemos que é possível a ocorrência de um evento de glossite migratória em um paciente com psoríase em um processo de patogênese distinta. Mesmo assim, cremos que as evidências disponíveis ainda sejam insuficientes para cravar categoricamente que em pacientes com psoríase haja distinção entre a LG e a psoríase oral.

Em se tratando de língua fissurada, ela é outra condição frequentemente associada a psoríase e constantemente encontrada concomitantemente à língua geográfica.

Estudos mostram prevalência de língua fissurada em pacientes com psoríase variando de 9,8% a 47,5%. E em um estudo publicado em 2017, Picciani et al avaliaram clinicamente 488 pacientes em três grupos: pacientes com psoríase, pacientes com Língua Fissurada e pacientes com essas duas condições e concluiu que, a LF está associada à psoríase de início tardio, mas não à gravidade da psoríase, diferentemente da LG³⁰.

Em nosso estudo, encontramos LF em 63% (50% leve, 29% moderada e 19% severa) da amostra, sendo que em 5,65% dos pacientes havia LG associada. Tal achado reforça os dados da literatura que apontam a associação entre psoríase e LF. Além disso, corrobora o entendimento de que se a LG e a psoríase são de caráter transitório, a LF, pelo contrário, é de caráter permanente e se consolida como uma expressão tardia e, possivelmente, consequência da LG que causa alteração papilar¹⁶.

Outra situação que vem sendo apontada na literatura com possível associação à psoríase é a doença periodontal.

Ganzetti et al (2014) realizou em seu estudo uma avaliação periodontal em 50 pacientes psoriásicos e um grupo controle. Os achados foram de que a maioria dos pacientes com psoríase mostrou gengivite difusa persistente por mais de 1 ano³¹. Segundo os autores, o evento pode ser explicado porque a psoríase e a gengivite/periodontite compartilham o mesmo processo patogénico inflamatório subjacente.

Em uma revisão sistemática, Monson et al (2016) encontrou dados que também sugerem haver uma relação entre a DP e gravidade da psoríase²⁵. E no estudo de Sharma et al (2014) também se encontrou, em pacientes, com psoríase maior índice de doença periodontal e com maior severidade em relação ao grupo controle. Encontrando ainda uma associação entre a severidade de ambas as patologias⁷.

Posteriormente, Ancuta et al (2017) encontrou achados semelhantes ao avaliar indivíduos com Artrite Psoriásica, que faziam uso de inibidores de TNF⁸. Achados como este levaram Dammády et al (2019) a acreditar que a periodontite, através do efeito imunomodulador da microbiota oral, possa desempenhar um papel direto e indireto no desenvolvimento ou exacerbação da psoríase e influenciar a eficácia da terapia antipsoriásica³².

Na presente pesquisa utilizamos o Índice de Sangramento Gengival (ISG) para avaliar a saúde periodontal e encontramos como resultado uma média de 48% ($\pm$ 42). O desvio padrão nesta magnitude aponta que, em alguns indivíduos esse índice era muito alto e, em outros muito baixo. Assim, diante dessa variabilidade, sugere-se haver outros fatores determinantes que influenciem na instalação e persistência da doença periodontal.

Uma última condição a ser apontada na literatura com associação à psoríase e a ser discutida aqui é a candidose. Segundo Armstrong et al (2016), a psoríase está associada a um risco aumentado de candidíase, e as terapias usadas para tratar a psoríase podem aumentar esse risco pelo efeito imunossupressor⁵.

Lesan et al (2017) avaliou, através de swab, a mucosa oral dois grupos de indivíduos, um de pacientes com psoríase e o outro de pacientes sem psoríase e encontrou que no primeiro grupo a incidência de cândida era quase 10 vezes maior que no grupo controle (20% - 2,8% respectivamente), havendo correlação com a gravidade de psoríase. No entanto, em ambos os grupos não havia manifestações clínicas de lesões por cândida⁶. Achado semelhante teve Pietrzak et al (2018) que em sua revisão sistemática encontrou resultados que apontavam para uma colonização por cândida significativamente maior em indivíduos com psoríase.

No nosso estudo, não encontramos lesões sugestivas de candidose, mas diante da não realização de swab, a hipótese de colonização oral subclínica não está descartada.

CONCLUSÕES

No nosso estudo pudemos concluir que, de fato, há uma prevalência aumentada de Língua Geográfica e Língua Fissurada em pacientes com Psoríase.

Porém o estudo das repercussões orais da psoríase é um campo vasto a ser explorado. Muitas questões permanecem precisando de mais elucidação. Entre elas a distinção clínica e histopatológica entre Língua Geográfica e Psoríase Oral. Bem como a associação genética que possa haver entre psoríase cutânea e suas repercussões orais. Estudos controlados, prospectivos, com grande amostra e que envolvam variáveis genéticas e histopatológicas poderão ajudar a desvendar essas questões.

Ainda assim, diante da reconhecida associação entre psoríase e lesões orais, é obrigatória a cooperação entre dermatologistas e cirurgiões-dentistas a fim de fornecer uma atenção integral à saúde do portador, proporcionar melhor qualidade de vida e reduzir o risco de infecções que possam exacerbar ou desencadear crises de psoríase.

REFERÊNCIAS

1. Singh S, Pradhan D, Puri P, Ramesh V, Aggarwal S, Nayek A, Jain AK. Genomic alterations driving psoriasis pathogenesis. GENE. 2018. [Accepted Manuscript] doi:10.1016/j.gene.2018.09.042
2. Boehncke WH, Schön MP. Psoriasis. Lancet. 2015;386;983–94.
3. Darwazeh AMG, Al-Aboosi MM, Bedair AA. Prevalence of oral mucosal lesions in psoriatic patients: A controlled study. J Clin Exp Dent. 2012;4(5):286-91.
4. Fatahzadeh M. Manifestation of psoriasis in the oral cavity. Quintessence Int. 2016;47(3);241-47.
5. Armstrong AW, Bukhalo M, Blauvelt A. A Clinician's Guide to the Diagnosis and Treatment of Candidiasis in Patients with Psoriasis. Am J Clin Dermatol. 2016;17;329–36.

6. Lesan S, Toosi R, Aliakbarzadeh R, Daneshpazhooh M, Mahmoudi L, Tavakolpour S, et al. Oral Candida colonization and plaque type psoriasis: Is there any relationship?. J Invest Clin Dent. 2018;1-5.
7. Sharma A, Raman A, Pradeep AR. Association of chronic periodontitis and psoriasis: periodontal status with severity of psoriasis. Oral Diseases. 2014.
8. Ancuta C, Ancuta E, Chirieac R, Anton C, Surlari Z, Iordache C. TNF Inhibitors and Periodontal Inflammation in Psoriatic Arthritis. Ver Chim. 2017;68(8);1914-18.
9. Vanderbrouk JK et al. Strengthening the reporting of observacional studies in epidemiology (STROBE): explanation and elaboration. Int. J. Surg. 2014; (12);1500-24.
10. Kramer IR, Pindborg JJ, Bezroukov V, Infirri JS. Guide to epidemiology and diagnosis of oral mucosal diseases and conditions. World Health Organization. Community Dent Oral Epidemiol. 1980;8:1-26.
11. Sudarshan R, Vijayabala GS, Samata Y, Ravikiran A. Newer Classification System for Fissured Tongue: An Epidemiological Approach. J Trop Med. 2015;15;1-5.
12. World Health Organization. Oral health surveys: basic methods.2013. 5ªed. 125p.
13. Bay I. Problems and proposals for recording gingivitis and plaque. Int Dent J. 1975;25(4):229-35.
14. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Censo 2010 – Amostra e características da População. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pesquisa/23/25888?detalhes=true> [Acesso em 02/03/2020]
15. Lønnberg AS, Skov L, Skytthe A, Kyvik KO, Pedersen OB, Thomsen SF. Heritability of psoriasis in a large twin sample. Br J Dermatol. 2013;169:412–16.
16. Picciani BLS, Domingos TA, Teixeira-Souza T, Santos VCB, Gonzaga HFS, Cardoso-Oliveira J, et al. Geographic tongue and psoriasis: clinical, histopathological, immunohistochemical and genetic correlation – a literature review. An Bras Dermatol. 2016;91(4):410-21.
17. 2016;91(4):410-21.
18. Picciani BLS, Santos VC, Teixeira-Souza T, Izahias LM, Curty A, Avelleira JC, Azulay D, Pinto J, Carneiro S, Dias E. Investigation of the clinical features of

- geographic tongue: unveiling its relationship with oral psoriasis. *Int J Dermat.* 2017; 56:421–27.
19. Tomb R, Hajj H, Nehme E. Oral lesions in psoriasis. *Ann Dermatol Venereol.* 2010;137:695-702.
 20. Daneshpazhooh M, Moslehi H, Akhyani M, Etesami M. Tongue lesions in psoriasis: a controlled study. *BMC Dermatol.* 2004;4:16.
 21. Zargari O. The prevalence and significance of fissured tongue and geographical tongue in psoriatic patients. *Clin Exp Dermatol.* 2006;31:192-5.
 22. Singh S, Nivash S, Mann BK. Matched case-control study to examine association of psoriasis and migratory glossitis in India. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2013;79:59-64.
 23. González-Álvarez L, García-Pola MJ, García-Martín JM. Geographic tongue: Predisposing factors, diagnosis and treatment. A systematic review. *Rev Clin Esp.* 2018;218(9);481-88.
 24. Dafar A, M Bankvall, V Garsjo, M Jontell, H Çevik-Aras. Salivary levels of interleukin-8 and growth factors are modulated in patients with geographic tongue. *Oral Diseases.* 2017;23:757–62.
 25. Mattsson U, Warfvinge G, Jontell M. Oral psoriasis – a diagnostic dilemma: a report of two cases and a review of the literature. 2015;120(4);183-9.
 26. Monson CA, Silva V, Porfírio G, Riera R, Tweed JA, Petri V, et al. Oral Health Issues in Psoriasis: An Overview of the Literature. *Int J Clin Dermatol Res.* 2016;4(4); 94-103.
 27. Picciani BLS, Carneiro S, Sampaio ALB, Santos BM, Santos VCB, Gonzaga HFS, et al. A possible relationship of human leucocyte antigens with psoriasis vulgaris and geographic tongue. *J Eur Acad Dermat Vem.* 2015;29;865–74.
 28. Guimaraes ALS, Correia-Silva JF, Diniz MG, Xavier GM, Horta MCR, Gomez RS. Investigation of functional gene polymorphisms: IL-1B, IL-6 and TNFA in benign migratory glossitis in Brazilian individuals. *J Oral Pathol Med.* 2007;36:533–7.
 29. Picciani BLS. Investigação oral em pacientes portadores de psoríase e\ou língua geográfica: estudo clínico, citopatológico, histopatológico e imunogenético [tese]. Niterói (RJ): Universidade Federal Fluminense; 2014. 140 p.
 30. Femiano F. Geographic tongue (migrant glossitis) and psoriasis. *Minerva Stomatol.* 2001;50:213-17.

31. Picciani BLS, Teixeira-Souza T, Pessoa TM, Izahias LMS, Pinto JMN, Azulay DR, et al. Fissured tongue in patients with psoriasis. *Research Letters. J Am Acad Dermatol.* 2017;78(2);413-14.
32. Ganzetti G, Campanati A, Santarelli A, Pozzi V, Molinelli E, Minnetti I, et al. Periodontal Disease: An Oral Manifestation of Psoriasis or an Occasional Finding? *Drug Dev Res.* 2014;75;46–49.
33. Dalmády S, Kemény L, Antal M, Gyulai R. Periodontitis: a newly identified comorbidity in psoriasis and psoriatic arthritis. *E Rev Clin Immunol.* 2019;1;1-9.
34. Pietrzak A, Grywalska E, Socha M, Roliński J, Franciszkiewicz-Pietrzak K, Rudnicka L, et al. Prevalence and Possible Role of Candida Species in Patients with Psoriasis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Mediators of Inflammation.* 2018;1-9.

3 - REFERÊNCIAS

* De acordo com as normas do PPGO/UFPB, baseadas na norma do International Committee of Medical Journal Editors - Grupo de Vancouver. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o Medline.

Ancuta C, Ancuta E, Chirieac R, Anton C, Surlari Z, Iordache C. TNF Inhibitors and Periodontal Inflammation in Psoriatic Arthritis. *Ver Chim*. 2017;68(8);1914-18.

Armstrong AW, Bukhalo M, Blauvelt A. A Clinician's Guide to the Diagnosis and Treatment of Candidiasis in Patients with Psoriasis. *Am J Clin Dermatol*. 2016;17;329–36.

Boehncke WH, Schön MP. Psoriasis. *Lancet*. 2015;386;983–94.

Dalmády S, Kemény L, Antal M, Gyulai R. Periodontitis: a newly identified comorbidity in psoriasis and psoriatic arthritis. *E Rev Clin Immunol*. 2019;1;1-9.

Dafar A, M Bankvall, V Garsjo, M Jontell, H Çevik-Aras. Salivary levels of interleukin-8 and growth factors are modulated in patients with geographic tongue. *Oral Diseases*. 2017;23:757–62.

Darwazeh AMG, Al-Aboosi MM, Bedair AA. Prevalence of oral mucosal lesions in psoriatic patients: A controlled study. *J Clin Exp Dent*. 2012;4(5):286-91

Fatahzadeh M. Manifestation of psoriasis in the oral cavity. *Quintessence Int*. 2016;47(3);241-47.

Ferris WJ, Mikula S, Brown R, et al. Oral Psoriasis of the Tongue: A Case Report. *Cureus*. 2019;11(12);1-9.

Ganzetti G, Campanati A, Santarelli A, Pozzi V, Molinelli E, Minnetti I, et al. Periodontal Disease: An Oral Manifestation of Psoriasis or an Occasional Finding? *Drug Dev Res*. 2014;75;46–49.

González-Álvarez L, García-Pola MJ, García-Martín JM. Geographic tongue: Predisposing factors, diagnosis and treatment. A systematic review. *Rev Clin Esp*. 2018;218(9);481-88.

Guimarães ALS, Correia-Silva JF, Diniz MG, Xavier GM, Horta MCR, Gomez RS. Investigation of functional gene polymorphisms: IL-1B, IL-6 and TNFA in benign migratory glossitis in Brazilian individuals. *J Oral Pathol Med*. 2007;36:533–7.

Lesan S, Toosi R, Aliakbarzadeh R, Daneshpazhooh M, Mahmoudi L, Tavakolpour S, et al. Oral Candida colonization and plaque type psoriasis: Is there any relationship?. *J Invest Clin Dent*. 2018;1-5.

Mattsson U, Warfvinge G, Jontell M. Oral psoriasis – a diagnostic dilemma: a report of two cases and a review of the literature. 2015;120(4);183-9.

Monson CA, Silva V, Porfírio G, Riera R, Tweed JA, Petri V, et al. Oral Health Issues in Psoriasis: An Overview of the Literature. *Int J Clin Dermatol Res.* 2016;4(4); 94-103.

Picciani BLS. Investigação oral em pacientes portadores de psoríase e/ou língua geográfica: estudo clínico, citopatológico, histopatológico e imunogenético [tese]. Niterói (RJ): Universidade Federal Fluminense; 2014. 140 p.

Picciani BLS, Carneiro S, Sampaio ALB, Santos BM, Santos VCB, Gonzaga HFS, et al. A possible relationship of human leucocyte antigens with psoriasis vulgaris and geographic tongue. *J Eur Acad Dermatol Vem.* 2015;29;865–74.

Picciani BLS, Domingos TA, Teixeira-Souza T, Santos VCB, Gonzaga HFS, Cardoso-Oliveira J, et al. Geographic tongue and psoriasis: clinical, histopathological, immunohistochemical and genetic correlation – a literature review. *An Bras Dermatol.* 2016;91(4):410-21

Picciani BLS, Santos VC, Teixeira-Souza T, Izahias LM, Curty A, Avelleira JC, Azulay D, Pinto J, Carneiro S, Dias E. Investigation of the clinical features of geographic tongue: unveiling its relationship with oral psoriasis. *Int J Dermat.* 2017; 56:421–27.

Picciani BLS, Teixeira-Souza T, Pessoa TM, Izahias LMS, Pinto JMN, Azulay DR, et al. Fissured tongue in patients with psoriasis. *Research Letters. J Am Acad Dermatol.* 2017;78(2);413-14.

Picciani BLS, Santos LR, Teixeira-Souza T, Dick TNA, Carneiro S, Pinto JMN, et al. Geographic tongue severity index: A new and clinical scoring system. Article In Press. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2019:000;1-9.

Pietrzak A, Grywalska E, Socha M, Roliński J, Franciszkiewicz-Pietrzak K, Rudnicka L, et al. Prevalence and Possible Role of Candida Species in Patients with Psoriasis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Mediators of Inflammation.* 2018:1-9.

Sharma A, Raman A, Pradeep AR. Association of chronic periodontitis and psoriasis: periodontal status with severity of psoriasis. *Oral Diseases.* 2014.

Singh S, Pradhan D, Puri P, Ramesh V, Aggarwal S, Nayek A, Jain AK. Genomic alterations driving psoriasis pathogenesis. *GENE.* 2018 [Accepted Manuscript] doi:10.1016/j.gene.2018.09.042

ANEXO A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado _____ (a) _____ Senhor(a),
- (paciente ou
responsável por) _____ está

sendo convidado a permitir a participação na da pesquisa intitulada **Avaliação de saúde bucal em pacientes com psoríase** que está sendo desenvolvida por Esther Bastos Palitot, médica dermatologista, e equipe. O objetivo do estudo é fazer um levantamento sobre o nível de saúde bucal dos pacientes com psoríase e avaliar lesões da cavidade oral (boca) que possam está relacionada(s) a esta doença. A finalidade deste estudo é contribuir para a consolidação do melhor atendimento das lesões mais comuns que afetem a cavidade oral do indivíduo psoriásico, possibilitando mais um passo no desenvolvimento da literatura científica sobre esse tema pouco estudado, porém de grande valia para determinação de conduta e medidas específicas.

A sua participação no estudo consistirá em permitir que durante a consulta médica a cavidade da boca seja examinada e que o examinador e equipe possam preencher uma Ficha Clínica a qual foi elaborada para esta pesquisa.

Caso o sr apresente alguma lesão na mucosa oral será necessário a coleta de um pequeno fragmento da superfície da lesão para que possamos definir o diagnóstico correto.

Informamos que essa pesquisa não oferece riscos relevantes para a sua saúde, mas que poderá ocasionar aborrecimento por um tempo maior de permanência no ambulatório ou certo desconforto com a inspeção intra-oral ou até mesmo com a coleta do fragmento da lesão.

Solicitamos a sua colaboração, bem como sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, a identidade do participante será mantida em total sigilo.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, não remunerada, e o (a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelos pesquisadores. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Assinatura do pesquisador

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participação na pesquisa e para utilização das informações nela obtidas. Além disso, estou ciente de todos os riscos e benefícios inerentes.

Assinatura do paciente ou do responsável Legal

Espaço para impressão dactiloscópica

Contato com o Pesquisador (a) Responsável: Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar a pesquisadora Esther Bastos Palitot, (83) 99106-7840 ou Comitê de Ética do CCM: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, sala 14 – Cidade Universitária – Campus I, Universidade Federal da Paraíba, CEP: 58051-900 – Bairro Castelo Branco – João Pessoa–PB Telefone: (83) 3216.7619 E-mail: comitedeetica@ccm.ufpb.br

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

ANEXO B



UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA / CCM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação das manifestações orais em psoriásicos atendidos em um Centro de Referência do Nordeste do Brasil

Pesquisador: ESTHER BASTOS PALITOT

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 90871318.8.0000.8069

Instituição Proponente: UFPB - Centro de Ciências Médicas/CCM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.770.889

Apresentação do Projeto:

Avaliação das manifestações orais em psoriásicos atendidos em um Centro de Referência do Nordeste do Brasil trata-se de uma pesquisa para o PIBIQ, sob coordenação da Profa Dra. ESTHER BASTOS PALITOT, com três planos:

- * Avaliação clínica e epidemiológica de língua fissurada e geográfica em pacientes adultos com psoríase
- * Perfil epidemiológico e clínico de língua fissurada e geográfica em pacientes pediátricos com psoríase
- * Língua fissurada e geográfica: revisão de literatura da associação clínica com psoríase

Trata-se pois, de uma pesquisa quantitativa, prospectiva e documental, a ser realizada no CRATP-PB

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

Investigar as características clínicas e prevalência da LF e LG em pacientes psoriásicos atendidos no Centro de Referência de Apoio e Tratamento de Psoríase do Estado da Paraíba (CRATP-PB) e realizar revisão da literatura.

Objetivos específicos

- a. Avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes em relação ao sexo, faixa etária, procedência, grau

Endereço: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14 - Cidade Universitária Campus 1

Bairro: CASTELO BRANCO **CEP:** 58.051-900

UF: PB **Município:** JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7617

E-mail: comitedeetica@ccm.ufpb.br



UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA / CCM



Continuação do Parecer: 2.770.889

- de escolaridade, ocupação e presença de LF/ LG em psoriásicos;
- b. Avaliar a correlação de LF/ LG e a gravidade da psoríase;
 - c. Avaliar a correlação entre o LF/ LG e a idade de início da psoríase;
 - d. Estudar a ocorrência de LF / LG em antecedentes familiares;
 - e. Avaliar fatores ambientais e correlação de LF / LG e psoríase;
 - f. Estudar forma clínica de LF / LG em função da idade do paciente com psoríase; g. Revisar a literatura, descrevendo a relação entre psoríase e LF e LG.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a autora a pesquisa não oferece riscos previsíveis. Quanto aos benefícios, a pesquisa poderá contribuir para a consolidação do melhor atendimento das lesões das mucosa oral em psoríase, possibilitando mais um passo no incremento da literatura sobre esse tema, pouco estudado, porém de grande valia para determinação de conduta e medidas específicas

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A proposta investigativa versa sobre uma temática que para além das questões referentes à saúde impactam de maneira substancial outros aspectos da vida dos sujeitos acometidos, tais como o campo emocional e social. Isso dito, entendemos que o conhecimento produzido por tal pesquisa, não contribuirá somente a uma área específica de conhecimento, mas, poderá subsidiar também diversas outras áreas, sendo de grande relevância acadêmica e social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto encontra-se devidamente organizado, contemplando todos os itens necessários para sua execução.

Recomendações:

Seguir a metodologia apresentada e aprovado pelo CEP-CCM.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto de pesquisa, do ponto de vista ético encontra-se devidamente organizado e em condições de ser executado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo de pesquisa aprovado em Reunião Ordinária realizada em 11/07/2018, no CEP-CCM, obedecendo as recomendações da Resolução 466/12, CNS, sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

Endereço: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14 - Cidade Universitária Campus 1

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7617

E-mail: comitedeetica@ccm.ufpb.br



UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA / CCM



Continuação do Parecer: 2.770.889

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1150518.pdf	05/06/2018 08:34:55		Aceito
Outros	Fichaclinica.pdf	05/06/2018 08:34:15	ESTHER BASTOS PALITOT	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Mucosaoralpso.pdf	05/06/2018 08:33:06	ESTHER BASTOS PALITOT	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	FichadeCadastro.pdf	05/06/2018 08:30:41	ESTHER BASTOS PALITOT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEMucosaOralinfantil.pdf	05/06/2018 08:28:48	ESTHER BASTOS PALITOT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEMucosaOraladulto.pdf	05/06/2018 08:28:20	ESTHER BASTOS PALITOT	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	05/06/2018 08:26:10	ESTHER BASTOS PALITOT	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 13 de Julho de 2018

Assinado por:
Iaponira Cortez Costa de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14 - Cidade Universitária Campus 1
Bairro: CASTELO BRANCO CEP: 58.051-900
UF: PB Município: JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7617 E-mail: comitedeetica@ccm.ufpb.br

Página 03 de 03

ANEXO C

Prontuário de Psoríase – Ficha de coleta de dados

1. Identificação – Dados Biográficos

Nome: _____

Prontuário HU: _____ Cartão do SUS: _____

Data do cadastramento: ____/____/____ Sexo: F () M ()

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Nome da Mãe: _____

Cor da pele: _____ (Branco, negro, pardo, amarelo, índios)

Cor do olho: _____ Naturalidade: _____

Escolaridade: _____ Profissão: _____

Estado civil: _____

Endereço: _____

Município: _____ CEP: _____

Contato Celular: _____ Contato Fixo: _____

E-mail: _____

2. Sócio-econômicos

Localização do domicílio: () urbano () rural

Meio de transporte: _____

Quantidade de Filhos: _____

Renda familiar (em salários mínimos):
() até 1 () 1-3 () 4-6 () >6 () >10

Nº de pessoas no domicílio: _____

Possui plano de saúde: () Sim () Não Qual: _____

Energia elétrica: () Sim () Não

Tipo de tratamento da água que consome:
() Filtrada () Fervida () Clorada () Mineral () Nenhum

3. História da Psoríase

Diagnóstico confirmado através de Biopsia? _____ (Sim/Não)

Idade de Início: _____ anos
() 0 a 9 anos () 10 a 19 anos () 20 a 29 anos () 30 a 39 anos
() 40 a 49 anos () 50 a 59 anos () acima de 60 anos () não lembra

Quanto tempo demorou para o diagnóstico:
() <1 Ano () Entre 1 e 2 anos () > 2 anos (_____) () não lembra

Quanto tempo demorou para ser atendido por um ESPECIALISTA?

() <1 Ano () Entre 1 e 2 anos () > 2 anos (_____) () não lembra

Qual especialidade fez o diagnóstico da psoríase?

() dermatologista () reumatologista () clínico geral () geriatra () pediatra
() ginecologista () outro _____ () Não sabe

Paciente do serviço desde que ano: _____

História de Psoríase na família: _____ (Sim/Não)

() avô ou avó () filhos () irmãos () pai ou mãe () primos
() sobrinhos () tios () Netos () Não sabe () Outros

Local de início

Genital () Couro cabeludo () Cotovelos () Joelhos () Região lombar ()
() Dobras () Outra _____

Tipo predominante de Psoríase

() Grandes placas () Pequenas placas () Em gotas
() Pustulosa () Pustulosa palmo-plantar () Ungueal
() Couro cabeludo () Invertida () Eritrodérmica

O que mais incomoda na Psoríase

() prurido () descamação () dor () falta de sono () queimação/ardência
() vermelhidão () sangramento () localização ou tamanho da placa de psoríase na pele
() outra _____ () Nada () não sabe

Quantas vezes no último ano (_____) veio ao serviço por causa da sua psoríase

() Nenhuma () 1 vez () 2 vezes () 3 vezes () 4 vezes
() 5 vezes () É a 1ª consulta () Não sabe () Nenhuma

Quantas crises no último ano

() Nenhuma () 1 vez () 2 vezes () 3 vezes ou +
() Crise o tempo todo () Não sabe / não lembra

Já foi internado por causa da psoríase?

() sim () não () não lembra

Quantas vezes no último ano?

() Nenhuma () 1 vez () 2 vezes () 3 vezes ou mais

Quantas vezes na vida?

() Nenhuma () 1 vez () 2 vezes () 3 vezes ou mais

4. Exame Médico

Localização atual da psoríase (Pode marcar mais de um item)

() abdome/peito/costas () área genital () braços () cotovelos
() couro cabeludo () joelhos () mãos ou palmas
() nádega () pernas () pés ou plantas () rosto

- () Nenhuma () Comprimidos () Cremes ou pomadas () fototerapia (banho de luz)
 () Laser () Biológico () Injetável (metotrexato)

Tratamento atual (Pode marcar mais de um item)

- () Nenhuma () Comprimidos () Cremes ou pomadas () fototerapia (banho de luz)
 () Laser () Biológico () Injetável (metotrexato)

Qual CREME OU POMADA usa ou já usou (Pode marcar mais de um)

- () ácido salicílico () antralina () corticoide () calcipotriol
 () calcipotriol + betametasona () Hidratante () Coaltar ou LCD (Alcatrão de Hulha)
 () Tacrolimus ou pimecrolimus (inibidores de calcineurina) () outros _____ () Não lembra

Qual COMPRIMIDO toma ou já tomou para psoríase? (Pode marcar mais de um)

- () metotrexato () acitretina (neotigason®) () ciclosporina () hidroxiureia
 () Ácido fumárico () Azatioprina (imuran®) () Colchicina () dapsone
 () Corticoide () isotretinoína (roacutan®) () leflunomida (arava®)
 () sulfassalazina () tacrolimus () micofenolatomofetil
 () outros _____ () não lembra

Fototerapia

- PUVA () Laser () UVB (narrow band) () UVB1 () PUVA () RE-
 () Não lembra () Nunca fez fototerapia

Biológicos (Pode marcar mais de um item)

- () Ustekinumabe () Etanercepte () Infliximabe () Adalimumabe
 lembra () Secuquinumabe () Ixecizumabe () Guselcumabe () Outro _____ () Não

- lembra) **Já fez tratamento ou tomou remédios que não foi o médico que receitou?** _____ (Sim/Não/Não
 lembra) Qual? _____ Apresentou melhora? _____ (Sim/Não/Não

Tratamentos caseiros ou alternativos? (Pode marcar mais de um item)

- medicinais () Acupuntura () Auto-hemotransusão () Banho de ervas () Chás
 não lembra () Homeopatia () Tratamento religioso () Outros _____ () Nunca fez ou

Houve melhora com tratamento caseiro ou alternativo?

- () Melhora total () Melhora parcial () Não alterou () Piorou () Não sabe

Já iniciou tratamento com algum remédio e desistiu/interrompeu?

- () Sim () Não () Não lembra

Por qual motivo?

- () Não acredito mais em tratamento para psoríase
 () Acho que o médico não dá importância ao meu quadro
 () Sempre são usados os mesmos medicamentos que já usei anteriormente

Dislipidemia		
Doença tireoidiana		
Doença inflamatória intestinal		
Doença ocular		
Amigdalites de Repetição		
Uveíte		
Doença Hepática		
Coagulopatias		
Depressão		
Outras		

8. História Médica - Dados da Saúde

Sinais Vitais: FC _____ FR _____ PA _____ T _____

Adoece com frequência? _____ (Sim/Não)

Gravidez: _____ (Sim/Não). Há quanto tempo: _____

Já se submeteu a cirurgias? _____ Qual: _____

Teve hemorragia? _____ Outra complicação: _____

Histórico familiar de Doença Hepática: _____ (Sim/Não). Parentesco: _____

Outras Doenças na Família: _____ Especificar: _____

9. Histórico Vacinal

Na sua percepção, o seu calendário vacinal está em dia?

- () Sim, tomei TODAS as vacinas na infância e TODAS no adulto
- () Não, apenas tomei TODAS as vacinas na infância, e POUCAS no adulto
- () Não, apenas tomei TODAS as vacinas na infância, e NENHUMA no adulto
- () Não me lembro de ter sido vacinado

VACINAS	DOSE ^{1ª}	DOSE ^{2ª}	DOSE ^{3ª}	Reforço
dT				
Hepatite B				
Tríplice viral				
Influenza				
Outras				
PPD	Data			

10. Bioimpedância

Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____

Percentual de gordura: _____ Massa magra: _____

Gordura visceral: _____ Calorias: _____ Hidratação: _____

Circunferência abdominal: _____ Quadril: _____

11. Análise de Polimorfismo:

Gene ou citocina estudada	Forma de coleta	Polimorfismo

Observações

12. Estilo de vida

Tabagismo atualmente: _____ (Sim/Não) Quantos cigarros por dia: _____

Descrição: _____

Se Língua Fissurada:

() leve (1-3 lesões) () Moderada (4-9 lesões) () Grave (10 ou mais)

Antecedentes familiares de língua Fissurada: () Sim () Não () Não sabe

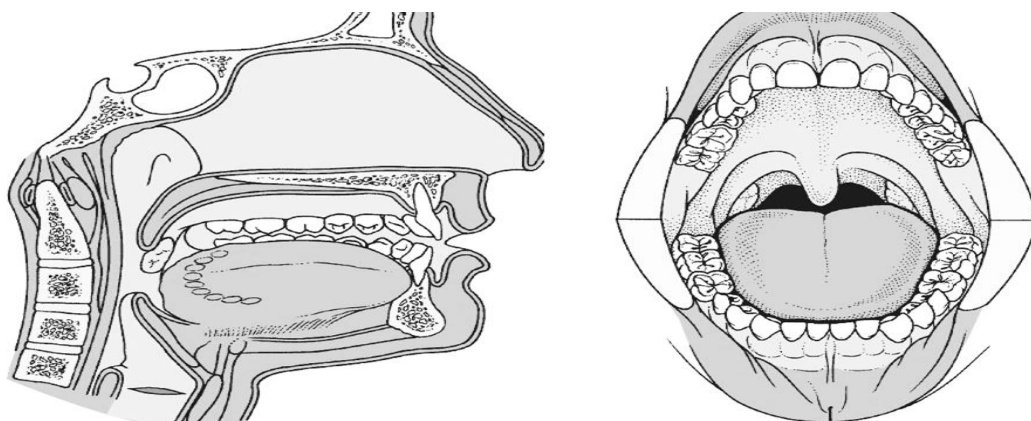
Quem? _____

Já teve língua geográfica antes? () Sim () Não

Quantas vezes? _____ Quanto tempo da última vez? _____

Antecedentes familiares de língua Geográfica: () Sim () Não () Não sabe

Quem? _____



Data	Evolução

ANEXO D

NORMAS DAS REVISTAS

CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA

Escopo e política

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista adota apenas a versão on-line, em sistema de publicação continuada de artigos em periódicos indexados na base SciELO. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração. (leia mais – **link resumo**).

Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

A Revista adota o sistema Ephorous para identificação de plágio.

Os artigos serão avaliados preferencialmente por três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito pelo Corpo Editorial de CSP se atender aos critérios de qualidade, originalidade e rigor metodológico adotados pela revista.

Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo a publicação Cadernos de Saúde Pública, o direito de primeira publicação.

Forma e preparação de manuscritos

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

- 1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);
- 1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das

Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como por exemplo o PROSPERO (<http://www.crd.york.ac.uk/prospero/>); as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês (leia mais – **LINK 3**);

1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras (leia mais – **LINK 4**);

1.6 – Questões Metodológicas (**LINK 5**): artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (MÁXIMO DE 6.000 PALAVRAS E 5 ILUSTRAÇÕES). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica (LINK 1) na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa (LINK 2);

1.8 – Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras);

1.10 – Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras).

2. Normas para envio de artigos

2.1 - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 - Serão aceitas contribuições em **Português**, Inglês ou Espanhol.

2.3 - Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.4 - A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

2.5 - Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

3. Publicação de ensaios clínicos

3.1 Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-

Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaio Clínico a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3 As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- ClinicalTrials.gov
- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- Netherlands Trial Register (NTR)
- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

4. Fontes de financiamento

4.1 Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

5.1 Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

6.1 Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

7. Agradecimentos

7.1 Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. Referências

8.1 As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por

números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva ¹). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos*.

Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página

8.2 Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. Nomenclatura

9.1 Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1 A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na *Declaração de Helsinki* (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. Processo de submissão online

11.1 Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

11.2 Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

11.4 Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. Envio do artigo

12.1 A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o link "Submeta um novo artigo".

12.2 A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 O **título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol)** deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 O **título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres** com espaços.

12.6 As **palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo)** devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

12.7 *Resumo.* Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter **resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaço**. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados.

12.8 *Agradecimentos.* Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 *Ilustrações.* O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse o limite.

12.17 Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 *Tabelas.* As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no

texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo. Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas.

12.19 Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.

12.23 Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

12.25 Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 Formato vetorial. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a Secretaria Editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

13.1 O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. Envio de novas versões do artigo

14.1 Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".

15. Prova de prelo

15.1 – A prova de prelo será acessada pelo(a) autor(a) de correspondência via sistema [<http://cadernos.enso.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>]. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo *site* [<http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>].

15.2 - Para acessar a prova de prelo e as declarações, o(a) autor(a) de correspondência deverá acessar o *link* do sistema: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>, utilizando *login* e senha já cadastrados em nosso *site*. Os arquivos estarão disponíveis na aba "Documentos". Seguindo o passo a passo:

15.2.1 – Na aba "Documentos", baixar o arquivo PDF com o texto e as declarações (*Aprovação da Prova de Prelo, Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica) e Termos e Condições*);

15.2.2 – Encaminhar para cada um dos autores a prova de prelo e a declaração de *Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica)*;

15.2.3 – Cada autor(a) deverá verificar a prova de prelo e assinar a declaração *Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica)*;

15.2.4 – As declarações assinadas pelos autores deverão ser escaneadas e encaminhadas via sistema, na aba "Autores", pelo autor de correspondência. O *upload* de cada documento deverá ser feito no espaço referente a cada autor(a);

15.2.5 – Informações importantes para o envio de correções na prova:

15.2.5.1 – A prova de prelo apresenta numeração de linhas para facilitar a indicação de eventuais correções;

15.2.5.2 – Não serão aceitas correções feitas diretamente no arquivo PDF;

15.2.5.3 – As correções deverão ser listadas na aba "Conversas", indicando o número da linha e a correção a ser feita.

15.3 – As Declarações assinadas pelos autores e as correções a serem feitas deverão ser encaminhadas via sistema [<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>] no prazo de 72 horas.

Ineditismo – o que tem de diferente no nosso estudo

Centro de referência – normatização do atendimento – caracterização do serviço

Abrangência do estudo

Discussão com cara de revisão de literatura

Como tirar o viés de regionalidade do serviço e dos dados

Prevalência de LG e LF em pacientes com psoríase

Descrever como foi o N – amostra por conveniência – mas existe um calculo amostral que aponta que é 138 o melhor n. Psoríase no brasil é 1,3%

Calibração intra-examinador

Tabular melhor a tabela

Medidas de saúde bucal – colocar como texto em vez de tabelas

Colocar imagens clínicas

Começar a discussão com a ideia que levou a fazer o estudo – falando do CRATP – características do serviço