



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO DE MODELOS DE DECISÃO E SAÚDE
MESTRADO EM MODELOS DE DECISÃO E SAÚDE

AVALIAÇÃO DO COMPROMETIMENTO EMOCIONAL E DA QUALIDADE DE VIDA EM INDIVÍDUOS COM PSORÍASE ATENDIDOS NO CENTRO DE REFERÊNCIA DO ESTADO DA PARAÍBA

ROBERTA ESPÍNDOLA DE ALBUQUERQUE

JOÃO PESSOA - PB
2023

AVALIAÇÃO DO COMPROMETIMENTO EMOCIONAL E DA QUALIDADE DE VIDA EM INDIVÍDUOS COM PSORÍASE ATENDIDOS NO CENTRO DE REFERÊNCIA DO ESTADO DA PARAÍBA

Dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde - Nível Mestrado do Centro de Ciências Exatas e da Natureza da Universidade Federal da Paraíba, como requisito regulamentar para a obtenção do título de mestre.

Linha de Pesquisa: Modelos em Saúde

Orientadores:

Prof.^a. Dra. Anna Alice Figueiredo de Almeida

Prof. Dr. João Agnaldo do Nascimento

Co-orientadora:

Prof.^a. Dra. Esther Bastos Palitot

**JOÃO PESSOA - PB
2023**

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

A345a Albuquerque, Roberta Espíndola de.

Avaliação do comprometimento emocional e da qualidade de vida em indivíduos com psoríase atendidos no Centro de Referência do estado da Paraíba / Roberta Espíndola de Albuquerque. - João Pessoa, 2023.

74 f. : il.

Orientação: Anna Alice Figueiredo de Almeida, João Agnaldo do Nascimento.

Coorientação: Esther Bastos Palitot.

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCEN.

1. Psoríase. 2. Qualidade de vida. 3. Saúde mental. 4. Modelos estatísticos. I. Almeida, Anna Alice Figueiredo de. II. Nascimento, João Agnaldo do. III. Palitot, Esther Bastos. IV. Título.

UFPB/BC

CDU 616.517(043)

Dedico esta dissertação primeiramente a Deus que me deu forças e persistência. A meu esposo que me apoiou em todos os momentos do mestrado, a minha mãe que em meio à tantas adversidades, não deixou de ter uma palavra de incentivo. A meus filhos pela paciência e compreensão que tiveram comigo mesmo quando não tive com eles. E ao meu pai, que não está mais neste mundo, mas que tive ainda o prazer de dar a notícia que havia sido selecionada para o mestrado em Modelos de Decisão e Saúde.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente a minha coorientadora Dra. Esther Palitot pelo incentivo, ensinamentos, dedicação, aprendizado e generosidade que teve para comigo.

Aos meus orientadores Professora e Doutora Anna Alice De Almeida pela sua orientação e dedicação e em especial o professor e doutor João Agnaldo que me mostrou o caminho a percorrer nas ciências exatas me mostrando o ser professor.

Meu agradecimento a cada membro da banca: professor Fábio Sampaio, a professora Valéria Soares e a professora Tatiene.

A todos professores que me ensinaram no PPGMDS, agradeço por cada modelo aprendido.

A equipe de saúde que compõe o ambulatório de dermatologia, em especial a Dra. Joanne pelos ensinamentos sobre o atendimento com o paciente de psoríase.

Aos residentes de dermatologia e aos alunos do estágio...

De coração, meu muito obrigada!!!!

RESUMO

A psoríase é uma doença imunomediada, caracterizada por um amplo polimorfismo na apresentação clínica. O aspecto psicológico da doença interfere no comportamento pessoal e cognitivo. O estado emocional piora sem o tratamento adequado, interferindo de forma primária ou secundária na fonação do paciente, que como resposta pode apresentar transtornos psiquiátricos menores, afetando dessa maneira a percepção do indivíduo dentro de sua qualidade de vida, associada ao bem-estar de sua saúde mental. O objeto do estudo foi investigar os fatores que interferem na saúde mental e na qualidade de vida de pessoas diagnosticadas com psoríase e que reflitam no grau de dificuldade do paciente em conviver com a doença. A pesquisa foi desenvolvida no Centro de Referência de Pesquisa, Apoio e Tratamento de Psoríase do Estado da Paraíba (CRPATP-PB), localizado no Hospital Universitário Lauro Wanderley da UFPB. Trata-se de uma pesquisa exploratória observacional, analítica e retrospectiva com abordagem quantitativa e de natureza transversal, com o uso de dados secundários. Para avaliação do componente emocional e de qualidade de vida foram coletados os escores dos seguintes instrumentos validados: Indicador do Self Report Questionnaire (SRQ-20) e da Escala de Depressão de Beck (BDI) e Índice de Qualidade de Vida (DLQI) coletados em prontuário ambulatorial do paciente e dados pessoais relacionados ao aspecto clínico da psoríase vulgar e seu grau de gravidade e comprometimento da qualidade de vida. Além disso, foi avaliado um indicador que reflita o grau de dificuldade do paciente utilizando modelos estatísticos como Weight of Evidence (WoE) e Análise Combinatória Múltipla. Como amostra foram extraídos dados de 126 prontuários de pacientes. Para o tratamento de dados foi utilizado o software R-studio que com a utilização de modelos e tratamento de dados foi possível apresentar a prevalência e para avaliar a influência dos fatores apresentados sobre a Qualidade de vida (QV) e Gravidade da Psoríase (PASI) foi aplicado o modelo de WoE, com as variáveis de sexo, faixa etária, BDI, SRQ-20, QV, Estresse e Ansiedade. Finalizando com a geração de um mapa perceptual para avaliar associações entre os fatores e qualidade de vida e a gravidade da psoríase, que pode ser dividido em quatro quadrantes bem definidos e que demonstram agrupamentos de estágios diferentes de cada paciente. A partir do mapa perceptual foi possível perceber o comprometimento da qualidade de vida e saúde mental do paciente, que seus escores se encontram acima dos valores de corte dos instrumentos e a necessidade da proposição da formulação de dois novos escores o Índice de Qualidade de Vida (IQV) e o Índice da Gravidade da Psoríase (IPSO) que visam aferir tanto o comprometimento da qualidade de vida quanto a gravidade da doença de acordo com comprometimento da saúde mental e física deste paciente. A importância deste estudo favorecerá a sociedade por levantar dados que posteriormente podem ser utilizados para gerar indicadores estatísticos que poderão servir tanto para conhecer a realidade do paciente psoriásico dentro do contexto emocional e a repercussão em sua qualidade de vida, quanto para elaboração de políticas públicas.

Palavras chave: Psoríase; Qualidade de vida; Saúde Mental; Modelos Estatísticos

ABSTRACT

Psoriasis is an immune-mediated disease, characterized by a broad polymorphism in clinical presentation. The psychological aspect of the disease interferes with personal and cognitive behavior. The emotional state worsens without adequate treatment, interfering in a primary or secondary way in the patient's speech, which in response may present minor psychiatric disorders, thus affecting the individual's perception of their quality of life, associated with the well-being of their mental health. The object of the study was to investigate the factors that affect the mental health and quality of life of people diagnosed with psoriasis and that reflect the patient's degree of difficulty in living with the disease. The research was developed at the Reference Center for Research, Support and Treatment of Psoriasis of the State of Paraíba (CRPATP-PB), located at the Lauro Wanderley University Hospital of UFPB. This is an exploratory observational, analytical and retrospective research with a quantitative and cross-sectional approach, using secondary data. To assess the emotional component and quality of life, scores were collected from the following validated instruments: Self Report Questionnaire Indicator (SRQ-20) and Beck Depression Scale (BDI) and Quality of Life Index (DLQI) collected in patient's outpatient records and personal data related to the clinical aspect of psoriasis vulgaris and its degree of severity and impairment of quality of life. Furthermore, an indicator that reflects the patient's degree of difficulty was evaluated using statistical models such as Weight of Evidence (WoE) and Multiple Combinatorial Analysis. As a sample, data were extracted from 126 patient records. For data processing, the R-studio software was used, which, with the use of models and data processing, made it possible to present the prevalence and to evaluate the influence of the factors presented on Quality of Life (QoL) and Severity of Psoriasis (PASI) the WoE model was applied, with the variables of gender, age group, BDI, SRQ-20, QoL, Stress and Anxiety. Finishing with the generation of a perceptual map to evaluate associations between factors and quality of life and the severity of psoriasis, which can be divided into four well-defined quadrants and which demonstrate groupings of different stages for each patient. From the perceptual map it was possible to perceive the impairment of the patient's quality of life and mental health, that their scores are above the cut-off values of the instruments and the need to propose the formulation of two new scores, the Quality of Life Index (IQV) and the Psoriasis Severity Index (IPSO), which aim to measure both the impairment of quality of life and the severity of the disease according to the impairment of this patient's mental and physical health. The importance of this study will benefit society by collecting data that can later be used to generate statistical indicators that can serve both to understand the reality of psoriatic patients within the emotional context and the repercussions on their quality of life, and to develop public policies.

Keywords: Psoriasis; Quality of life; Mental Health; Statistical Models

LISTA DE SIGLAS

- **AC** Análise de Correspondência Invasiva
- **ACM** Análise de Correspondência Múltipla
- **ACMC** Análise de Correspondência Múltipla Conjunta
- **ACC** Análise de Correspondência Conjunta
- **BDI** *Escala de Depressão de Beck*
- **CRH** Corticotrófico
- **CRPATP** Centro de Referência e Pesquisa, Apoio e Tratamento de Psoríase
- **DLQI** *Dermatology Life Quality Index*
- **HPA** Hipotálamo-hipófise-adrenal
- **HULW** Hospital Universitário Lauro Wanderley
- **IL 4** Interleucina 4
- **IL 12** Interleucina 12
- **IL 17** Interleucina 17
- **IL 23** Interleucina 23
- **IV** *Information Value*
- **OMS** Organização Mundial da Saúde
- **PASI** *Psoriasis Area and Severity Index*
- **PCDT** Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
- **QV** Qualidade de vida
- **ROC** *Receiver Operator Characteristic*
- **SAM** Simpático-adrenal-medular
- **SRQ-20** *Self Report Questionnaire*
- **SUS** Sistema Único de Saúde
- **TCD4** linfócitos T CD4+
- **TCLE** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- **TNF- α** Fator de necrose tumoral
- **TPM** Transtornos Psiquiátricos Menores
- **UFPB** Universidade Federal da Paraíba
- **VMI** Ventilação Mecânica Invasiva
- **WoE** *Weight of Evidence*

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	1
2	OBJETIVOS	4
2.1	OBJETIVO GERAL:	4
2.2	OBJETIVO ESPECÍFICO:	4
3	REVISÃO DE LITERATURA	5
3.1	QUALIDADE DE VIDA	7
3.2	ESTRESSE E PSORÍASE	8
3.3	DEPRESSÃO E PSORÍASE	9
3.4	PROTOCOLOS DE AVALIAÇÃO CONTIDOS NOS PRONTUÁRIOS	11
3.5	ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA EM DERMATOLOGIA (DLQI)	11
3.6	INSTRUMENTO REALIZADO PARA COLETA DE DADOS	Erro! Indicador não definido.
3.7	<i>PSORIASIS AREA AND SEVERITY INDEX (PASI)</i>	12
3.8	TRATAMENTO MULTISISTÊMICO	14
4	CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	15
4.1	TIPO DE ESTUDO	15
4.2	LOCAL DE ESTUDO	15
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA	15
4.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	16
4.5	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	16
4.7	ANÁLISE ESTATÍSTICA	17
4.8	ASPECTOS ÉTICOS	21
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	22
8	APÊNDICE	42
9	ANEXOS	61

1 INTRODUÇÃO

A psoríase é uma doença imunomediada com grande polimorfismo de apresentação clínica, sendo o tipo vulgar em placas, que corresponde a 75%- 90% dos casos dentre as formas de apresentação clínica. Esta variante é caracterizada por placas eritematosas recobertas por escamas brancas ou prateadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Na atualidade a psoríase é considerada uma doença sistêmica por estar associada a comorbidades e como causadora de grande impacto negativo na qualidade de vida com danos acumulativos. A prevalência mundial da psoríase é de 2% a 4% (SANDIKCI, 2018).

No Brasil, os dados disponíveis do Censo Dermatológico da Sociedade Brasileira de Dermatologia mostram que o diagnóstico de psoríase foi verificado em 1.349 de um total de 54.519 pessoas que consultaram dermatologistas em estabelecimentos públicos e privados, totalizando 2,5% dessa amostra. Estudo mais recente, realizado por consulta telefônica, mostrou uma prevalência de 1,31% de uma amostra de 8.947 pessoas em 3.002 residências pesquisada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021). No entanto, não foram encontradas informações em nível regional e nacional sobre a incidência da doença.

A dermatose apresenta caráter etiológico multifatorial com base genética poligênica. Seus fatores desencadeadores são traumas de quaisquer natureza, transtornos mentais, estresse, bactérias como *streptococcus β -hemolítico*, hábitos de vida como o etilismo e o tabagismo, além do uso contínuo de alguns fármacos (β -Bloqueadores, anti-inflamatórios não estereoidais, antimaláricos, lítios e corticoides sistêmicos), entre outros (VERARDINO; NUNES; CARNEIRO, 2015).

A psoríase pode ser manifestada de várias formas clínicas, incluindo a variedade composta por placas grandes e pequenas, denominada de psoríase em placas ou vulgar, além das formas gutata, pustulosa, palmo-plantar, eritrodérmica, invertida e ungueal. Também pode estar associada à artrite, conhecida como artrite psoriásica (LOPES *et al.*, 2019; CONITEC, 2021).

Cerca de 70% a 80% dos casos podem ser tratados com terapias tópicas utilizando corticosteroides, vitamina D e análogos. O tratamento com fototerapia é usado isoladamente ou em combinação com medicamentos sistêmicos. Os medicamentos sistêmicos podem ser classificados em convencionais (acitretina, metotrexato e ciclosporina) e Biológicos Anti-TNF (adalimumabe, etarnecepte, certolizumabe ou infliximabe), Anti-IL23 (guselcumabe e risanquizumabe) e Anti-IL17 (secuquinumabe, ixequizumabe e brodalimumabe). O uso desses medicamentos é indicado após o tratamento, a indisponibilidade ou contraindicações de fototerapia sistêmicos e/ou metotrexato, bem como perfil da psoríase e apresentação da artrite

psoriásica (WITTMANN, 2023).

Devido a de ação da doença, que afeta a vida do paciente de forma multidimensional, numerosos estudos realizados têm apresentado um foco multidisciplinar. Entre esses estudos, destaca-se o aspecto psicológico, que abrange a interferência no comportamento e na comunicação do indivíduo, uma vez que causa um impacto adverso em sua qualidade de vida. Alguns exemplos incluem o desconforto físico e emocional ao proporcionando uma imagem corporal negativa, bem como as limitações nas atividades diárias e o comprometimento na interação social, que frequentemente envolvem o preconceito e a estigmatização pela falta de conhecimento da dermatose. Isso muitas vezes leva o paciente a sentir vergonha (MACLEOD T, *et al.* 2022).

As células epidérmicas têm ligação próxima com as células nervosas, podendo sofrer oscilações emocionais expressas na pele. Portanto, o declínio da qualidade de vida pode ser evidenciado no paciente com psoríase por estar frequentemente vinculado ao constrangimento em relação as lesões da pele, o que afeta o seu estado emocional, que por sua vez é agravado pela dificuldade em expressar emoções, inclusive demonstrando hostilidade por agressões sofridas (ALMEIDA, 2018)

Geralmente, sem o tratamento adequado, este estado emocional tende a piorar interferindo de forma significativa na vida do indivíduo. Como resultado, o paciente fica propenso a apresentar estresse e ansiedade, estabelecendo um círculo vicioso entre o estado físico e emocional, que pode levá-lo, pelo agravamento da doença, à depressão e a distúrbios emocionais. Revisões sistemáticas indicam que o fator psicológico também causa impacto humanístico e econômico, já que a psoríase é uma doença crônica que afeta o período de vida produtivo. Isso pode levar o paciente à aposentadoria precoce, mudança de ocupação e dificuldade de adaptação no trabalho, escola, lazer, entre outras situações (RUA *et al.*, 2021).

Associada às características da saúde mental, a psoríase está relacionada às citocinas inflamatórias, como o fator de necrose tumoral (TNF- α), IL23 e IL17. Essa relação predispõe o paciente à depressão, inclusive em indivíduos sem histórico de problemas de saúde mental, o que por sua vez impactará na degradação da percepção do indivíduo em relação à sua qualidade de vida (GRIFFITHS *et al.*, 2021).

No Brasil, o tratamento para a psoríase disponibilizado pelo Ministério da Saúde, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), é regido por Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). Para a psoríase moderada a grave, os medicamentos sistêmicos convencionais e os biológicos estão contemplados. Os biológicos incluem adalimumabe, risanquizumabe, secuquinumabe, ustequinumabe e Etanercepte, sendo este último destinado

apenas a pacientes pediátricos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

A psoríase está correlacionada a uma carga humanística considerável, que causa um impacto adverso direto na qualidade de vida (LOPES *et al.*, 2019). Além disso, pode interferir na autoimagem e autoestima, acarretando prejuízo nas interações sociais e no desenvolvimento da depressão, ansiedade e estresse (PAVAN-CÂNDIDO, 2012).

Portanto, para mensurarmos os escores da qualidade de vida em geral especificamente relacionados a dermatologia, foi constatada a necessidade de aplicar ferramentas específicas como por exemplo o Índice de Qualidade de Vida em Dermatologia (DLQI), *Self Report Questionnaire* (SRQ-20) e *Beck Depression Inventory* (BDI) que nos ressalta que a qualidade de vida em pessoas com psoríase difere de acordo com a acuidade da área afetada (VINACCIA *et al.*, 2008).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL:

Investigar os fatores que interferem na saúde mental e qualidade de vida em pessoas diagnosticadas com psoríase, com ênfase no seu impacto sobre o grau de gravidade com que o paciente convive com a doença.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO:

- a) Avaliar o impacto dos fatores associados com a psoríase na qualidade de vida e saúde mental de pessoas diagnosticada com essa patologia.
- b) Avaliar a influência do indicador de grau de dificuldade dos escores de ansiedade, depressão e qualidade de vida no paciente portador de psoríase;
- c) Classificar a gravidade da psoríase de acordo com escores elevados e não elevados de ansiedade, depressão e qualidade de vida e avaliar sua influência na vida do paciente com psoríase;
- d) Elaborar um novo escore para detectar a gravidade da psoríase considerando a influência da ansiedade, depressão, qualidade de vida.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Em tempos passados, a psoríase era equivocadamente comparada com a Hanseníase e tratada como tal, resultando no isolamento social das pessoas afetadas. A palavra “psoríase” tem origem no grego *psora*, que significa prurido. Na Grécia Antiga, região onde foi apresentado o primeiro relato das características da dermatose referindo a descamação epidérmica, Hipócrates a retratou como “lesões escamosas”. Só no século XIX, em 1841, a psoríase foi diferenciada da Hanseníase e definida como uma doença de pele, com características próprias em relação a sua etiopatogenia, sintomatologia, aspectos clínicos, evolução e tratamento específico (PALAPARTHI *et al.*, 2019; SILVA; FARO, 2019).

A enfermidade incide tanto no sexo masculino quanto no feminino, com proporções semelhantes em todas as faixas etárias. No entanto, a incidência é mais frequente entre os 20 e 30 anos (75%), seguida por pacientes acima dos 50 anos. Existe um maior risco de prognóstico desfavorável durante a fase da adolescência e infância, especialmente em casos de incidência intrafamiliar de gêmeos univitelinos, com uma taxa de 70%, e de gêmeos bivitelinos, com uma taxa de 23%. (AKANIME; RUSH, 2020). O fator de hereditariedade tem demonstrado que um terço dos pacientes acometidos pela psoríase tem histórico de algum familiar afetado pela doença (BARROS *et al.*, 2021).

A pesquisa de Wittmann aborda a patogênese da condição e enfatiza a importância de estudos sobre as células TCD4, IL-23, IL-12 e IL-4, que são ativadas em conjunto com os polimorfonucleares, resultando no aumento de tamanho destes últimos. Além dessa resposta imunológica, existem os queratinócitos hiperproliferados e proteases que regulam a proliferação celular. Isso resulta na produção de mediadores inflamatórios que promovem a dilatação dos vasos sanguíneos e a infiltração de neutrófilos na região cutânea (WITTMANN, 2023).

Com o aumento e ativação dos linfócitos, as células TCD4 secretam vários fatores, como o transformador de crescimento alfa (TGF- α), responsável pela angiogênese e pelo estímulo do aumento dos queratinócitos, sinoviócitos e interleucinas que aceleram a renovação celular. Essa aceleração das células epidérmicas exibem um ciclo evolutivo característico de 5 dias, com mitose acelerada em 100 horas, diferentemente do ciclo normal, que dura 13 dias com velocidade a 200 horas. Esse distúrbio da aceleração na divisão celular resulta nas células epidérmicas que chegam na camada córnea (estrato mais externo da pele) com restos nucleares, da divisão celular e apresentam características de escamas ou descamação epidérmica (AKANIME; RUSCH, 2020; BARROS *et al.*, 2021).

O ciclo evolutivo acelerado das células afetadas pela psoríase impede que elas se renovem eficazmente. Isso resulta em uma aparência avermelhada, espessa e descamativa, e a manifestação ocorre em locais específicos, como no couro cabeludo, cotovelos, joelhos e até nas unhas, caracterizando a Psoríase Ungueal. Além desses locais específicos, existe um tipo de psoríase denominado Eritrodérmica, que tem a capacidade de se disseminar por todo o corpo. Também há a chamada Artrite Psoriásica, que afeta as articulações (SILVA; FARO, 2019).

A doença pode se manifestar de várias maneiras, sendo a mais comum, presente em 90% dos casos, a Psoríase Vulgar ou em Placas, que pode ser configurada em placas grandes e pequenas, acompanhadas de características clínicas pruriginosas. A Psoríase Palmo-plantar afeta a palma das mãos e plantar dos pés, apresentando escamas dérmicas com gravidade local, presença de fissuras e intenso prurido. A Psoríase Gutata é associada amigdalites e apresenta placas pequenas e finas em formato de gotas, localizadas no couro cabeludo, tronco, braços e membros inferiores. Essa forma é mais comum em crianças e jovens com menos de 30 anos (SILVA; FARO, 2019).

Podemos descrever sobre outra forma clínica, a Psoríase Invertida que atinge áreas intertriginosas (axila, embaixo dos seios e região da virilha). A forma mais rara da psoríase é a pustulosa com diversos subtipos, todos caracterizados por apresentar pústulas neutrofilicas. A forma generalizada pode causar com febre, prurido intenso, associada a outros fatores sistêmicos como hipocalcemia e algumas infecções (CRUZ, 2016).

Do ponto de vista clínico, as lesões podem manifestar-se como placas eritematosas com presença de descamações brancas, pústulas, inflamação crônica e imunomediada. A condição envolve episódios de agudização dos sintomas que podem ocorrer em várias partes do corpo, o que caracteriza o polimorfismo e a multifatorialidade da psoríase. As áreas acometidas causam incômodo físico e problemas no relacionamento interpessoal. É avaliado que um terço dos pacientes com psoríase apresentam dano emocional (BARROS, *et al.*, 2021). Logo, estes indivíduos necessitam do acompanhamento de uma equipe multiprofissional e multidisciplinar que prestem assistência de forma holística dentro de um trabalho em conjunto para melhor propiciar resultados no tratamento (CALLOU *et al.*, 2021).

Referente ao aspecto psicológico, esses indivíduos apresentam comprometimento da harmonização emocional em relação as limitações impostas pela morbidade, o que impacta em sua qualidade de vida e de saúde. O fator psicológico tende a agravar a morbidade dermatológica ou desencadear outras condições de saúde, como o estresse emocional, trauma psicológico, susceptibilidade a infecções, tabagismo compulsório e dependência etílica. É nessa consonância, que as emoções são expressas com muita dificuldade, sem clareza emocional, com disfunção

social e resposta emocional negativa (SILVA; FARO, 2019).

O impacto negativo na qualidade de vida desses indivíduos interfere nas relações interpessoais, atividades diárias, autoestima e capacidades físicas. Comumente queixam-se de dores, prurido, queimação e sensibilidade. Isso é refletido no Sistema Nervoso Central, que detecta esses sintomas característicos da doença e os reproduz no aspecto psicológico. Portanto, o humor é um reflexo da interação entre as reações psicológicas e a condição da pele. Isso gera uma resposta primária por meio da conexão entre as respostas psicológicas e a pele, considerada o maior órgão do corpo humano, já que reveste toda a superfície orgânica do ser vivo (BARROSO; MACÊDO, 2016).

O sistema nervoso tem ligação direta com a pele no ectoderma, que é uma das camadas do folheto embrionário que ao se dobrar sobre si mesma, forma um tubo neural onde a parte interna é o sistema nervoso e a externa a pele e seus derivados. Através dos neuroreceptores presentes na epiderme, é encontrada uma correlação fisiopsicológica somatizando o estresse do sujeito enfermo em conjunto com as funções psíquicas superiores que incluem o aspecto de cognição e conceituação (MARTINS; FERNANDES; REICHOW, 2017).

Devido à cronicidade da doença e o longo tratamento, os aspectos de saúde mental como rejeição, culpa, vergonha e falta de perspectiva são característicos nesses pacientes assistidos em ambulatório. Por este motivo, diversos parâmetros já foram analisados para detectar o estresse refletido na qualidade de vida e cognitiva emocional (MACHADO, 2020).

3.1 QUALIDADE DE VIDA

A qualidade de vida pode ser compreendida como um conceito abrangente, global e diversificado. Originado no campo da medicina, esse conceito expandiu-se para áreas como a psicologia e a sociologia, integrando outros termos como felicidade e bem-estar. Embora mais recentemente, esse termo tenha sido associado à ansiedade tanto a nível individual quanto social, relacionada às condições de vida existentes desde os primórdios da história humana (VINACCIA et al., 2008).

O conceito de qualidade de vida está vinculado aos cuidados de saúde e higienização pública, permeando os direitos humanos e trabalhistas, também tratando do acesso aos bens econômicos e com a preocupação com as experiências do sujeito na vida social, nas atividades diárias e direitos de saúde (VINACCIA et al., 2008).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), conceitua a qualidade de vida como “A percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos

quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (THE WHOQOL GROUP, 2012).

Nos campos da saúde e bem-estar, quando afetados por uma doença crônica, os pacientes tendem a relatar um aumento do autoconceito negativo, a falta de perspectivas de vida e um estado depressivo, devido às possíveis alterações distintas relacionadas às condições da pele. Um exemplo é a psoríase, que impacta o funcionamento diário, a vida profissional, o lazer, as interações sociais e o estado emocional dos indivíduos que sofrem com essa condição dermatológica (AKANIME; RUSCH, 2020).

A psoríase é capaz de estabelecer uma carga humanística considerável sob seu portador, não apenas em seu impacto físico com as marcas na pele, mas causando impacto diversos na qualidade de vida e interferindo na autoimagem e autoestima, acarretando prejuízo nas interações sociais e no desenvolvimento da depressão, ansiedade e estresse (LOPES *et al.*, 2019; PAVAN-CÂNDIDO, 2012).

Visando aferir tais danos na qualidade de vida relacionados a dermatologia e especificamente da psoríase, são utilizadas ferramentas específicas de pesquisa que através de questionários são capazes de gerar escores de diversos tipos e na presente pesquisa utilizamos por exemplo o Índice de Qualidade de Vida em Dermatologia (DLQI), o *Self Report Questionnaire* (SRQ-20) e o *Beck Depression Inventory* (BDI) seu uso pode nos auxiliar a descobrir que a qualidade de vida em pessoas com psoríase difere de acordo com a acuidade da área afetada (VINACCIA *et al.*, 2008).

3.2 ESTRESSE E PSORÍASE

Pode-se considerar que o estresse é um esforço psiconeurológico exacerbado causado por fatores externos e internos, que resulta no comprometimento da saúde mental. No contexto das causas externas, estão as situações vivenciadas no dia a dia, enquanto nas causas internas, está a resiliência contínua que pode tornar o estado físico e emocional vulnerável a influências externas, como é o caso da psoríase. A pele, por ser o maior órgão do corpo humano e considerada um espelho de emoções, mantém o indivíduo em contato com o mundo exterior (ARAÚJO *et al.*, 2019; LOPES *et al.*, 2019).

Existem indícios de que os fatores externos podem estimular as respostas emocionais e, conseqüentemente, provocar alterações nos processos psicofisiológicos, devido à interação da imunobiologia presente na pele e à sua sensibilidade às flutuações hormonais. Acredita-se que as relações neuroendócrinas e imunológicas próximas às terminações nervosas que compõe a

estrutura epidérmica, estejam envolvidas nos eixos do hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA), simpático-adrenal-medular (SAM) e células imunológicas. Esta condição contribui para agravar a dermatose, uma vez que incita o estresse psicológico às fissuras cutâneas, assim realçando a severidade das lesões. Ou seja, estabelece um ciclo vicioso de agravo a saúde mental pelo fardo emocional imposto pela dermatose (RODRIGUES *et al.*, 2020).

O estresse psicológico incita a liberação do corticotrófico (CRH) que é um sinalizador do aumento da produtividade do cortisol nas células corticais presentes na glândula adrenal. É entendido que o cortisol age como anti-inflamatório e imunossupressor em nível cutâneo, onde pode levar a inflamação crônica dos tecidos e da fibra capilar, pois ativa a proliferação dos queratinócitos, que por sua vez causará inserção linfocítica por meio da inflamação com a existência dos mastócitos, este efeito resulta na desidratação que causará prejuízo na matriz dérmica, fragmentação do colágeno e perda da elasticidade (RODRIGUES *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2016).

Consoante ao dito, em decorrência das condições da morbidade estudada, as áreas de relações interpessoais, onde podemos incluir lazer e trabalho são afetadas, de modo que o estresse pode estimular ou somatizar a psoríase. Esta, comumente associa-se a ansiedade e uma sobrecarga psicoemocional (situações de preocupação excessiva e nervosismo) que poderá surgir variáveis preditivas para a depressão e ao estresse, em que a saúde mental destes pacientes de psoríase será comprometida (SILVA *et al.*, 2021).

3.3 DEPRESSÃO E PSORÍASE

A depressão é causada por um transtorno prevalente, grave, afetivo e ou frequente que causa distúrbios mentais, corporais e de humor. Ela atinge entre 4,4% a 20% da população global, o que significa que ela aflige entre 396 milhões e 1,8 bilhões de pessoas. Seus efeitos prejudicam a qualidade de vida, o que pode ser um fator desencadeante e agravante das psicodermatoses. É estimado ser três vezes mais comum em pessoas com comorbidades crônicas pré-existentes, como a psoríase, associadas a eventos adversos em que uma interfere no desenvolvimento da outra. O conjunto destes sintomas interfere significativamente na vida pessoal, profissional e social do paciente (RUA *et al.*, 2020).

As psicodermatoses são definidas pela correlação da saúde mental e da pele, pois a pele é um órgão exposto e visível, como causa e efeito. Barroso e Macêdo (2016) corroboram a ideia de que as desordens da pele podem ocorrer pela desordem psicológica, psiquiátrica primária e secundária. Portanto, o elenco de emoções, sentimentos, fracassos e desapontamento podem

refletir na epiderme desencadeando uma enfermidade cutânea. Assim a pele representa um envelope do corpo e do psíquico.

A psoríase pode frequentemente ser associada à noção equivocada de contágio ou falta de higiene, o que resulta em um estigma social e impacta negativamente a autoestima e o autoconceito das pessoas afetadas. Esses sentimentos podem levar à depressão, angústia e outros distúrbios emocionais. Por essa razão, revisões sistemáticas feitas por diversos autores descrevem os fatores psicológicos que estão associados à psoríase (BARROSO; MACÊDO, 2016).

Estudos conduzidos em pacientes com psoríase têm revelado descobertas que indicam uma forte ligação entre essa condição e problemas de saúde mental, assim como distúrbios emocionais. Isso ocorre porque esses indivíduos frequentemente se queixam de dor e prurido associados à doença. Relatam, também, falta de participação social, ideação suicida, disfunção sexual e constrangimento (MACHADO *et al.*, 2020).

A evidência dos fatores psicológicos, como a depressão, desempenha um papel crucial no início e no agravamento das doenças dermatológicas, uma vez que afeta diretamente o sistema imunológico. Como resultado, os sintomas e a prevalência da depressão podem ser agravados pelos problemas sociais decorrentes do quadro patológico, conforme evidenciado pelos números substanciais estimados de comorbidade com a psoríase (20% a 30%), podendo chegar a 62% de acordo com algumas pesquisas (RUA *et al.*, 2020).

Em situações mais severas da doença, os pacientes podem desenvolver distúrbios psicológicos nos quais o corpo manifesta e exterioriza a dor emocional por meio de lesões na pele. Isso se reflete em sintomas semelhantes aos da depressão, incluindo perda de interesse em atividades, problemas de sono, humor deprimido, perturbações no apetite e peso, sentimento de culpa, alterações no comportamento motor e cognitivo, dificuldade de concentração, falta de energia, pensamentos suicidas e dificuldades na tomada de decisões (RUA *et al.*, 2020; WITTMANN, 2023).

Por conseguinte, a patogênese presente na depressão e na psoríase possuem um conjunto de citocinas como a IL- 17 e TNF- α , que interferem na produção da serotonina (hormônio da felicidade) constatando a fisiopatologia entre elas (LOPES *et al.*, 2023; RUA *et al.*, 2020).

3.4 PROTOCOLOS DE AVALIAÇÃO CONTIDOS NOS PRONTUÁRIOS

Foram obtidos dados secundários dos prontuários em busca de informações sobre profissão, estado civil, idade, sexo, informações socioeconômicas, o tipo de psoríase, a história clínica pregressa, tempo de diagnóstico, tabagismo, etilismo, dados ergométricos, grau de severidade da doença, ansiedade, estresse, prática de exercícios físicos, comorbidades e comprometimento da extensão da pele pela psoríase e também foram observados e coletados os dados de três instrumentos de ferramentas validadas utilizadas no CRPATP-PB de aferição da qualidade de vida e saúde mental: *Dermatology Life Quality Index (DLQI)*, *Self Report Questionnaire (SRQ-20)* e *Beck Depression Inventory (BDI)*.

Os instrumentos aplicados para mensurar a qualidade de vida apresentam abrangências em diferentes dimensões que envolvem função física (mobilidade, cuidados próprios); função emocional (depressão, ansiedade); função social (suporte e contato social); desempenho de papéis no trabalho e em casa; dor; fadiga; outros (BORBOLETTO; PACHÊCO, 2020).

3.5 INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA COLETA DE DADOS

3.5.1 *Dermatology Life Quality Index (DLQI)*

Denominado como *Dermatology Life Quality Index (DLQI)*, trata-se de um questionário de validação auto avaliativa que tem o objetivo de aferir a o impacto da qualidade de vida causado pelas dermatoses epidérmicas. Foi desenvolvido por Finlay & Khan (1994) e é composto por dez questões sobre experiências cotidianas do indivíduo durante aquela semana em que está sendo aplicado. Este questionário foi validado no Brasil na língua portuguesa por Martins et al., 2004. Para esta finalidade foi utilizado a correlação de Pearson® que constou na propriedade de mensuração do questionário, observado no domínio sintoma e sentimentos. Sem apresentar ponto de corte (MARTINS; ARRUDA; MUGNAINI, 2004; MARQUES; MIOT, 2020).

O DLQI tem a finalidade de quantificar os escores em valores entre 0 e 30, onde o valor de 0 – 1 não afeta a QV; 2 – 5 afeta de forma leve; 6 – 10 afeta de forma moderada; 11 – 20 afeta de forma grave; 21 – 30 afeta de forma muito grave. Portanto, quanto maior o valor do escore, maior será a consequência dos fatores psicológicos, social, escolar ou profissional do paciente. Este questionário impacta no tratamento e na escolha do medicamento a ser utilizado na terapêutica

e pode ser reaplicado a cada 16 semanas. Além disso, facilita a comunicação entre médico e paciente relacionados a eficácia da droga a ser prescrita (BORBOLETTTO; PACHÊCO, 2020).

Em referência a sua abrangência e o público alvo do questionário, o DLQI é o instrumento de validação mais utilizado na dermatologia e pode ser aplicado em pacientes maiores de 16 anos. O conjunto de informações captado por ele tem como exemplo questões como os aspectos de desconforto da pele (dor, ardor e aparência); uso de indumentárias; atividades do cotidiano, esportivas, sociais e de lazer; atividades laborais e educacionais; relações sociais; relações sexuais. Por isso é capaz de proporcionar a capacidade de mensuração do efeito de situações de estresse cotidiano, o envolvimento das relações sociais e as funções diárias na qualidade de vida do paciente (BORBOLETTTO; PACHÊCO, 2020).

Por fim, para avaliar a qualidade de vida do paciente psoríaco, deve-se considerar o comprometimento da extensão da área da pele lesionada, obtendo valor de 0 ou 1, com seu resultado ao avaliar a qualidade de vida e a extensão da área comprometida com as lesões concomitantemente, ajudará a definir as opções de tratamento mais adequadas. (BORBOLETTTO; PACHÊCO, 2020).

3.5.2 *PSORIASIS AREA AND SEVERITY INDEX (PASI)*

O Psoriasis Area and Severity Index (PASI) é um instrumento utilizado e validado no Brasil, nacionalmente conhecido como Grau de Severidade e Extensão das Lesões. O PASI é empregado em nível internacional com o objetivo de estratificar a psoríase. Sua utilização é registrar a efetividade da terapêutica empregada. O instrumento exibe escala com baixa sensibilidade e gravidade linear (MARQUES; MIOT, 2020; SILVA *et al.*, 2013).

O instrumento visa analisar as lesões em três características: eritema, infiltração e descamação, sendo mensurado de acordo com sua gravidade e para cada uma característica terá um valor definido entre 0 a 4 para cada uma das quatro regiões. No quesito extensão, deve ser observado a apresentação da doença por região, da cabeça, tronco, membros superiores e membros inferiores e, de acordo com a abrangência acometida pela enfermidade, será definido um valor dentro da graduação de 0 a 6. Então, será obtido o escore da área afetada com suas características e que com sua soma, alcançará um valor entre 0 e 72. O instrumento demonstra maior dificuldade em analisar a eritrodermia, um tipo clínico da psoríase, que por suas características específicas dificulta a avaliação para obter o escore, apresentando variação e estimativa subjetiva (MARQUES; MIOT, 2020; RODRIGUES *et al.*, 2020).

O PASI permite mensurar as lesões destes pacientes na admissão da ficha clínica, durante

o acompanhamento clínico e após as intervenções medicamentosas. Classificando em moderada à grave (PASI acima de 10) e leve (PASI menor que 10). Em pacientes que apresentam menos de 10% do corpo lesionado o PASI apresenta menor sensibilidade, por esta razão é subutilizado clinicamente (CONITEC, 2021).

3.5.3 *Self Report Questionnaire* (SRQ-20)

O *Self Report Questionnaire* (SRQ-20) foi validado no Brasil para a língua portuguesa pelos autores Santos *et al.*, (2010), teve como finalidade e eficácia a detecção de transtornos psiquiátricos menores (TPM), rastreados por um inventário de 20 perguntas que podem ser respondidas por meio de entrevista ou autopreenchimento. Para esta validação, foi calculado os indicadores de sensibilidade e especificidade através da curva de *Receiver Operator Characteristic* (ROC), que foi realizada para avaliação de melhor ponto de corte, sendo 6 para os homens e 7 para as mulheres, buscando melhor equilíbrio dos indicadores citados entre pessoas (SANTOS, 2010).

3.5.4 *Beck Depression Inventory* (BDI)

O *Beck Depression Inventory* (BDI), criado por Aaron Beck para medir a severidade de episódios depressivos, também no Brasil para a língua portuguesa pelo autor Gomes Oliveira *et al.*, (2013). É um questionário de autorelato com 21 itens de múltipla escolha sobre sintomas depressivos nos últimos quinze dias em uma escala ordinal de 0 a 3, resultando em escores totais que variam de 0 a 63. A validação exigiu o cálculo da correlação de classificação e de Pearson® com outros instrumentos psicométricos, utilizando a análise da função discriminante conforme o nível de gravidade. A curva de ROC foi construída calculando o valor predisposto positivo e predisposto negativo, avaliando o melhor ponto de corte estabelecido pela amostra da comunidade, que foi de 10/11, observado nos fatores depressivo e não depressivo (GOMES-OLIVEIRA, 2012).

Estes instrumentos fazem parte do prontuário de psoríase do CRPATP-PB e seus escores foram inseridos em planilha do Excel 2010. Conforme os dados sócio-demográficos do prontuário (dados biográficos; socioeconômico; história clínica da psoríase; exame médico; tratamento clínico; artrite psoriásica; comorbidades associadas; estilo de vida e saúde mental) para posterior análise estatística.

3.6 TRATAMENTO MULTISISTÊMICO DA PSORÍASE

A abordagem terapêutica para o tratamento da psoríase pode envolver modalidades medicamentosas, complementares ou alternativas. Para casos leves, é comum o uso tópico de corticosteroides e vitamina D. A fototerapia também é uma opção, podendo ser combinada ou não com medicamentos sistêmicos convencionais, como metotrexato, acitretina ou ciclosporina, quando a avaliação do grau de gravidade pela escala PASI indica moderado a grave, ou quando a doença leve não responde aos tratamentos iniciais. A fototerapia não é necessariamente uma etapa anterior ao uso de medicamentos sistêmicos convencionais e/ou biológicos no tratamento da psoríase. Além disso, os medicamentos biológicos, como os Anti-TNF (adalimumabe, etanercepte, certolizumabe ou infliximabe), Anti-IL23 (guselcumabe e risankizumabe) e Anti-IL17 (secuquinumabe, ixekizumabe e brodalimumabe), são indicados em casos onde a fototerapia não é uma opção viável devido a contraindicações, indisponibilidade ou insucesso do tratamento. A escolha entre essas abordagens terapêuticas é influenciada pelo perfil da psoríase e pela presença de artrite psoriásica (LOPES *et al.*, 2023).

Essas medidas terapêuticas têm como objetivo o controle, ou seja, a resolução das lesões existentes. A escolha terapêutica dependerá do resultado dos instrumentos PASI e DLQI para que ocorra a intervenção (CRUZ, 2016; RUA *et al.*, 2020; WITTMANN, 2023).

É importante ressaltar que na terapia, a necessidade do apoio psicológico em conjunto com a escolha das medicações. O uso do Adalimumabe apresentou resultados positivos em 97,8% dos casos, melhorando tanto a parte física quanto a parte social e psicológica do paciente com psoríase. Para pacientes com psoríase moderada à grave o Ustekinumabe (anti- IL12 e 23) apresentou diminuição dos sintomas depressivos, que também podem ser verificados em estudos com inibidores de TNF- α , IL23 e IL17. É importante salientar que outros medicamentos biológicos utilizados como o Secuquinumabe e o Metotrexato, apresentam bons resultados por não afetar de forma negativa a função cognitiva e do humor (LOPES *et al.*, 2023).

Estudos randomizados de regulação química de melatonina obtiveram efeitos positivos no tratamento da depressão e psoríase, pois ambas apresentaram diminuição da melatonina. A partir disso, estudos observacionais têm demonstrado que antidepressivos contribuem para o tratamento da dermatose (RUA *et al.*, 2020).

O objetivo do tratamento medicamentoso e multidisciplinar com acompanhamento psicológico é devolver a qualidade de vida considerando os aspectos físicos, psicológicos e sociais (RUA *et al.*, 2020), amenizando os fatores potencializadores e desencadeadores da doença. O tratamento auxilia na reabilitação social e na capacidade profissional (CRUZ, 2016;

RUA *et al.*, 2020).

Vale ressaltar, que o SRQ-20 (*Self Report Questionnaire*) e a Escala de Depressão de Beck (BDI), são questionários psiquiátricos autoaplicáveis traduzidos em vários idiomas, incluindo o português brasileiro, e que estão inseridos no prontuário do paciente de psoríase. Estes questionários são constituídos por questões objetivas analisando se há mudanças na qualidade de vida em relação à saúde mental (ARAYA; WYNN; LEWIS, 1992).

Desta maneira, é de grande importância a realização de pesquisas que revelem resultados na sobre as condições do bem-estar emocional destes indivíduos e com este conhecimento científico ser capaz de elaborar soluções para problemas secundários que a psoríase apresenta.

4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa observacional, analítica, retrospectiva, quantitativa e de natureza transversal, trata-se de uma pesquisa em dados secundários através da técnica da observação direta e intensiva que utilizou dados de questionários validados e registrados em prontuário.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada no Centro de Referência e Pesquisa, Apoio e Tratamento de Psoríase do Estado da Paraíba (CRPATP-PB) localizado no Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba (HULW / UFPB).

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Dados secundários de prontuários de pacientes com psoríase, acompanhados no Centro de Referência de Apoio e Tratamento de Psoríase do Estado da Paraíba (CRPATP-PB) - Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba (HULW/UFPB), diagnosticado por médico dermatologista e com exame histopatológico, idade maior ou igual a 18 anos e de ambos os sexos.

O CRPATP-PB apresenta uma população finita acessível de tamanho $N = 1186$ casos registrados, como uma representação desta população. Para obter uma maior precisão foi

avaliado como amostra de tamanho aplicando a fórmula:

$$n = \frac{\frac{z^2 PQ}{d^2}}{1 + \frac{1}{N} \left(\frac{z^2 PQ}{d^2} - 1 \right)}$$

Em que:

N: Número total de prontuários de pacientes que foram atendidos no Centro de Referência ao Paciente com Psoríase. Nesta pesquisa, tem-se que $N = 1186$;

Z: Quantil da distribuição normal, escolhido segundo o nível de confiança desejado (Como o nível de confiança adotado será de 95%, então $z = 1,96$);

P: Proporção em que a prevalência da doença será de 1.3%, onde $P = 0,0136$.

Q: $Q = 1 - P$;

D: O erro máximo de amostragem com 3%, onde $d = 0,03$.

Considerando-se uma correção de população finita com a expressão:

$$n_f \approx n / [1 + n / N].$$

Obtendo-se o tamanho de amostra final $n_f = 126$.

Assim, a amostra foi de tamanho aleatório sistemática $n = 100$ atende a uma confiança de 95%, erro máximo de amostragem 3% para uma prevalência da doença de 1,3% (proporção igual a 0,013) citada na literatura (VALLIANT, *et al.*, 2013).

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Prontuários com dados completos de pacientes com diagnóstico de psoríase que realizam tratamento no Centro de Referência, Apoio, Pesquisa e Tratamento de Psoríase da Paraíba; pertencentes a pacientes de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos., atendidos no Centro de Referência de Apoio e Tratamento de Psoríase do Estado da Paraíba - Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba.

4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Prontuários com dados incompletos; prontuários de outros locais e/ou instituições de cuidados em psoríase; prontuários de pacientes menores de 18 anos.

4.6 VARIÁVEIS DE ESTUDO

As variáveis escolhidas para este estudo foram: condições socioeconômicas, forma clínica da psoríase, antecedentes familiares de psoríase, as regiões do corpo acometidas pela psoríase, PASI, tratamento atual (medicações tópicas, sistêmicas convencionais e biológicos) e instrumentos validados como BDI, SRQ-20 e DLQI. Registrando, analisando e interpretando as consequências secundárias de saúde, examinando uma rede de conexões de características e variáveis, fatores associados, que estão relacionadas à saúde mental e qualidade de vida das pessoas com psoríase.

4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foram utilizados dois modelos estatísticos na análise dos dados com vistas a cumprir os objetivos específicos. O primeiro a Análise de Correspondência Múltipla que permite determinar associações entre os níveis de mais de duas variáveis categorizadas ou mais de dois fatores. O segundo modelo foi o Peso da Evidência conhecido pela sigla WoE (*Weight of Evidence*) que permite avaliar com a medida Valor Informativo (*Informative Value*) quais variáveis ou fatores são mais influentes na variável dependente dicotômica. Para o modelo WoE as variáveis dependentes foram a Qualidade de vida dicotomizada e a Gravidade da Psoríase as quais foram analisadas em dois modelos WoE separados. Intervalos de confiança a 95% foram aplicados para a estimação intervalar da prevalência de cada variável dependente em cada fator ou variável categorizada.

A aplicação destes modelos estatísticos permite efetuar o cumprimento dos objetivos específicos deste trabalho, que foram citados anteriormente.

A etapa analítica é o momento em que foi realizado o procedimento de análise estatística dos dados para a validação do estudo a ser desenvolvido (PASQUALI, 2010). Esta etapa foi dedicada a análise da capacidade do estudo em considerar fatores de sexo, profissão, tabagismo, etilismo, renda familiar e tempo da doença que estão associados a gravidade da doença, depressão, qualidade de vida e ansiedade. Esses fatores foram dicotomizados a partir do ponto de corte leve mais moderado, menor ou igual a 10, e grave, maior que 10 na qualidade de vida, e leve a moderado menor ou igual a 10 e grave maior a 10 na gravidade da psoríase. Os dados obtidos foram inseridos e tabulados no *software* Rstudio, e submetido a análise de distribuição de frequência absoluta e relativa.

Para a análise dos dados foi utilizado o modelo de classificação binária *Weight of Evidence* (WoE), um cálculo que mostra o “peso da evidência” dos atributos, o que no caso foi os níveis de intensidade dos itens. Na aplicação do modelo WoE, foi possível agrupar as características mais fortes de um instrumento, subdividindo os itens em níveis de força (SIDDIQI, 2006). O modelo WoE foi utilizado em estudos de avaliação de risco em busca de uma conclusão com relação ao potencial de cada um dos atributos (WEED, 2015). Dessa forma, a força dos itens foi medida pelo modelo WoE, usando o critério principal de analisar a medida de peso de cada item.

Inicialmente, o WoE surgiu para aplicações em diagnósticos médicos, onde a evidência consistia em um conjunto de sintomas e a hipótese foi do tipo paciente tem determinada doença. Os pesos poderiam então ser usados para a predição da probabilidade de um novo paciente ter a mesma doença, medida a partir da presença ou ausência de sintomas (GALVÃO; MENESES, 2005).

Contudo, a partir da década de 80, o WoE foi sendo amplamente utilizado na área ambiental por ter sido adaptado para mapeamento de potencial mineral e o método passou então a ser usado no setor financeiro para análise de riscos na concessão de crédito (BONHAM-CARTER et al., 1990), após ser empregado nas novas áreas, o modelo passou a ser pouco utilizado no âmbito da saúde, o que pode ser observado com a diminuição dos estudos apresentados com o modelo nessa área.

O modelo WoE é utilizado para averiguar a relação de influência entre um conjunto de variáveis e seu objetivo é calcular a influência de variáveis explicativas na predição de uma variável resposta e o valor da informação (IV, do inglês *Information Value*) como métricas de ajustes. De acordo com o método, quanto maior o seu valor, maior o poder de discriminação. Siddiqi nos oferece um exemplo da aplicação do cálculo se dá através da seguinte equação (SIDDIQI, 2006):

$$WOE_i = \ln \left(\frac{\% \text{ indivíduos com risco de óbito}}{\% \text{ indivíduos sem risco de óbito}} \right)_i \times 100$$

Para definir o quão forte é o poder de discriminação de uma variável no estudo apresentado, como exemplo, o cálculo do Information Value (IV), que mede a força global da variável, assume nesta equação, esta formatação:

$$IV = \sum_{i=1}^k (\% \text{ indivíduos com risco de óbito}_i - \% \text{ indivíduos sem risco de óbito}_i) \times WOE_i$$

Aqui, neste modelo, considera-se que se o valor for menor que 0,02, o preditor não é útil (muito fraco). Se estiver entre 0,02 e 0,1, o preditor tem uma relação de força fraca. Se estiver entre 0,1 e 0,3, o preditor tem um relacionamento de força média. E se for maior que 0,3, o preditor tem uma forte relação com a razão de probabilidades (SIDDIQI, 2006).

Este método no exemplo citado é denominado WoE que é de classificação binária e avalia a influência de variáveis independentes sobre um desfecho, considerando as variáveis independentes das dimensões: no caso do exemplo, o insucesso ou falha de extubação e as variáveis dependentes relacionadas ao perfil e estado clínico dos pacientes submetidos a Ventilação Mecânica Invasiva (VMI).

O WoE utiliza-se de variáveis independentes explicativas que podem ser categóricas ou não e que são escolhidas para avaliar sua influência sobre um desfecho binário propondo o quão atrativas ou repulsivas estas variáveis impactam o desfecho classificatório dicotômico que é a variável resposta.

A Análise de Correspondência Simples (AC) é uma técnica multivariada usada para analisar dados categorizados em Tabelas de contingência de duas variáveis categóricas. Essa técnica foi introduzida inicialmente por Hirschfeld em 1935 e tem sido aplicada em várias áreas, como ecologia, psicologia e ciências sociais. A AC permite explorar as associações entre as categorias das duas variáveis, revelando relações que não seriam facilmente perceptíveis por meio de análises convencionais. É importante destacar que os dados devem ser positivos e dispostos em uma Tabela retangular para a AC ser aplicável. Se houver mais de duas variáveis categóricas, utiliza-se a Análise de Correspondência Múltipla (ACM).

Existem diferentes métodos para realizar a ACM, como o método da matriz indicadora Z e da matriz de Burt, que geralmente produzem resultados próximos. Além disso, existe uma variante da ACM chamada Análise de Correspondência Múltipla Conjunta (ACMC) ou Análise de Correspondência Conjunta (ACC). Camiz e Gomes (2013) sugerem que a ACC pode ser mais adequada em certos casos, pois pode corrigir problemas de superestimação da inércia total que podem ocorrer na ACM.

A interpretação das dimensões resultantes da ACM não é uma tarefa simples e requer técnicas específicas, o que foge do escopo desse trabalho. Greenacre (1991) e Knop (2008) fornecem exemplos de como realizar essa interpretação. No entanto, o objetivo principal da AC é investigar as distâncias relativas entre as variáveis e suas posições em um mapa gerado pela técnica.

O coeficiente alfa de Cronbach, é uma ferramenta estatística amplamente utilizada em pesquisas que envolvem a construção e aplicação de testes, sendo útil por três razões principais:

fornece uma medida de confiabilidade para um único teste, pode ser aplicado a questionários de múltipla escolha ou escalas atitudinais, e é de fácil cálculo.

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum_{i=1}^k \sigma_i^2}{\sigma_t^2} \right)$$

O cálculo do coeficiente alfa de Cronbach envolve estimar a variância das respostas dos indivíduos para cada questão e a variância das somas das respostas de cada indivíduo. O coeficiente varia de 0 a 1 e é uma medida da consistência interna dos itens do questionário.

Freitas e Rodrigues (2005), sugerem a classificação da confiabilidade do coeficiente alfa de Cronbach de acordo com os seguintes limites:

A. $\alpha \leq 0,30$ – Muito baixa

B. $0,30 < \alpha \leq 0,60$ - Baixa

C. $0,60 < \alpha \leq 0,75$ - Moderada

D. $0,75 < \alpha \leq 0,90$ - Alta

E. $\alpha > 0,90$ – Muito alta

Valores entre 0,70 e 0,90 são considerados aceitáveis, indicando diferentes níveis de confiabilidade.

Para aplicar o coeficiente alfa de Cronbach corretamente, é necessário dividir o questionário em dimensões (construtos), aplicá-lo a uma amostra significativa e heterogênea da população e validar a escala utilizada. É importante eliminar itens redundantes ou duplicados, caso existam.

A intensidade da correlação entre os itens de um questionário pode ser verificada eliminando-se um item e avaliando como isso afeta o coeficiente alfa. Itens que aumentam o coeficiente não estão altamente correlacionados com os demais, enquanto itens que diminuem o coeficiente estão altamente correlacionados.

Finalmente, o tratamento de respostas em branco pode ser feito de várias maneiras, como substituir por zero, eliminar o avaliador da análise ou substituir por um valor médio.

No geral, o coeficiente alfa de Cronbach é uma ferramenta valiosa para avaliar a consistência interna de um teste ou questionário e garante a confiabilidade das medidas obtidas.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo vincula-se à pesquisa intitulada “**Avaliação do comprometimento emocional e da qualidade de vida em indivíduos com psoríase atendidos no Centro de Referência do Estado da Paraíba**”, aprovada pelo Comitê de Ética sob parecer nº 5.356.119 e CAAE nº 55753322.0.0000.8069 (Anexo A).

O estudo atende à Resolução Nº 466/12 do Ministério da Saúde, que regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). Com dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), aprovada no comitê de ética, em que as informações serão diretamente extraídas do prontuário clínico dermatológico. Foi garantido o anonimato e sigilo das informações.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

De um universo de 1186 pacientes que eram vinculados ao serviço, participaram deste estudo a amostra de 126 prontuários de pacientes do CRPATP-PB, de ambos os sexos, com predomínio do sexo masculino (50,8%; n=64), e média de idade entre 14 e 49 anos.

A amostra foi dividida em dois grupos a partir do instrumento DLQI, que dividiu a qualidade de vida em dois níveis: Leve + Moderada e Grave, com seus respectivos intervalos de 95% de confiança (IC 95%). Pode-se ver a distribuição das variáveis de acordo a divisão desses grupos na Tabela 1.

Tabela 1: Prevalência e respectivos intervalos de 95% de confiança (IC 95%) a qualidade de vida segundo Sexo, Faixa etária e características de saúde mental.

Variáveis	Qualidade de vida (DLQI)	
	Leve +Mod (IC 95%)	Grave (IC 95%)
Sexo		
Masculino	89,1 (78,2 – 92,1)	10,9 (4,9 - 21,8)
Feminino	77,4 (64,7 – 86,7)	22,6 (13,3 – 35,3)
Faixa etária (anos)		
Até 19	86,7 (76,4 – 93,1)	13,3 (6,9 – 23,6)
20 - 39	60,0 (32,9 – 82,5)	40,0 (17,4 – 67,1)
40 - 59	83,9 (65,5 – 93,90)	16,1 (6,1 – 34,5)
60+	100,0	0,0
SRQ-20		
Baixo	84,4 (66,4 – 94,1)	15,6 (5,9 – 33,5)
Mediano	78,8 (66,6 -87,5)	21,2 (12,5 – 33,3)
Elevado	92,8 (75,0 – 98,8)	7,2 (1,2 – 24,9)
BDI		
Nenhum	80,8 (67,0 -89,9)	19,2 (10,1 -33,0)
Leve	80,6 (61,9 – 91,9)	19,4 (8,1 – 38,0)
Moderada	88,2 (71,6 – 96,2)	11,8 (3,8 – 28,4)
Severa	88,9 (50,7 -99,4)	11,1 (0,5 – 4,9)
Estresse		
Presente	79,7 (68,5 – 87,8)	20,3 (12,2 – 31,5)
Ausente	93,1 (75,8 – 98,8)	6,9 (6,2 – 31,5)
Ansiedade		
Presente	82,9 (72,2 – 90,2)	17,1 (9,8 -27,8)
Ausente	88,0 (66,7 – 96,8)	12,0 (3,2 – 32,3)
PASI		
Leve	84,6 (71,4 – 92,7)	15,4 (7,3 – 28,6)
Moderado a Grave	82,4 (71,5 – 90,0)	17,6 (10,0 – 28,5)

Através da análise dos resultados de prevalência apresentados na Tabela 1, a qualidade de vida (QV) foi dividida em dois grupos, chamados QV Leve + Moderada e QV Grave. Onde a apresentou maior prevalência de QV grave no sexo feminino e com maior comprometimento da na faixa etária de 20 a 39 anos, também apresentado em pacientes com SRQ-20 mediano (valores SRQ-20 compreendido de 5 a 14). A presença de estresse aumenta cerca de três vezes a probabilidade de apresentar QV grave, mas esse efeito não é observado com o fator ansiedade. Além disso, a QV grave é mais prevalente em casos de Psoriasis Area and Severity Index (PASI) de moderado a grave. A qualidade de vida (QV) leve + moderada ocorre de forma semelhante em todos os níveis de Índice de Depressão Beck (BDI).

Pode também ser observado que o SRQ-20 elevado apresentou um índice maior na QV (Lev + Mod) provavelmente devido a um desvio com relação a limitação no tamanho da amostra. Isso denota que a prevalência não demonstra com total clareza a realidade do que se espera. Quem demonstrou esta informação foi a Análise por Correspondência Múltipla (ACM), onde não foi observado esta disparidade no valor deste fator. A outra explicação que pode ser observada foi que o SRQ-20 elevado apareceu em poucos pacientes com o DLQI grave, consideramos resultado mais uma distorção mais uma vez face à ao tamanho da amostra. Contudo, o teste de associação realizado posteriormente com a ACM, revelou a partir de uma divisão exploratória a associação entre os fatores que justifica estes valores encontrados na Tabela 1.

Em estudos realizados pela Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD), retratam sobre dados recentes consideram a prevalência da psoríase no Brasil. A prevalência foi de 1,15% (IC 95% 0,90 a 1,43%) em mulheres e 1,47% (IC 95% 1,11 a 1,82%) em homens ($p=0,22$). Também observaram que o calor, o estresse e outros fatores predisponentes agravam em 80% dos casos com a presença do prurido, característica da comorbidade. Foi observado um aumento da prevalência de psoríase quanto à idade, que, abaixo dos 30 anos foi de 0,58% (IC 95% 0,31 a 0,84%) contrapondo aos resultados obtidos nesta pesquisa. Onde em dissonância com os resultados encontrados no presente estudo, os números por gênero foram apresentados de forma inversa entre homens e mulheres o que pode ser justificado pela limitação da amostra (ROMITI *et al.*, 2023).

Em um estudo semelhante, conduzido por Ludwig, foi constatado que Taborda, Weber e Freitas abordaram a influência de fatores psíquicos em pacientes com dermatoses do espectro dos transtornos psicocutâneos. Eles verificaram que esses indivíduos são afetados por distúrbios emocionais e psiquiátricos. Ludwig avaliou a prevalência do sofrimento psíquico em pacientes

com dermatoses do espectro dos transtornos psicocutâneos, utilizando do Self Reported Questionnaire (SRQ-20), elaborado pela OMS. Foi observado que pacientes com vitiligo, em comparação com aqueles afetados por acne vulgar, são mais suscetíveis a desenvolver sofrimento psíquico. Esse achado pode ser explicado pela natureza crônica do vitiligo, que exige um tratamento disciplinado e dedicado por parte do paciente, muitas vezes resultando em resultados insatisfatórios e limitados. A autora destaca que um fator preponderante é a natureza desagradável das manchas hipocrômicas do vitiligo, frequentemente causando um impacto emocional que pode requerer intervenção psicológica. Isso sugere que doenças de longa duração, crônicas e que afetam a aparência podem estar associadas a um maior grau de sofrimento psíquico (LUDWIG, 2007).

No estudo de Faria e Castro (2020), observaram-se semelhanças em relação aos resultados encontrados no presente estudo no que diz respeito à prevalência de comorbidades na psoríase, mesmo utilizando questionários diferentes. Uma das comorbidades identificadas foi a depressão. Nesse contexto, a psoríase é considerada um fator de risco para o desenvolvimento da depressão, e vice-versa. Essa conclusão foi alcançada por meio da utilização do questionário específico Skindex, composto por 61 itens distribuídos em oito escalas. Assim como o BDI (*Beck Depression Inventory*), o Skindex é capaz de avaliar a qualidade de vida e as mudanças ao longo do tempo, incluindo o desenvolvimento da depressão. O estudo apontou uma prevalência de 16% de depressão em pacientes com psoríase. Esse problema psicológico decorre, entretanto, do impacto da doença na qualidade de vida, conforme destacado por Costa e Nunes (COSTA, NUNES, 2020).

A correlação que pode ser observada acima deixa claro que a qualidade de vida não está relacionada em uma medida direta. Dessa forma, é necessária a identificação de instrumentos fundamentados em teorias psicométricas que possibilitem esta mensuração em face a sintomas cutâneos, efeitos nas emoções e efeitos nas funções sociais e físicas.

Ao avaliar a influência da gravidade da psoríase no aspecto psicológico e na qualidade de vida do paciente, Marques e Miot destacaram que mesmo apenas 1% de comprometimento da área total afetada pelas lesões psoriásicas pode afetar significativamente a autoestima do paciente. Isso ocorre quando as áreas afetadas incluem regiões de maior relevância, como a genitália masculina ou feminina. Essa medida ressalta a importância da avaliação da gravidade da psoríase, uma vez que permite correlacionar a qualidade de vida no paciente com os escores dos sinais e sintomas nas áreas visíveis, assim como no índice que quantifica a qualidade de vida. Esta informação é possível de ser observada de uma melhor forma através do *Dermatology Life*

Quality Index (DLQI) que maximiza a compreensão da extensão e da gravidade da forma clínica da psoríase (MARQUES; MIOT, 2020).

Em concordância com os dados obtidos neste estudo, Faria e Castro também abordam os comportamentos de ansiedade, observando que a maior gravidade da psoríase está relacionada a uma qualidade de vida reduzida. Eles reportam uma prevalência de 15,4% na função emocional da ansiedade. Essa correlação, que pode ser observada, se tornou mais evidente quando o questionário SRQ foi aplicado, demonstrando assim o impacto da ansiedade na saúde mental do paciente e, por consequência, em sua função social (FARIA; CASTRO, 2020).

Um estudo aplicado no Estado do Paraná por Stertz e Hubie possibilitou observar a relação entre a qualidade de vida e o grau de gravidade média pela psoríase (PASI). O estudo nota que o aumento da gravidade das lesões estabelecia uma linha de tendência crescente e que por sua vez impactavam diretamente a qualidade de vida. No estudo pode ser observado que 25% dos entrevistados tiveram sua QV muito afetada e 45% apresentaram a QV muitíssimo impactada. Diferente do resultado encontrado pelo presente estudo, que nos demonstrou o PASI moderado a grave teve um índice menor na QV grave, de 17,6% e a QV leve + moderado com 82,4%. Estes resultados nos mostram que as áreas acometidas como: Face, Pescoço e região genital que na análise do PASI são consideradas como *Emotionally Charged* sugerindo que estas regiões têm forte efeito no agravamento da qualidade de vida, em desacordo com o encontrado no presente estudo onde o PASI moderado a grave não resultou em um forte comprometimento psicossocial o que pode indicar que a ferramenta não se adeque de forma uniforme a todas culturas (STERTZ; HUBIE, 2023; MARTINS, 2004).

Para avaliar a influência dos fatores apresentados na Tabela 1 sobre a Qualidade de vida (QV) foi aplicado o modelo de classificação binária Peso da evidência (Weigh of Evidence – WoE) (SIDDIQI, 2006) que produz uma medida de influência da variável sobre o fator de nome Valor informativo muito semelhante à medida *Odds Ratio* (Razão de Chances) da Regressão Logística, permitindo comparar a influência de cada fator (WEED, 2008) na variável dependente (Qualidade de vida -DLQI).

Tabela 2: Valor informativo e sua classificação para fatores influentes na qualidade de vida apresentados na Tabela 1.

Fator	Valor informativo	Classificação
SRQ-20	0,545	Muito forte
BDI	0,415	Forte
PASI	0,132	Médio
STRESS	0,125	Médio
ANSIEDADE	0,020	Muito fraco

Os fatores que mais contribuem para as variações na qualidade de vida são SRQ-20 e BDI em ordem decrescente de influência.

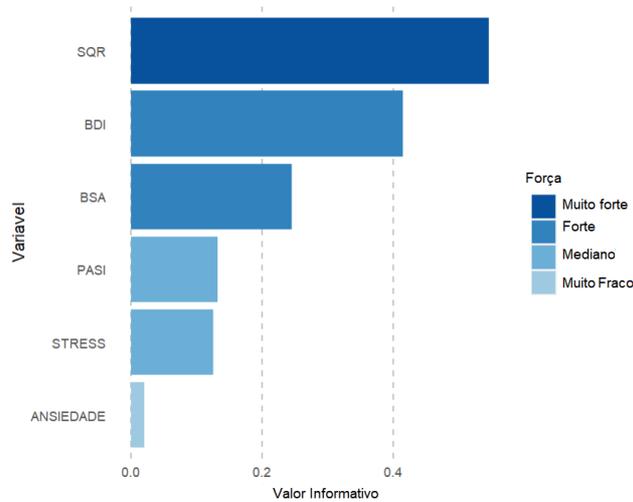
Valor informativo quando colocamos lado a lado com a regressão logística dicotômica que é método que projeta através de *odds ratio* o provável risco que aquele fator oferece naquele desfecho. Essa técnica imita a Regressão Logística, a medida valor informativo é uma *odds ratio* disfarçada, só que, não tem a propriedade e a força de fazer inferências. Pode servir para determinar quais são as variáveis que irão para regressão logística. Foi tentado, mas não obtivemos sucesso.

No modelo do valor informativo houve uma vantagem a capacidade de sempre obter uma resposta e esta resposta é bastante clara. No estudo é entre 0 e 1 e tem uma escala: muito forte, forte, média e fraca.

Esta escala é a medida que o modelo desenvolve (Valor Informativo) e que é semelhante a medida de *odds ratio*. Para esclarecimento da prevalência do valor elevado do SRQ-20 de 92,8 na QV leve + moderado e SRQ-20 7,2 na QV grave, o que diverge do esperado, mas que concorre com o observado em outros estudos como por exemplo o de Taborda *et al.*, que em um total de 1000 entrevistados no sul do país obteve 19,3%, "grande efeito" e 3,4%, efeito extremo sobre a qualidade de vida e que por sua vez, pode ter suas diferenças atribuídas em fatores culturais em relação a população nordestina e sulista. Também foi possível adicionar a constatação de correlação entre o presente estudo e no estudo de Taborda *et al.*, de que os pacientes que a pior qualidade de vida também eram os que tinham maior sofrimento psíquico, independentemente do sexo. (TABORDA *et al.*, 2010).

A Tabela 2 também permite observar uma melhor representação do fator SRQ-20, pois mesmo muito forte, tem um valor mais compatível com a realidade do estudo do que o apresentado na Tabela 1 da prevalência. Para evidenciar as diferenças de forma mais fácil, a Tabela 2 pode ser apresentada no gráfico 1 a seguir.

Gráfico 1: Valor informativo para avaliar a influência de fatores sobre a qualidade de vida.



Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Tabela 3: Prevalência e respectivos intervalos de 95% de confiança (IC 95%) a psoríase segundo Sexo, Faixa etária e características de transtorno mental.

Gravidade da Psoríase (PASI)		
Variáveis	Leve +Mod (IC 95%)	Grave (IC 95%)
Sexo		
Masculino	39,1(27,4 -52,1)	60,9(47,9 – 72,6)
Feminino	43,6(31,2 -56,7)	56,4(79,0 – 68,8)
Faixa etária (anos)		
Até 19	48,0(36,4 -59,8)	52,0(40,2 - 63,6)
20 - 39	33,3(13,0 – 61,33)	66,7(38,7 -87,0)
40 - 59	29,0(14,9 – 48,2)	71,0(51,8 -85,1)
60+	40,0(7,2 -83,0)	60,0(17,0 – 92,7)
BDI		
Nenhum	51,9(37,8 – 65,8)	48,1(34,2 – 62,2)
Leve	35,4(19,8 – 54,6)	64,6 (45,4 – 80,2)
Moderada	35,3(20,3 -53,5)	64,7(46,5 – 79,7)
Severa	22,2(3,9 – 59,8)	77,8(40,2 – 96,0)
Stress		
Presente	36,5(25,8 – 48,5)	63,5(51,4 – 74,2)
Ausente	44,8(27,0 - 64,0)	55,2(36,0 – 73,0)
Ansiedade		
Presente	35,5(25,1 – 47,4)	64,5(52,6 – 74,9)
Ausente	40,0(21,8 – 61,1)	60,0(38,9 – 78,2)

A Tabela 3 apresenta dados que mostram que a forma grave da psoríase ocorre com uma taxa percentual maior tanto no sexo masculino quanto no sexo feminino. A faixa etária mais afetada pela forma grave é aquela entre 20 e 59 anos. Em todas as categorias do BDI, a forma grave da psoríase é mais prevalente. A presença do estresse parece contribuir para o

desenvolvimento da forma grave da psoríase, enquanto não foi detectada a mesma relação com o fator de ansiedade.

Em seu estudo sobre a Contribuição para a compreensão da psoríase a partir da perspectiva psicanalítica da psicossomática, Aurélio confirma que fora aplicado o Inventário de Depressão de Beck (BDI) visando buscar as perturbações cognitivo-afetivas e a manifestação de distúrbios somáticos nos psoriásicos obtendo resultados como que através da análise dos fatores do BDI, e que podem ser observado que as perturbações cognitivo-afetivas e a manifestação de distúrbios somáticos, além de afetar de forma mais grave os pacientes psoriásicos, indicam também um maior grau de alexitimia (AURELIO, 2010).

A gravidade das lesões em diferentes faixas etárias foi observada nos estudos de Stertz e Hubie, onde o valor médio mais alto foi de 14,85 entre as idades de 38 a 47 anos. No mesmo estudo, é relatado que mais da metade dos pacientes com psoríase entrevistados apresentaram o estresse como um fator exacerbador da psoríase, e que a ansiedade e a depressão estão associadas à psoríase, aumentando o risco (STERTZ; HUBIE, 2023).

Paraíso et al., mencionam que existem mais de 50 métodos para avaliar a gravidade da doença, porém, esses métodos não foram adequadamente validados e uniformizados entre si. Como resultado, são utilizados mecanismos para essa avaliação, como o PASI e o DLQI. Dentre esses, o DLQI é o mais utilizado, abordando o impacto das lesões corporais e a gravidade em relação à qualidade de vida do indivíduo (PARAÍSO A, et al., 2021).

Tabela 4: Valor informativo e sua classificação para fatores apresentados na Tabela.

Fator	Valor informativo	Classificação
BDI	0,423	Forte
SRQ-20	0,262	Forte
QV	0,246	Forte
ESTRESSE	0,065	Fraca
ANSIEDADE	0,020	Muito fraco

A Tabela 4 interpreta os dados da Tabela 3 e demonstra a influência dos diferentes fatores na categorização da forma leve a moderada e da forma grave da psoríase. A ordem decrescente de influência sobre a forma de psoríase mostra que o BDI possui uma influência significativa que merece investigação adicional, seguido pelo SRQ-20 e pela QV, também com uma influência considerável. Por outro lado, os fatores Estresse e Ansiedade apresentaram influência fraca e muito fraca, respectivamente.

O fator BDI, com sua classificação forte e um alto valor informativo, mostrou uma

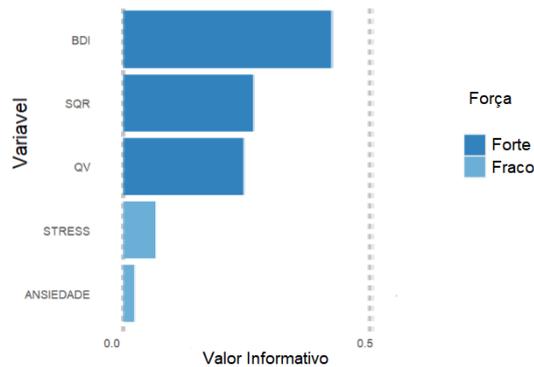
influência significativa, cerca do dobro do valor informativo do fator SRQ-20. Essa diferença merece ser investigada mais detalhadamente em futuros trabalhos, a fim de compreender as razões por trás dessa disparidade em seus valores. Uma possível explicação para essa discrepância pode ser atribuída ao tamanho da amostra utilizada no estudo, considerando os valores originais não categorizados. A representação gráfica dos resultados da Tabela 4 pode ser observada no Gráfico 2.

Uma possível maneira de entender os valores apresentados pelo fator BDI é reconhecer que a depressão tem um impacto significativo no constructo da gravidade da doença (PASI). Através da Escala de Beck, podemos mensurar o comprometimento emocional depressivo causado pela psoríase nos pacientes. Além disso, o fator SRQ-20 também merece destaque, uma vez que apresentou uma relação forte (0,262) com a gravidade da doença. No entanto, o impacto desse fator é considerado ainda mais substancial (0,545) no constructo da qualidade de vida. Isso sugere que o SRQ-20 é um indicador importante não apenas da gravidade da psoríase, mas também de como ela afeta a qualidade de vida do paciente.

A observação desse fator já havia sido destacada por Aurélio (2010) em seus estudos. Ele notou que os pacientes com psoríase enfrentam uma crescente dificuldade em identificar sentimentos e emoções, especialmente à medida que as perturbações somáticas da doença progridem. Isso evidencia a inter-relação entre os aspectos emocionais e físicos da psoríase, conforme apontado por Aurélio em sua pesquisa.

Também é notável a relação com o que foi abordado por Luban-Plozza et al. (1992), que discutiu como um dano no nível do investimento narcísico está diretamente ligado à perda de identidade e a um estado de depressão, que por sua vez pode desencadear distúrbios somáticos. A pesquisa de Luban-Plozza e colaboradores ressalta como fatores emocionais e psicológicos podem ter um impacto significativo nas manifestações físicas e somáticas, como observado na psoríase.

Gráfico 2: Valor informativo para avaliar influência de fatores sobre a psoríase.



Fonte: Elaborada pelo autor (2023).

A Análise de Correspondência Múltipla foi aplicada para reavaliar as associações entre os fatores e a qualidade de vida já abordadas na Tabela 1 e 2, mostrando em um mapa perceptual as associações mensuradas de acordo com a proximidade de cada nível dos fatores com a qualidade de vida ou detectando as associações mais prováveis de ocorrerem segundo a distância euclidiana entre as categorias dos fatores (HAIR et al, 2009).

A Tabela 5 mostra a decomposição em duas dimensões que permite maior clareza no mapa perceptual das associações entre as categorias dos fatores.

Tabela 5: Decomposição em duas dimensões da Análise de Correspondência Múltipla para fatores e Qualidade de vida.

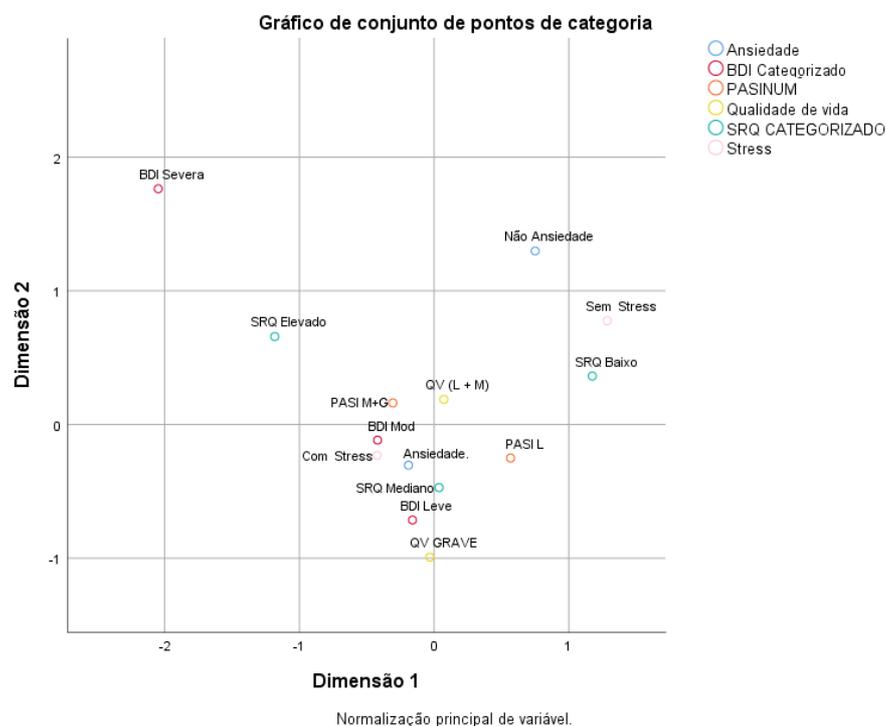
Dimensão	Alpha de Cronbach	Autovalor	Inércia
1	0,556	1,911	0,273
2	0,471	1,678	0,240
Total	-	3,589	0,513

A Tabela 5 demonstra que as dimensões 1 e 2 possuem aproximadamente a mesma importância e baixa confiabilidade de acordo com a classificação do coeficiente alpha de Cronbach. O Autovalor calcula a Inércia que representa a força da dimensão que está na forma bruta. Foram realizadas mais de 30 dimensões, em apenas duas dimensões o mapa a seguir foi enxergado utilizando o método sinótico da normalização principal de variável.

Nas Tabelas de prevalência (Tabelas 1 e 2) são exibidos os fatores, mas para facilitar a identificação das relações entre os fatores foi necessária a elaboração de uma percepção geométrica. Esta elaboração foi possível com a Análise de Correspondência Múltipla analisar as influências de cada fator sobre outro fator. Avaliando todos os fatores ao mesmo tempo e sendo

representados em uma figura geométrica e dividindo em dois opostos chamados Dimensão 1 e Dimensão 2. Construído em um mapa onde o fator que estiver mais próximo tem mais associação. E as duas dimensões são aproximadamente com o mesmo poder informativo uma apresentando o Alpha de Cronbach 0,55 e a outra 0,47. Por exemplo: Sem estresse e SRQ-20 baixo apresentam uma correlação e isto nos faz entender a Tabela 1 significa que se não tiver estresse e o SQR for baixo e não tiver ansiedade este indivíduo estará no grupo leve + moderado na QV representado no primeiro quadrante.

Figura 1: Mapa perceptual para avaliar associações entre fatores e qualidade de vida.



O mapa de associações apresentado na Figura 1 mostra que as categorias de Não ansiedade, Sem Estresse e SRQ-20 Baixo estão associados ao nível de ansiedade Leve ou Moderado. O conjunto de níveis BDI severo, SRQ-20 elevado, PASI moderado a grave formam um conjunto de categorias que caracterizam um *Cluster* (Agrupamento) especial de pacientes que merecem ser dada uma atenção especial.

Podem ser observados quatro quadrantes envolvendo as duas dimensões, a Dimensão 1, que trata da Qualidade de vida e a Dimensão 2 que demonstra a gravidade da psoríase através do PASI, sendo possível definir grupos definidos de acordo com a divisão dos escores.

O mapa é representado por quatro quadrantes no sentido Anti-horário que serão denominados Quadrante 1, 2, 3 e 4 no presente trabalho. O lado superior direito é o quadrante 1,

o lado superior esquerdo representa o quadrante 2, o lado inferior esquerdo foi chamado o quadrante 3 e por último o lado inferior direito, o quadrante 4.

O quadrante 1 apresenta a situação ideal, onde o paciente tem o SRQ-20 baixo que denota ausência de acometimentos em sua saúde mental, sem estresse e ansiedade, qualidade de vida de leve à moderada, associado ao menor impacto do grau de gravidade da psoríase.

Em oposição, o quadrante 2, envolve a situação mais crítica do acometido pela psoríase, constando BDI Severa, o que implica depressão severa, o SRQ-20 Elevado, apresentando grande transtorno mental e PASI Moderado à Grave que significa um grau elevado da psoríase, essas informações nos demonstra que o paciente requer uma atenção na sua qualidade de vida e no nível da gravidade da psoríase.

O quadrante 3, demonstra o BDI leve e moderado que implica dizer presença de depressão leve e moderada, contudo apresenta presença de estresse e ansiedade, estes, justificam a qualidade de vida grave.

Por fim, o quadrante 4 apresenta o SRQ-20 mediano, ou seja, o acometido apresenta transtornos mentais mesmo que o estresse e ansiedade não estejam neste quadrante e representa que este paciente ainda apresenta lesões corpóreas mesmo abaixo de 10%, justifica a gravidade da sua psoríase ser leve (PASI leve). Nota-se o oposto do primeiro quadrante e sua qualidade de vida pode estar grave, como pode ser visto no mapa.

Pode ser observado dois perfis opostos, o que apresenta ausência de estresse e ansiedade, SQR baixo e QV leve + moderada e PASI, que é o lado direito do mapa, representando o indivíduo com a gravidade da doença baixa e melhor qualidade de vida, o que normalmente caracteriza um paciente em tratamento avançado com boa resposta medicamentosa e doença sob controle, em contraparte, o lado esquerdo do mapa representa a maior gravidade dos efeitos da doença com os fatores mais agravados por exemplo o SQR alto, BDI elevado e a qualidade de vida grave.

No estudo dos prontuários foi possível perceber que na admissão do paciente em ambulatório dermatológico, muitas vezes seu perfil é caracterizado no quadrante 2, denotando os mais graves sintomas físicos e psicológicos da doença, mas com o acompanhamento clínico e a introdução medicamentosa adequada para seu tratamento é possível observar o seu estado de saúde evoluindo e passando pelo processo de mudança visível no quadrante 3 onde a saúde física e psicológica ainda é comprometida. No decorrer do tratamento, que por se tratar de uma doença crônica e que sempre há risco de abandono do tratamento pelo paciente, com grande esforço do mesmo para continuidade e evolução do tratamento, o paciente evolui para o quadrante 2. Por

fim, a situação ideal para o paciente da psoríase é caracterizada por um paciente em tratamento avançado com boa resposta medicamentosa e doença sob controle permite ao paciente a evolução para o quadrante 1, com qualidade de vida alta e outras características deste quadrante.

Como o quadrante 1 é o ideal, pacientes nestas condições muitas vezes não são captados para tratamento, o que pode ser representado nas amostras para estudo. É possível inferir que a maior procura pelo tratamento se dá quando este paciente demonstra uma maior gravidade na doença como apresentado por exemplo no quadrante 2.

Como visa o objetivo do presente trabalho, foi elaborado um novo índice para aferir a qualidade de vida e outro para a gravidade da psoríase. Ambos índices foram realizados com base no valor informativo do modelo Peso da Evidência (WoE), que permitiu acrescentar componentes de saúde mental.

A expressão do índice de qualidade de vida é dada por:

$$IQV = 0,545 \times SRQ-20 + 0,415 \times BDI + 0,132 \times PASI + 0,125 \times ESTRESSE + 0,020 \times ANSIEDADE,$$

E para a gravidade da psoríase, de forma análoga se construiu o índice IPSO dado por:

$$IPSO = 0,2423 \times BDI + 0,262 \times SRQ-20 + 0,246 \times QV + 0,065 \times ESTRESSE + 0,020 \times ANSIEDADE$$

Estes novos índices serão investigados em uma pesquisa futura que serão comparados com outros indicadores da literatura de psoríase.

A nova pesquisa terá uma amostra mais expressiva, pois foi possível mensurar que a limitação na amostra do presente estudo foi fator agravante no desenvolvimento da mesma.

Avaliar de forma mais profunda a relação entre os fatores e seus quadrantes a fim de encontrar mais correlações não observadas.

Encontrar possibilidades de tratamentos específicos para pacientes em determinados quadrantes, por envolver características semelhantes.

6 CONCLUSÃO

O estudo identificou uma relação entre os fatores associados e sua influência na saúde mental e qualidade de vida dos pacientes com psoríase, bem como foi avaliado o impacto da gravidade da doença no convívio com ela. Com o tamanho abrangente da amostra, o estudo permitiu traçar de forma mais fidedigna o perfil dos pacientes, considerando se a qualidade de vida estava comprometida ou não, e como isso se refletia no grau de gravidade da doença, medido pelo escore PASI. Onde esse perfil foi estabelecido com base no valor informativo apresentado pela análise do WoE.

Os modelos que foram aplicados como o WoE e a ACM, contribuíram para a proposta de elaboração dos novos índices de qualidade de vida (IQV) e da gravidade da doença (IPSO), onde foram acrescentados componentes correlacionados à saúde mental.

A classificação à partir dos quadrantes encontrados no mapa perceptual onde foi aplicada a análise combinatória múltipla, associando à qualidade de vida, depressão (BDI), estresse, ansiedade e gravidade da doença (PASI) e sua divisão em quadrantes com características semelhantes e correlacionadas, sendo possível caracterizar o paciente de acordo com seu grau de gravidade da doença e outros fatores agravantes e possibilitar um tratamento específico aos fatores demonstrados no quadrante onde ele se encontra por exemplo lidar com fatores que ele talvez não tenha conhecimento que possui ou deixou de informar em anamnese, por analisar que pelo fato de estar enquadrado em determinado quadrante ele esteja propenso a apresentar.

Pode ser observado dois perfis opostos, o que apresenta ausência de estresse e ansiedade, SQR baixo e QV leve + moderada e PASI, que é o lado direito do mapa, representando o indivíduo com a gravidade da doença baixa e melhor qualidade de vida, o que normalmente caracteriza um paciente em tratamento avançado com boa resposta medicamentosa e doença sob controle, em contraparte, o lado esquerdo do mapa representa a maior gravidade dos efeitos da doença com os fatores mais agravados por exemplo o SQR alto, BDI elevado e a qualidade de vida grave.

Foi possível investigar a associação dos fatores que interferiam diretamente na saúde mental e na qualidade de vida dando ênfase ao impacto do grau de gravidade da psoríase, dessa forma, foi possível verificar o impacto da doença na qualidade de vida e nos transtornos mentais comuns (SRQ-20) e depressão (BDI), contudo a ferramenta utilizada para a coleta dos dados que pertencem ao prontuário tem validade nacional o que impede um estudo regionalizado,

evidenciando a vulnerabilidade e a necessidade de novos estudos.

7 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. *et al.* A Psoríase no Contexto da Atenção Básica: um plano de intervenção através de um relato de caso. **Revista de Patologia do Tocantins**, Tocantins, v. 5, n. 4, p. 5, 2018.

AKAMINE, A.A.; RUSCH, G.S. **Evento Traumático na infância e psoríase: um estudo transversal observacional**. Curso de Medicina, Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná, Curitiba, 144 f, 2020.

ARAÚJO, A.K.S. *et al.* **Manifestações Gastrointestinais da Psoríase**. In: **Da Ciência ao Cuidado: saberes e práticas da psoríase**, 2021. cap.5, p.164 - 174.

AURÉLIO, D. I. C. Contribuição para a compreensão da psoríase a partir da perspectiva psicanalítica da psicossomática. Repositório da Universidade de Lisboa: Universidade de Lisboa, 2010.

ARAYA, R.; WYNN, R.; LEWIS, G. Comparison of two self-administered psychiatric questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in primary care in Chile. **SocPsychiatryPsychiatrEpidemiol**, Springer-Verlag, London, v. 27, p. 168 - 173, 1992.

BARROS, B.G. *et al.* Plantas e produtos de origem vegetal no tratamento da psoríase: potencial terapêutico e inovação na área. **Infarma**, Rio de Janeiro, v. 33, p. 231-246, 29 jun, 2021.

BARROSO, M. L.; MACÊDO, M. A. Repercussões Psicossomáticas na epiderme humana. **Id on Line Multidisciplinary and Psychology Journal**, v. 10, n. 30, p. 123 - 130, Julho 2016.

BONHAM-CARTER, G. F. Weights of evidence modelling: A new approach to mapping mineral potential.: In Statistical Applications in the Earth Sciences. Geological Survey of Canada Paper, v. 89, p. 171-183, 1990.

BORTOLETTO, M.C.C; PACHÊCO, A.P. **Qualidade de Vida e Psoríase**. In: **Consenso Brasileiro de Psoríase: Algoritmo de Tratamento de Sociedade Brasileira de Dermatologia**, 2020. cap.3, p. 19-21.

CASTRO, M. *et al.* **Estatística não paramétrica básica no software R: uma abordagem por resolução de problemas**. Orientador: Magda Carvalho Pires. 2018. 30 f. Projetos de Iniciação à Docência (Graduação em Estatística) - UFMG, Minas Gerais, 2018.

CALLOU, K. R. de A *et al.* O Centro de Referência em Psoríase da Paraíba e sua História: movimentos, desafios e afetos. In: SOARES et al. V. L. (org.). **Da Ciência ao Cuidado: Saberes e práticas em psoríase**. 1. ed. João Pessoa-PB: UFPB, 2021. v. 1, cap. 1, p. 29 - 44.

CRUZ, L.A.C. **O Impacto da Psoríase na Autoimagem e sua Influência no Trabalho**. Curso de Terapia Ocupacional, Universidade Federal da Paraíba, Paraíba, 82 f, 2016.

CRONBACH, L. J. Coefficient alpha and the internal structure of test. *Psychometrika*, v. 16, n. 3, p. 297-334, 1951.

CRONBACH, L. J. My current thoughts on Coefficient Alpha and Successor Procedures. *Educational and Psychological Measurement*, v. 64, n. 3, jun. 2004.

DAS, S. **Psoríase**. Disponível em: <<https://www.msmanuals.com/pt-br/casa/dist%C3%BArbios-da-pele/psor%C3%ADase-e-dist%C3%BArbios-descamativos/psor%C3%ADase>>. 2021 Acesso em: 10 mar. 2022.

FREITAS, A. L. P., RODRIGUES, S. G. A. Avaliação da confiabilidade de questionário: uma análise utilizando o coeficiente alfa de Cronbach In: SIMPÓSIO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 12, 2005, 07-09 nov, Bauru-SP. Anais... Bauru-SP: UNESP, 2005.

GALVÃO, WOUGRAN SOARES; MENESES, PAULO ROBERTO. Identificação de variáveis geoambientais preditivas ao processo de locação de estações fluviométricas com o apoio do Modelo de Pesos de Evidência. SIMPÓSIO BRASILEIRO DE SENSORIAMENTO REMOTO±SBSR, v. 12, p. 2169-2176, 2005.

GOMES-OLIVEIRA. *et al.* M. H. **Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample**. *Revista Brasileira de Psiquiatria, ELSEVIER*, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 389-394, March 2012.

GREENACRE, M. J. Interpreting multiple correspondence analysis. **Applied Stochastic Models and Data Analysis**, Valbonne, v. 7, p. 195-210, 18 jun. 1991 DOI: <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/asm.3150070208>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/asm.3150070208>. Acesso em: 10 mar. 2022.

GRIFFITHS CEM. *et al.* **Psoriasis**. *Lancet*. 2021 Apr 3;397(10281):1301-1315. doi: 10.1016/S0140-

6736(20)32549-6. PMID: 33812489. 2021.

HAIR JÚNIOR, J. F.; BLACK, W. C.; BABIN, B. J.; ANDERSON, R. E.; TATHAM, R. L.; SANT'ANNA, M. A. G. A. S. **Análise multivariada de dados**. 6ª edição. Porto Alegre: Bookman, 2009.

KNOP, M. N. **A escolha de curso superior dos vestibulandos da Universidade Federal do Rio Grande do Sul: um estudo quantitativo com utilização de análise de correspondência múltipla**. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2008.

LUBAN-PLOZZA, B., *et al.* **Psychosomatic disorders in general practice (3rd ed.)**. G. Blythe, Trad. Basel: Roche Editiones. 1992.

MACLEOD T, *et al.* **Molecular and cellular regulation of psoriatic inflammation**. Clin Sci (Lond). 2022 Jun 30;136(12):935-952. doi: 10.1042/CS20210916. PMID: 35730381. 2020.

MACHADO, A.K.L.P. *et al.* Evaluation of Depression and Anxiety Disorders and Correlation with the Treatment of Patients with Psoriasis Vulgaris. **Revista SPDV**, Pará, v. 4, n. 78, p. 321 - 327, Dezembro, 2020.

MARQUES, S.A; MIOT, L.D.B. **Instrumento de Avaliação de gravidade da Psoríase**. In: **Consenso Brasileiro de Psoríase: Algoritmo de Tratamento de Sociedade Brasileira de Dermatologia**, 2020. cap.2, p. 16-18.

MARTINS, G.A.; ARRUDA, L.; MUGNAINI, A.S.B. **Validação de questionários de avaliação da qualidade de vida em pacientes de psoríase**: Validation of life quality questionnaires for psoriasis patients. Rio de Janeiro: Anais Brasileiros de Dermatologia, 2004.

MARTINS, L.D.P. *et al.* A PSORÍASE SOB O OLHAR DA PSICOLOGIA CORPORAL. **Psicologia Corporal**, Centro Reichiano-Curitiba, p. 1 - 10, 2017. ISSN 1516-0688.

MARZO-ORTEGA, Helena. Improving the Management of Psoriatic Disease: the rise of the Combined Service. **NIHR Leeds Biomedical Research Centre**, 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Psoríase. **Relatório de Recomendação**, CONITEC, Brasília - DF, p. 6 - 111,2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS EM SAÚDE. PORTARIA CONJUNTA Nº 18 14/10/2021. **Aprovação do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Psoríase**, [S. l.], p. 1-76, 14 out. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/arquivos/2019/PortariaConjuntan18de14102021_PCDT_Psoriase.pdf. Acesso em: 19 out. 2022.

NASCIMENTO, Matheus Monteiro; CAVALCANTI, Cláudio; OSTERMANN, Fernanda. ANÁLISE DE CORRESPONDÊNCIA APLICADA À PESQUISA EM ENSINO DE CIÊNCIAS. **X CONGRESO INTERNACIONAL SOBRE INVESTIGACIÓN EN DIDÁCTICA DE LAS CIENCIAS**, [S. l.], p. 1319-1324, 5 set. 2017. Disponível em: https://core.ac.uk/display/147043496?utm_source=pdf&utm_medium=banner&utm_campaign=pdf-decoration-v1. Acesso em: 14 fev. 2023.

PALAPARTHI, A. *et al.* Mapping Thyroarytenoid and Cricothyroid Activations to Postural and Acoustic Features in a Fiber-Gel Model of the Vocal Folds. **Applied Sciences**, Salt Lake City, USA, v. 9, p. 1 -16, 2019.

PARÁISO A, et al. O impacto da psoríase na qualidade de vida dos portadores: estigmatização e prejuízos biopsicossociais. *Revista Eletrônica Acervo Científico*, 2021; 38(1): 1-7.

PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas**. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.560p.

PAVAN-CÂNDIDO, C.C. **Avaliação da eficácia de um grupo psicoeducativo sobre ansiedade, depressão e qualidade de vida de pacientes com psoríase**. Orientador: Prof. Dr. Ricardo Gorayeb. 2012. 124 p. Psicologia (Dissertação de Mestrado) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, Ribeirão Preto - SP, 2012.

PSORÍASE 2020 ALGORITMO DE TRATAMENTO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. Disponível em: https://www.biosanas.com.br/uploads/outros/artigos_cientificos/152/770a01deea02365ae98071043abd3f12.pdf.

R Core Team. **R: A language and environment for statistical computing**. R Foundation for Statistical. <https://www.r-project.org/>, 2020.

RIBEIRO COSTA DE FARIA, J. et al. L Importância da variação do PASI realizado por diversos observadores * Inter-rater concordance study of the PASI (Psoriasis Area and Severity Index). **An Bras Dermatol**, v. 85, n. 5, p. 625–634, 2010.

RODRIGUES J. M. C.; GANDRA M. F.; DOS SANTOS I. X. P.; BARBOSA H. C. D.; ACCIARITO M. F. T. G.; OLIVEIRA J. R. A.; SOUZA I. H. DE; GUIMARÃES I. S.; ELIAS L. L. DE O.; FRANCO E. L. Estresse e psoríase: novas abordagens no tratamento. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 12, p. e4638, 8 out. 2020.

ROMITI, R. *et al.* Prevalence of psoriasis in Brazil- a geographical survey. **Int J. Dermatol**, v. 56, n. 8, p. 167- 168, 2017.

ROMITI, Ricardo; CARVALHO, André Vicente E. de; DUARTE, Gleison V. Consenso Brasileiro de Psoríase 2020 e Algoritmo de Tratamento da Sociedade Brasileira de Dermatologia. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, [S. l.], p. 778-781, 1 nov. 2021. DOI 10.1016/j.abdp.2021.09.013. Disponível em: <https://www.anaisdedermatologia.org.br/en-consenso-brasileiro-psoriase-2020-e-articulo-S2666275221002216>. Acesso em: 19 abr. 2023.

RUA, M. *et al.* Influências da depressão na psoríase: uma relação bidirecional. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, ACERVO, v. 23, p. 1 - 6, março 2021.

SANDIKCI, S. *et al.* Evaluation of restless legs syndrome and sleep disorders in patients with psoriatic arthritis. **Zeitschrift für Rheumatologie**, Originalien, Turquia, p. 1 - 8, 2018.

SANTOS, K.O.B. *et al.* Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: Estudo de Validação do Self-Reporting questionnaire (SRQ-20): ESTUDO DE VALIDAÇÃO DO SELF-REPORTING QUESTIONNAIRE (SRQ-20). **Revista Baiana de Saúde Pública**, Feira de Santana, Bahia, Brasil, v. 34, n. 3, p. 544 - 560, jul/set 2010.

SIDDIQI, N. Credit risk scorecards: Developing and implementing intelligent credit scoring. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons. 2006.

SIDDIQI, N. Credit risk scorecards: developing and implementing intelligent credit scoring. John

Wiley & Sons, 2012.

SILVA, B.F.P.; FARO, A. Regulação emocional e sintomas depressivos em pacientes portadores de psoríase. **Revista de Psicologia**, São Cristóvão, Sergipe, Brasil, v. 28, n. 2, p. 1-10, 2019.

SILVA, C. M.; SANTOS, R. A.; CALVACANTE, C. F. E. Os benefícios da nutrição na prevenção do envelhecimento cutâneo. **Revista conexão eletrônica**, v. 13, n. 1, p. 1-10, 2016.

SILVA, K. DE S.; SILVA, E. A. T. DA. Psoríase e sua relação com aspectos psicológicos, stress e eventos da vida. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 24, n. 2, p. 257–266, jun. 2007.

SILVA, L.M. **Efeito de uma Intervenção Cognitivo-Comportamental nos Aspectos Psicológicos, Clínicos e Neuroendócrinos em Pessoas com Psoríase em Placas**. Orientador: Prof. Dr. Gabriel José Chittó Gauer. 2013. 21 p. Psicologia (Tese de Doutorado) – Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

SILVA, N. F. **DEPRESSÃO, ANSIEDADE, ESTRESSE E APOIO SOCIAL EM PROFISSIONAIS DA SAÚDE DA LINHA DE FRENTE DA COVID-19 DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO**. Natal, RN: Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, 2021.

STERTZ, C. B.; HUBIE, A. P. S. Interferência da gravidade do quadro de psoríase na qualidade de vida dos pacientes atendidos em um ambulatório dermatológico no município de Cascavel-PR. **Research, Society and Development**, CASCAVEL, v. 12, n. 6, 11 jun. 2023 2525-3409. DOI: <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i6.42001>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/42001/34073>. Acesso em: 10 mar. 2022.

RODRIGUES, J.M.C *et al.* Estresse e psoríase: novas abordagens no tratamento. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 12, p. 1-7, 18 fev. 2022.

THE WHOQOL GROUP. WHOQOL user manual. Geneva: World Health Organization, 2012.

VALLIANT, R. *et al.* Practical Tools for Designing and Weighting Survey Samples **Springer New York**, USA. New York, USA., 2013.

VERARDINO, G.; NUNES, A.; CARNEIRO, S. Psoríase e Artrite Psoriásica: Manifestações na Cavidade Oral. **ResearchGate: Revista Latinoamericana de Psoriasis y Artritis Psoriásica**, Rio de

Janeiro, p. 55 - 64, mar 2015.

VINACCIA, S. *et al.* Calidad de vida relacionada con la salud, emociones negativas y apoyo social en pacientes con psoriasis vulgar: quality of life related to health, negative emotions, and social support in patients suffering from vulgar psoriasis. **Psicología y Salud**, Colombia, v. 18, n. 1, p. 17-25, 24 dez. 2008.

WEED, D. L. Weight of Evidence: A Review of Concept and Methods. *Risk Analysis*, Vol. 25, No. 6, DOI: 10.1111/j.1539-6924.2005.00699.x, 2005.

WITTMANN, Miriam. Cytokines and mediators in Psoriasis “Seeing the woods from the trees”, **Universitätsmedizin Mainz Johannes Gutenberg University**, 2023.

WITTMANN, Miriam. “The good, the bad and the ugly”: attempting to stratify treatment in Psoriatic Disease, **Universitätsmedizin Mainz Johannes Gutenberg University**, 2023.

8 APÊNDICE

Apêndice A – Prontuário do Paciente de Psoríase

   	
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 () genitor () 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

() Couro cabeludo () Cotovelos () Joelhos () Região lombar () Genital

() Dobras () Outra _____

Tipo predominante de Psoríase

() Grandes placas () Pequenas placas () Em gotas

() Pustulosa () Pustulosa palmo-plantar () Ungueal

() Couro cabeludo () Inverída () Eritodérmica

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 () Não se aplica

Quantas vezes na vida?

() Nenhuma () 1 vez () 2 vezes () 3 vezes ou mais () Não se aplica

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

() unhas () outro _____ () Apenas nas articulações

Porcentagem da Superfície Corpórea Afetada (BSA): _____%

PASI (Score Psoriasis Area Severity Index): _____

() leve (< 7) () Moderada (entre 7-12) () Grave (> 12)



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

- ácido salicílico antrólina corticoide calcipotriol
 calcipotriol + betametasona Hidratante Coaltar ou LCD (Alcatrão de Huího)
 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 dapsona
 Corticoide isotretinoína (roacutan®) letunomida (prava®)
 sulfassalazina tacrolimus micofenolatomofetil
 outros _____ não lembra

Fototerapia

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

Biológicos (Pode marcar mais de um item)

- Ustekinumabe Etanercepte Infliximabe Adalimumabe
 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 lembra)

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

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

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
 Estou cansado(a)
 Não tenho dinheiro para o tratamento
 Não posso faltar no trabalho e as consultas me tiram do trabalho
 Minha psoríase não melhora com nada
 Me senti mal com o tratamento Não sabe Não se aplica

Por quanto tempo já ficou sem tratamento porque desistiu de tratar?

- > 1 mês > 6 meses > 1 ano > 3 anos > 5 anos Não se aplica

Por quanto tempo já ficou sem tratamento porque ficou sem lesão de psoríase?


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	1ª DOSE	2ª DOSE	3ª DOSE	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: _____ Quadrit: _____

Panturrilha D: _____ Panturrilha E: _____

Força: _____

IMC – Curva de Centers – (20 a 65 anos):

- () Magreza extrema < 16,5 () Normoponderal 18,5 – 24,9 () Obesidade >= 25
 () Baixo Peso < 18,5 () Excesso de peso 23 – 24,9 () Morbida >= 40


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: _____

Já fumou? _____ (Sim/Não) Durante quanto tempo? _____

Parou há quanto tempo? _____

Alcoolismo atualmente: _____ (Sim/Não) Frequência: _____

Tipo de bebida: _____ Se parou, há quanto tempo: _____

Faz atividade física: _____ (Sim/Não) Qual: _____

Há quanto tempo: _____ Frequência: _____

Duração de cada sessão: _____

Precisa de auxílio para as atividades diárias: _____

Strees: _____ (Sim/Não) Ansiedade: _____ (Sim/Não)

Faz alguma dieta alimentar? _____ Qual? _____

(dieta apenas de restrição de calorias, dieta controle de ácido úrico, dieta controle de colesterol e triglicérides, dieta controle de diabetes, dieta hipossódica, dieta livre glúten, dieta livre lactose, dieta low carb, dieta mediterrânea, dieta paleo, dieta vegetariana, outras)

Consistência: _____ (sólida, semissólida, pastosa, líquida)

DLQI (Score): _____

BDI (Score): _____

SRQ (Score): _____

Sono: _____

() Ronca a noite () Baba no travesseiro () Acorda a noite - Qts: _____ () Queixa do sono

() Apnéia () Acorda com a boca seca () Irritabilidade () Sonolência

Sono (Score): _____

Observações



13. Saúde Bucal

Refeições por dia: _____ Consistência da Dieta: () Sólida () Semissólida () Líquida

Escova os dentes diariamente? Sim () Não () Quantas vezes? ____

ISG: _____ CPO-d: _____ Fluxo Salivar (Não estimulado): _____ ml

Usuário de prótese: () Sim () Não Higieniza a prótese: () Sim () Não

 • **Lesões Bucais:**

() Língua Fissurada () Língua Geográfica () Psoríase Oral

() Candidose () Outras (_____)

Realizado biópsia? _____ (Sim/Não)

Resultado (Conclusão): _____

Descrição: _____

Se Língua Fissurada:

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

Características linguais:

() Hipotônica () Volumosa () Pressiona o palato duro () Postura mais baixa e anterior () Entre os dentes

Palato:

() Estreito () Baixo () Profundo/Atrésico () Ogival () Normal / Duro

() Profundo () Largo () Profundo/Estreito () Ogival/Estreito

() Raso () Alto () Alto/Estreito () Atrésico

Face:

() Braquiobacial () Mesobacial () Dolicoacial

Tipo de Respirador oral:

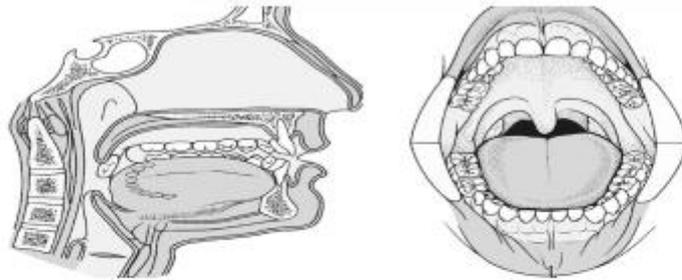
() Viciosa () Obstrutiva

Nariz:

() Sente cheiro dos alimentos () Dor de garganta () Obstruído diariamente

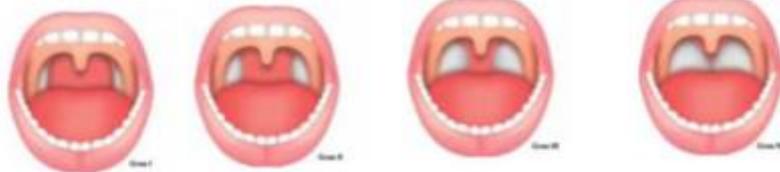
() Obstruído esporadicamente () Coceira () Dificuldade em engulir os alimentos

() > 3 episódios de infecção de garganta em 1 ano



Data	Evolução

Padrão Respiratório:
 Torácico Abdominal Misto

Gradação das Tonsilas:

 Grau I

 Grau II

 Grau III

 Grau IV

(Grau I - tonsilas palatinas ocupam até 25% do espaço orofaríngeo; Grau II - tonsilas palatinas ocupam entre 25% e 50% do espaço; Grau III - tonsilas palatinas ocupam entre 50% e 75% do espaço; Grau IV - tonsilas palatinas ocupam mais de 75% do espaço orofaríngeo)

Lábio em repouso:
 Separado Fechado Ressecado Selamento Inadequado Inferior proeminente

Hábitos Deletérios:
 Mordida de Objetos Mordida de lábios Bruxismo Apertamento

Uso prolongado:
 Mamadeira Chupeta Falta de Aleitamento Materno

14. Avaliação da Voz
I) Queixa e duração



- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Grita com frequência | <input type="checkbox"/> Torce com frequência | <input type="checkbox"/> Canta fora do tom |
| <input type="checkbox"/> Vida social intensa | <input type="checkbox"/> Tosse constante | <input type="checkbox"/> Hidratação insuficiente |
| <input type="checkbox"/> Automedicação | <input type="checkbox"/> Repouso inadequado | <input type="checkbox"/> Alimentação inadequada |



1) Tem queixa em relação a sua voz? Se sim, qual a duração?

2) Como ocorreu o início do problema da voz (brusco, gradual)?

Para os itens abaixo referente à sintomas vocais e fatores de risco, responder através da escala: 0 = Nunca; 1 = Raramente; 2 = Às vezes; 3 = Quase sempre e 4 = Sempre

3) Sintomas vocais

Auditivos

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> rouquidão | <input type="checkbox"/> voz monótona | <input type="checkbox"/> instabilidade na voz |
| <input type="checkbox"/> voz muda depois de tempo | <input type="checkbox"/> dificuldade para agudos | <input type="checkbox"/> dificuldade para graves |
| <input type="checkbox"/> dificuldade em projetar voz | <input type="checkbox"/> dificuldade de falar baixo | <input type="checkbox"/> falhas na voz |
| <input type="checkbox"/> mudança vocal mesmo dia | <input type="checkbox"/> presença de ar na voz | <input type="checkbox"/> perda da voz consistente |

Sensoriais / Proprioceptivos

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> fadiga ao falar | <input type="checkbox"/> desconforto ao falar | <input type="checkbox"/> esforço para falar |
| <input type="checkbox"/> "bolo" na garganta | <input type="checkbox"/> garganta seca | <input type="checkbox"/> dor na garganta |
| <input type="checkbox"/> tensão no pescoço | <input type="checkbox"/> pigarro | <input type="checkbox"/> tosse improdutiva |
| <input type="checkbox"/> formação de muco | <input type="checkbox"/> gosto ácido na boca | <input type="checkbox"/> dor para engolir |

Os sintomas relatados acima pioram no final do dia/semana? sim não

4) Fatores de risco

a) Organizacionais

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Jornada de trabalho longa | <input type="checkbox"/> Acúmulo de atividades | <input type="checkbox"/> Demanda vocal excessiva |
| <input type="checkbox"/> Alto número de ouvintes | <input type="checkbox"/> Tempo de serviço | |

b) Ambientais

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ruído de fundo | <input type="checkbox"/> Acústica pobre | <input type="checkbox"/> Distância interfala |
| <input type="checkbox"/> Baixa umidade do ar | <input type="checkbox"/> Poluição | <input type="checkbox"/> Poeira e mofo |
| <input type="checkbox"/> Fatores ergonômicos | <input type="checkbox"/> Ambiente estressante | <input type="checkbox"/> Equipamento inadequado |

c) Pessoais

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fuma | <input type="checkbox"/> Bebe | <input type="checkbox"/> Usa drogas |
| <input type="checkbox"/> Fala muito | <input type="checkbox"/> Fala alto | <input type="checkbox"/> Fala rápido |
| <input type="checkbox"/> Fala muito ao telefone | <input type="checkbox"/> Fala com esforço | <input type="checkbox"/> Fala agudo/grave demais |
| <input type="checkbox"/> Fala acima do ruído | <input type="checkbox"/> Fala em público | <input type="checkbox"/> Imita (atores, cantores) |

Apêndice B – Instrumento de Validação Questionário da Escala de Depressão - *Beck Depression Inventory* (BDI)

Nome: _____

Data: __/__/__

ESCALA DE DEPRESSÃO DE BECK (BDI)

Neste questionário existem grupos de afirmativas. Por favor leia com atenção cada uma delas e selecione a afirmativa que melhor descreve como você se sentiu na SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE.

Marque um X ao lado da afirmativa que você selecionou.

Certifique-se de ter lido todas as afirmativas antes de fazer sua escolha.

1.	<p>0 = não me sinto triste</p> <p>1 = sinto-me triste</p> <p>2 = sinto-me triste o tempo todo e não consigo sair disto</p> <p>3 = estou tão triste e infeliz que não posso aguentar</p>
2.	<p>0 = não estou particularmente desencorajado(a) frente ao futuro</p> <p>1 = sinto-me desencorajado(a) frente ao futuro</p> <p>2 = sinto que não tenho nada por que esperar</p> <p>3 = sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não vão melhorar</p>
3.	<p>0 = não me sinto fracassado(a)</p> <p>1 = sinto que falhei mais do que um indivíduo médio</p> <p>2 = quando olho para trás em minha vida, só vejo uma porção de fracassos</p> <p>3 = sinto que sou um fracasso completo como pessoa</p>

4.	<p>0 = não obtenho tanta satisfação com as coisas como costumava fazer</p> <p>1 = não gosto das coisas da maneira como costumava gostar</p> <p>2 = não consigo mais sentir satisfação real com coisa alguma</p> <p>3 = estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo</p>
5.	<p>0 = não me sinto particularmente culpado(a)</p> <p>1 = sinto-me culpado(a) boa parte do tempo</p> <p>2 = sinto-me muito culpado(a) a maior parte do tempo</p> <p>3 = sinto-me culpado(a) o tempo todo</p>
6.	<p>0 = não sinto que esteja sendo punido(a)</p> <p>1 = sinto que posso ser punido(a)</p> <p>2 = espero ser punido(a)</p> <p>3 = sinto que estou sendo punido(a)</p>
7.	<p>0 = não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a)</p> <p>1 = sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a)</p> <p>2 = sinto-me aborrecido(a) comigo mesmo(a)</p> <p>3 = eu me odeio</p>
8.	<p>0 = não sinto que seja pior que qualquer pessoa</p> <p>1 = critico minhas fraquezas ou erros</p> <p>2 = responsabilizo-me o tempo todo por minhas falhas</p> <p>3 = culpo-me por todas as coisas ruins que acontecem</p>

9.	<p>0 = não tenho nenhum pensamento a respeito de me matar</p> <p>1 = tenho pensamentos a respeito de me matar mas não os levaria adiante</p> <p>2 = gostaria de me matar</p> <p>3 = eu me mataria se tivesse uma oportunidade</p>
10.	<p>0 = não costumo chorar mais do que o habitual</p> <p>1 = choro mais agora do que costumava chorar antes</p> <p>2 = atualmente choro o tempo todo</p> <p>3 = eu costumava chorar, mas agora não consigo mesmo que queira</p>
11.	<p>0 = não me irrito mais agora do que em qualquer outra época</p> <p>1 = fico molestado(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava</p> <p>2 = atualmente sinto-me irritado(a) o tempo todo</p> <p>3 = absolutamente não me irrito com as coisas que costumam irritar-me</p>
12.	<p>0 = não perdi o interesse nas outras pessoas</p> <p>1 = interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas</p> <p>2 = perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas</p> <p>3 = perdi todo o meu interesse nas outras pessoas</p>
13.	<p>0 = tomo as decisões quase tão bem como em qualquer outra época</p> <p>1 = adio minhas decisões mais do que costumava</p> <p>2 = tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes</p> <p>3 = não consigo mais tomar decisões</p>

14.	<p>0 = não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser</p> <p>1 = preocupo-me por estar parecendo velho(a) ou sem atrativos</p> <p>2 = sinto que há mudanças em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos</p> <p>3 = considero-me feio(a)</p>
15.	<p>0 = posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes</p> <p>1 = preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa</p> <p>2 = tenho que me esforçar muito até fazer qualquer coisa</p> <p>3 = não consigo fazer trabalho nenhum</p>
16.	<p>0 = durmo tão bem quanto de hábito</p> <p>1 = não durmo tão bem quanto costumava</p> <p>2 = acordo 1 ou 2 horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade de voltar a dormir</p> <p>3 = acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade de voltar a dormir</p>
17.	<p>0 = não fico mais cansado(a) do que de hábito</p> <p>1 = fico cansado(a) com mais facilidade do que costumava</p> <p>2 = sinto-me cansado(a) ao fazer qualquer coisa</p> <p>3 = estou cansado(a) demais para fazer qualquer coisa</p>
18.	<p>0 = o meu apetite não está pior do que de hábito</p> <p>1 = meu apetite não é tão bom como costumava ser</p> <p>2 = meu apetite está muito pior agora</p> <p>3 = não tenho mais nenhum apetite</p>

19.	<p>0 = não perdi muito peso se é que perdi algum ultimamente</p> <p>1 = perdi mais de 2,5 kg estou deliberadamente</p> <p>2 = perdi mais de 5,0 kg tentando perder peso</p> <p>3 = perdi mais de 7,0 kg comendo menos: () sim () não</p>
20.	<p>0 = não me preocupo mais do que de hábito com minha saúde</p> <p>1 = preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições, ou perturbações no estômago, ou prisões de ventre</p> <p>2 = estou preocupado(a) com problemas físicos e é difícil pensar em muito mais do que isso</p> <p>3 = estou tão preocupado(a) em ter problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa</p>
21.	<p>0 = não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual</p> <p>1 = estou menos interessado(a) por sexo do que costumava</p> <p>2 = estou bem menos interessado(a) por sexo atualmente</p> <p>3 = perdi completamente o interesse por sexo</p>

Apêndice C – Instrumento de Validação Questionário Mensuração de Morbidade Psíquica - *Self Report Questionnaire* (SRQ-20)

 SRQ-20 – Self Reporting Questionnaire		
Código: _____		
Nome: _____		
Idade: _____ Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino Escolaridade (anos): _____		
Data: ___ / ___ / _____ Examinador: _____		
	NAO	SIM
1. Tem dores de cabeça frequentes?	0	1
2. Tem falta de apetite?	0	1
3. Donne mal?	0	1
4. Assusta-se com facilidade?	0	1
5. Tem tremores nas mãos?	0	1
6. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	0	1
7. Tem má digestão?	0	1
8. Tem dificuldade de pensar com clareza?	0	1
9. Tem se sentido triste ultimamente?	0	1
10. Tem chorado mais do que de costume?	0	1
11. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	0	1
12. Tem dificuldades para tomar decisões?	0	1
13. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?	0	1
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	0	1
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	0	1
16. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	0	1
17. Tem tido a idéia de acabar com a vida?	0	1
18. Sente-se cansado(a) o tempo todo?	0	1
19. Tem sensações desagradáveis no estômago?	0	1
20. Você se cansa com facilidade?	0	1
21. Sente que alguém quer lhe fazer mal?	0	1
22. Você é alguém muito mais importante do que a maioria das pessoas pensa?	0	1
23. Ouve vozes que não sabe de onde vêm, ou que outras pessoas não podem ouvir?	0	1

Apêndice D – Instrumento de Validação Questionário do Índice de Qualidade de Vida
Dermatology Life Quality Index (DLQI)

Quadro 1. DLQI – Índice de Qualidade de vida

<p>O objetivo deste questionário é medir o quanto seu problema de pele afetou sua vida no decorrer da última semana.</p>
<p>Marque com um X a melhor resposta para cada pergunta.</p>
<p>1. Na última semana, quanto sua pele coçou, esteve sensível, dolorida ou ardida? <input type="checkbox"/> Muitíssimo <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Nada</p>
<p>2. Na última semana, você ficou com vergonha ou se preocupou com sua aparência por causa de sua pele? <input type="checkbox"/> Muitíssimo <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Nada</p>
<p>3. Na última semana, quanto sua pele interferiu nas suas compras ou nas suas atividades dentro e fora de casa? <input type="checkbox"/> Muitíssimo <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Não relevante</p>
<p>4. Na última semana, quanto sua pele influenciou na escolha das roupas que você vestiu? <input type="checkbox"/> Muitíssimo <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Não relevante</p>
<p>5. Na última semana, quanto sua pele afetou as atividades sociais ou de lazer? <input type="checkbox"/> Muitíssimo <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Não relevante</p>
<p>6. Na última semana, quanto sua pele atrapalhou a prática de esportes? <input type="checkbox"/> Muitíssimo <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Não relevante</p>
<p>7. Na última semana, sua pele o impediu de trabalhar ou ir à escola? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não relevante</p>
<p>Caso sua resposta seja NÃO, na última semana, quanto sua pele lhe causou problemas no trabalho ou na escola? <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Nada</p>
<p>8. Na última semana, quanto sua pele lhe causou problemas com seu parceiro ou amigos mais próximos e parentes? <input type="checkbox"/> Muitíssimo <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Não relevante</p>
<p>9. Na última semana, quanto seu problema de pele lhe causou dificuldades sexuais? <input type="checkbox"/> Muitíssimo <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Não relevante</p>
<p>10. Na última semana, quanto o seu tratamento para a pele foi um problema deixando sua casa desorganizada ou tomando muito o seu tempo? <input type="checkbox"/> Muitíssimo <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Não relevante</p>

Consenso Brasileiro de Psoríase, (2012 p. 35)

Apêndice E- Psoriasis Area and Severity Index (PASI)

Quadro 1 - Índice de Gravidade e Extensão das Lesões Psoriásicas Utilizadas para Cálculo do PASI

EXTENSÃO	ÍNDICE DE GRAVIDADE (IG) (Soma dos escores de eritema, infiltração e descamação)		
	Eritema	Infiltração	Descamação
0 (ausente)			
1 (abaixo de 10%)			
2 (10%-30%)	0 (ausente)	0 (ausente)	0 (ausente)
3 (30%-50%)	1 (leve)	1 (leve)	1 (leve)
4 (50%-70%)	2 (moderado)	2 (moderado)	2 (moderado)
5 (70%-90%)	3 (intenso)	3 (intenso)	3 (intenso)
6 (acima de 90%)	4 (muito intenso)	4 (muito intenso)	4 (muito intenso)

Adaptado de Feldman SR e Krueger GG.⁵⁰

Quadro 2 - Cálculo do Psoriasis Area and Severity Index (PASI)

Região	PSC*	Extensão ** [E]	Índice de gravidade ** [IG]	Índice de PASI da região [PSC] x [E] x [IG]
Cabeça	0,1			
Tronco	0,2			
Membros superiores	0,3			
Membros inferiores	0,4			
PASI TOTAL (soma dos PASI das regiões)				

Adaptado de Feldman SR e Krueger GG,⁵⁰

*Porcentagem da superfície corporal (0,1 = 10%; 0,2 = 20%; 0,3 = 30%; 0,4 = 40%).

** Baseado no Quadro 1.

9 ANEXOS

Anexo A - Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa

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



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO COMPROMETIMENTO EMOCIONAL EM INDIVÍDUOS COM PSORÍASE ATENDIDOS NO CENTRO DE REFERÊNCIA DO ESTADO DA PARAÍBA

Pesquisador: ESTHER BASTOS PALITOT

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55753322.0.0000.8069

Instituição Proponente: UFPB - Centro de Ciências Médicas/CCM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.358.119

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1894901.pdf, de 07/02/2022).

Desenho do estudo:

O estudo a ser desenvolvido trata-se de uma pesquisa observacional, analítica, retrospectivo, quantitativo e de natureza transversal, é uma pesquisa secundária utilizando dados de questionários registrado do prontuário. As variáveis escolhidas para este estudo é sexo, idade, tipo de psoríase, presença de artrite psoriásica e ferramentas validadas que avaliam o componente emocional e de qualidade de vida.. Registrando, analisando e interpretando as consequências secundárias de saúde, examinando uma rede de conexões de características e variáveis, fatores associados, que estão relacionadas à saúde mental e qualidade de vida das pessoas com psoríase.

Hipótese:

H0: Acredita-se que indivíduos com psoríase apresentam alterações no estado emocional e no comprometimento da qualidade de vida;

H1 Em indivíduos com psoríase que não apresentam alterações no estado emocional e no comprometimento da qualidade de vida.

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)3216-7308 **E-mail:** comitedeetica@ccm.ufpb.br

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



Continuação do Parecer: 5.356.119

Metodologia Proposta:

Desenvolvimento do Estudo:

O estudo a ser desenvolvido trata-se de uma pesquisa observacional, analítica, retrospectivo, quantitativo e de natureza transversal, é uma pesquisa secundária utilizando dados de questionários registrado do prontuário. As variáveis escolhidas para este estudo é sexo, idade, tipo de psoríase, presença de artrite psoriásica e ferramentas validadas que avaliam o componente emocional e de qualidade de vida. Registrando, analisando e interpretando as consequências secundárias de saúde, examinando uma rede de conexões de características e variáveis, fatores associados, que estão relacionadas à saúde mental e qualidade de vida das pessoas com psoríase.

Local do Estudo:

A pesquisa será realizada no Centro de Pesquisa, Apoio e Tratamento de Psoríase do Estado da Paraíba (CRPATP-PB) localizado no Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba (HULW / UFPB).

Amostra:

Serão observados os prontuários dos pacientes com diagnóstico laboratorial confirmado com psoríase que apresentem idade maior ou igual a 18 anos. O tamanho da amostra será por conveniência. Atendendo os critérios de inclusão e exclusão dos prontuários de pacientes atendidos no Centro de Referência de Apoio e Tratamento de Psoríase do Estado da Paraíba - Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba (HULWUFP).

A amostra será de tamanho aleatório simples $n = 53$ atende a uma confiança de 95% erro máximo de amostragem 3% para uma prevalência da doença de 1,3% citada na literatura. Considera-se uma população finita de tamanho $N = 1186$ casos registrados nos prontuários do ambulatório de dermatologia do HULWUFP como uma representação desta população. Para obter uma maior precisão serão avaliados como amostra de tamanho mínimo $n = 116$ prontuários, atingindo uma fração amostral de casos registrados de psoríase no ambulatório do HULWUFP de 8,4% (VALLIANT, 2013.).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

Avaliar se o comprometimento da saúde mental dos pacientes de psoríase que reflete na qualidade de vida.

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)3216-7308 E-mail: comtedeetica@ccm.ufpb.br

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



Continuação do Parecer: 5.356.119

Objetivos Específicos:

- Verificar o impacto da psoríase na qualidade de vida em pessoas diagnosticadas com psoríase;
- Avaliar os escores do Indicador do Índice de Qualidade de Vida (DLQI) e Self Report Questionnaire (SRQ-20) extraídos do prontuário do paciente psoríase;
- Investigar os fatores associados que interferem na saúde mental e qualidade de vida em pessoas diagnosticadas com psoríase;
- Estudar os dados da Escala de Depressão de Beck em relação ao comprometimento da saúde mental

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Risco de não se encontrar na busca os dados necessários para avaliação da pesquisa e possibilidade de identificação do participante. Para minimizar estes riscos, os prontuários que não tiverem dados completos das variáveis do estudo serão excluídos da pesquisa. Os pesquisadores asseguram que não serão coletados nenhum dado que possa identificar o participante da pesquisa, garantindo o anonimato.

Benefícios:

Contribuir para melhorar a qualidade de vida de portadores de doenças crônicas como a psoríase. Preservando seu bem-estar físico e mental. Representando impacto favorável para posteriores pesquisas de estudos acadêmicos enriquecendo dados para modelo em saúde, usando a estatística epidemiológica para disponibilizar e renovar dados que serão utilizados por outros pesquisadores da academia científica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Tipo de protocolo: original.

Número de participantes:

116

Cronograma previsto para coleta:

Coleta de dados: 21/03/2022 - 01/11/2022

Cronograma completo:

Redação e submissão do artigo: 01/12/2022 - 30/12/2022

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 E-mail: comtedeeica@ccm.ufpb.br
Telefone: (83)3216-7308

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



Continuação do Parecer: 5.356.119

Coleta de dados: 21/03/2022 - 01/11/2022

Tabulação e Análise dos dados: 02/11/2022 - 30/11/2022

Defesa de Dissertação: 28/02/2023 - 28/02/2023

Revisão bibliográfica: 14/02/2022 - 30/11/2022

Orçamento:

Furador de papel - Custeio: R\$ 40,00

Canetas - Custeio: R\$ 7,50

Grampeador - Custeio: R\$ 9,00

Pastas de plásticos - Custeio: R\$ 10,00

Cópias Xerox - Custeio: R\$ 100,00

Total: R\$ 166,50

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos obrigatórios apresentados:

- Folha de rosto - devidamente datada e assinada pela pesquisadora responsável e Instituição proponente;
- Carta de anuência Institucional - devidamente data e assinada;
- Projeto completo;
- PB informações básicas (gerado pela própria Plataforma Brasil);
- Solicitação de dispensa de TCLE - devidamente data e assinada pela pesquisadora responsável.

Recomendações:

RECOMENDAÇÕES ADICIONAIS:

- Manter a metodologia aprovada pelo CEP/CCM/UFPB.
- Apresentar os relatórios parcial e final, via Plataforma Brasil, no ícone notificações.
- Informar ao CEP-CCM, por meio de Emenda/Notificação a inclusão de novos membros/equipe de pesquisa, via plataforma Brasil.
- Caso ocorram intercorrências durante ou após o desenvolvimento da pesquisa, a exemplo de alteração de título, mudança de local da pesquisa, população envolvida, entre outras, o (a) pesquisador (a) responsável deverá solicitar a este CEP, via Plataforma Brasil, aprovação de tais alterações, ou buscar devidas orientações.

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)3216-7308 E-mail: comtedeetica@ccm.ufpb.br

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



Continuação do Parecer: 5.356.119

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa apresenta delineamento metodológico adequado e atende às recomendações éticas da resolução que envolve seres humanos (Resolução N°466/12, CNS/MS). Deste modo, encontra-se APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ratificamos o parecer de APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa, emitido pelo Colegiado do CEP/CCM, em reunião ordinária realizada em 31 de março de 2022.

O protocolo de pesquisa, segundo cronograma apresentado pela pesquisadora responsável, terá vigência até 02/2023.

Ao término do estudo, o pesquisador deverá apresentar, online via Plataforma Brasil, através de NOTIFICAÇÃO, o Relatório final ao CEP/CCM para emissão da Certidão Definitiva por este CEP. Informamos que qualquer alteração no projeto, dificuldades, assim como os eventos adversos deverão ser comunicados a este Comitê de Ética em Pesquisa através do Pesquisador responsável uma vez que, após aprovação da pesquisa o CEP-CCM torna-se co-responsável.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1894901.pdf	07/02/2022 21:03:28		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARoberta.pdf	07/02/2022 21:03:10	ESTHER BASTOS PALITOT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DispensaTCLE.pdf	07/02/2022 21:02:47	ESTHER BASTOS PALITOT	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Roberta.pdf	07/02/2022 21:02:27	ESTHER BASTOS PALITOT	Aceito
Folha de Rosto	FARoberta.pdf	07/02/2022 21:02:01	ESTHER BASTOS PALITOT	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

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)3216-7308 E-mail: comitedeetica@ccm.ufpb.br

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



Continuação do Parecer: 5.356.119

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 18 de Abril de 2022

Assinado por:

MARCIA ADRIANA DIAS MEIRELLES MOREIRA
(Coordenador(a))

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)3216-7308 E-mail: comtedeetica@ccm.ufpb.br