



PPGMDS
Programa de Pós-Graduação em
Modelos de Decisão e Saúde

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

ANA CARLA AQUINO DE ARAÚJO FALCONE

IMPACTO DO TEMPO DE CONVIVÊNCIA COM A PSORÍASE EM
PACIENTES DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA NA PARAÍBA: ANÁLISE DE
COMORBIDADES E FATORES DE RISCO

JOÃO PESSOA – PB

2025

ANA CARLA AQUINO DE ARAÚJO FALCONE

**IMPACTO DO TEMPO DE CONVIVÊNCIA COM A PSORÍASE EM
PACIENTES DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA NA PARAÍBA: ANÁLISE DE
COMORBIDADES E FATORES DE RISCO**

Dissertação apresentada 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. Esther Bastos Palitot de Brito

Prof. Dr. Hemílio Fernandes Campos Coelho

JOÃO PESSOA – PB

2025

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

F182i Falcone, Ana Carla Aquino de Araújo.

Impacto do tempo de convivência com a psoríase em
pacientes de um centro de referência na Paraíba :
análise de comorbidades e fatores de risco / Ana Carla
Aquino de Araújo Falcone. - João Pessoa, 2025.
85 f. : il.

Orientação: Esther Bastos Palitot de Brito.

Coorientação: Hemílio Fernandes Campos Coelho.

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCEN.

1. Psoríase - Comorbidade. 2. Psoríase - Fatores de
risco. 3. Síndrome metabólica - Psoríase. I. Brito,
Esther Bastos Palitot de. II. Coelho, Hemílio Fernandes
Campos. III. Título.

UFPB/BC

CDU 616.517(043)

ANA CARLA AQUINO DE ARAÚJO FALCONE

**IMPACTO DO TEMPO DE CONVIVÊNCIA COM A PSORÍASE EM
PACIENTES DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA NA PARAÍBA: ANÁLISE DE
COMORBIDADES E FATORES DE RISCO**

Dissertação aprovada em 27 de fevereiro de 2025.

Banca Examinadora

Prof^ª. Dra. Esther Bastos Palitot de Brito
Orientadora – UFPB

Prof. Dr. Hemílio Fernandes Campos
Orientador – UFPB

Prof. Dr. Oscar Felipe Falcão Raposo
Membro Externo – UFS

Prof. Dr. Fábio Correia Sampaio
Membro Interno – UFPB

Prof^ª. Joanne Elizabeth Ferraz da Costa
Membro Interno - UFPB

AGRADECIMENTOS

A Deus, a Ele seja dada toda honra e glória! A quem dedico as primícias do meu dia e tudo que sou, pois Ele é fiel para cumprir tudo o que prometeu!

A Nossa Senhora, minha Mãe e fiel intercessora que nunca deixou de segurar minha mão, me acalmou e me sustentou, como só uma Mãe amorosa pode fazer.

Ao meu esposo Filipe, que vivenciou junto comigo essa experiência e sempre acreditou que eu seria capaz. Obrigada meu amor por viver esse sonho junto comigo!

A minha mãe Eliane, que rezou e intercedeu por mim, celebrou comigo minhas pequenas conquistas, foi minha fortaleza, meu refúgio e entendeu minha “falta de tempo” com amorosidade de mãe.

Ao meu pai “Raminho” (in memoriam), por sempre me proporcionar a oportunidade de estudar, pois sempre acreditou que “o estudo” seria a herança que ele deixaria para os filhos. Não poderia ter recebido herança mais valiosa! Obrigada Paiinho por acreditar em mim!

Aos meus irmãos, Ana Paula, Raynero e Thamires, pelo apoio e torcida, pela compreensão da ausência temporária e por sempre estarem comigo! Amo muito vocês!

As minhas sobrinhas Isabella e Ana Cecília, pelas brincadeiras e sorrisos que tanto me revigoraram! Titia ama vocês imensamente!

A toda minha família, por sempre torcerem pela minha felicidade e se alegrarem com minhas conquistas.

A minha orientadora Prof^a. Esther, por acreditar em mim e me ensinar tanto sobre a psoríase e a vida.

Ao meu orientador Prof. Hemílio, por me fazer “pensar fora da caixa” através da Estatística, suas aulas e orientações contribuíram para minha metanoia.

Aos amigos da turma 2023.1, a convivência com vocês foi um presente! Muito obrigada pela partilha de tantos momentos, vocês me fizeram acreditar que o hoje é um ótimo dia para vencer!

RESUMO

A psoríase é uma doença sistêmica, crônica e imunomediada que afeta aproximadamente 0,5% a 11,4% dos adultos e cerca de 1,4% das crianças em todo o mundo. No Brasil, a prevalência da psoríase é estimada em 1,31%, sendo 1,15% em mulheres e 1,47% em homens. A psoríase tem etiologia multifatorial, que associa o fator genético como determinante e os fatores ambientais. A manifestação sistêmica da doença resulta em comorbidades como síndrome metabólica, eventos cardiovasculares, artrite psoriásica, depressão, ansiedade e câncer. O objetivo do estudo é investigar o impacto do tempo de convivência com a psoríase em pacientes atendidos em um centro de referência da Paraíba, suas comorbidades e fatores de risco. Trata-se de um estudo quantitativo, de caráter observacional, transversal e ecológico, utilizando dados secundários, coletados dos prontuários de pesquisa do Centro de Referência na Paraíba. O estudo foi aprovado pelo CEP/CCM, com parecer nº 7.208.756 e logo após a coleta de dados foi iniciada. Por se tratar de pesquisa documental, dispensa Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e/ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE). O estudo apresenta variáveis referentes ao perfil sociodemográfico, informações clínicas/comorbidades e índices de avaliação de gravidade da psoríase, risco para artrite psoriásica e qualidade de vida. Na análise estatística foram utilizados os softwares Jamovi e R. O Jamovi foi usado para gerar estatísticas descritivas dos dados quantitativos e para as variáveis categóricas os dados foram apresentados com valores relativos e percentuais. Devido ao alto percentual de *missings* no banco de dados completo (n=1178), optou-se por omiti-los, gerando um novo banco com n= 274. No Jamovi, foi aplicado o modelo de regressão incluindo todas as variáveis do novo banco e através do método stepwise chegamos em variáveis significativas, para no R aplicarmos o modelo de regressão logística. Em relação aos dados clínicos/comorbidades vimos uma baixa prevalência de história familiar (35,8%), fumantes (11,8%), etilistas (6,4%), TB latente (15,19%) e lesões bucais (11,29%), uma representação significativa de hipertensos (40,3%) e diabéticos (21,4%), mas um alto percentual de psoríase em placas (80,8%), artralgia (63,41%) e sedentarismo (70,3%) na amostra. De acordo com a classificação de risco apresentada, é possível que muitos dos indivíduos apresentem síndrome metabólica associada à psoríase. A gravidade da psoríase na amostra foi considerada moderada a grave (14,10), com baixo risco para desenvolvimento de artrite psoriásica (34) e impacto moderado na qualidade de vida (8,0). A análise do modelo de regressão revelou que indivíduos com psoríase do tipo grandes placas apresentaram 2,23 vezes mais chances de ter a doença há mais de 10 anos em comparação com aqueles sem grandes placas (OD = 2,23; IC [0,80–1,29]) e (RP = 1,02; IC [0,80–1,29]). Além disso, indivíduos com histórico familiar da doença tiveram um 2,54 vezes mais chances de terem a psoríase há mais de 10 anos do que aqueles sem histórico familiar (OD = 2,54; IC [1,34–5,04]), apresentando uma razão de prevalência estatisticamente significativa (RP = 1,39; IC [1,12–1,72]). Por fim, aqueles que relataram artralgia tiveram 1,92 vezes mais chances de ter psoríase há mais de 10 anos em comparação com os que não apresentaram esse sintoma (OD = 1,92; IC [1,02–3,60]) e (RP = 1,29; IC [0,99–1,67]). Os resultados deste estudo contribuem para entendermos o perfil epidemiológico dos pacientes com psoríase, usuários do Centro de Referência na Paraíba e para identificarmos fatores de risco e comorbidades que estão presentes nesta população. Uma limitação do estudo foi o uso de um banco de dados reduzido (n=274), em decorrência do elevado número de *missings* no banco de dados original (n=1178). Esse cenário ressalta a necessidade de aprimoramento no registro das informações nos prontuários utilizados pelo Centro de Referência, visando à completude dos dados. Além dos dados, devemos ver indivíduos que convivem com uma doença crônica e

estigmatizante que requer políticas públicas baseadas no diagnóstico e tratamento precoce e uma assistência humanizada e multidisciplinar.

Descritores: Psoríase; Comorbidade; Fatores de Risco.

ABSTRACT

Psoriasis is a systemic, chronic, and immune-mediated disease that affects approximately 0.5% to 11.4% of adults and approximately 1.4% of children worldwide. In Brazil, the prevalence of psoriasis is estimated at 1.31%, with 1.15% in women and 1.47% in men. Psoriasis has a multifactorial etiology, which associates genetic factors as a determinant and environmental factor. The systemic manifestation of the disease results in comorbidities such as metabolic syndrome, cardiovascular events, psoriatic arthritis, depression, anxiety, and cancer. The objective of the study is to investigate the impact of time living with psoriasis in patients treated at a reference center in Paraíba, their comorbidities, and risk factors. This is a quantitative, observational, cross-sectional, and ecological study using secondary data collected from the research records of the Reference Center in Paraíba. The study was approved by the CEP/CCM, with opinion number 7.208.756 and data collection began shortly after. As this is documentary research, it does not require a Free and Informed Consent Form (FICF) and/or a Free and Informed Assent Form (FICF). The study presents variables related to the sociodemographic profile, clinical information/comorbidities and indices for assessing psoriasis severity, risk for psoriatic arthritis and quality of life. The Jamovi and R software were used for statistical analysis. Jamovi was used to generate descriptive statistics of the quantitative data and for the categorical variables the data were presented with relative values and percentages. Due to the high percentage of missing data in the complete database (n=1178), it was decided to omit them, generating a new database with n=274. In Jamovi, the regression model was applied including all the variables of the new database and through the stepwise method we arrived at significant variables, so that in R we could apply the logistic regression model. Regarding clinical data/comorbidities, we observed a low prevalence of family history (35.8%), smokers (11.8%), alcoholics (6.4%), latent TB (15.19%) and oral lesions (11.29%), a significant representation of hypertensive (40.3%) and diabetic (21.4%) individuals, but a high percentage of plaque psoriasis (80.8%), arthralgia (63.41%) and sedentary lifestyle (70.3%) in the sample. According to the risk classification presented, it is possible that many of the individuals have metabolic syndrome associated with psoriasis. The severity of psoriasis in the sample was considered moderate to severe (14.10), with a low risk of developing psoriatic arthritis (34) and moderate impact on quality of life (8.0). Regression model analysis revealed that individuals with large plaque psoriasis were 2.23 times more likely to have had the disease for more than 10 years compared to those without large plaques (OD = 2.23; CI [0.80–1.29]) and (PR = 1.02; CI [0.80–1.29]). Furthermore, individuals with a family history of the disease were 2.54 times more likely to have had psoriasis for more than 10 years than those without a family history (OD = 2.54; CI [1.34–5.04]), presenting a statistically significant prevalence ratio (PR = 1.39; CI [1.12–1.72]). Finally, those who reported arthralgia were 1.92 times more likely to have had psoriasis for more than 10 years compared to those who did not have this symptom (OD = 1.92; CI [1.02–3.60]) and (PR = 1.29; CI [0.99–1.67]). The results of this study contribute to our understanding of the epidemiological profile of patients with psoriasis who are users of the Reference Center in Paraíba, and to identify risk factors and comorbidities that are present in this

population. A limitation of the study was the use of a small database (n=274), due to the high number of missing data in the original database (n=1178). This scenario highlights the need to improve the recording of information in the medical records used by the Reference Center, aiming at data completeness. In addition to the data, we must look at individuals who live with a chronic and stigmatizing disease that requires public policies based on early diagnosis and treatment and humanized and multidisciplinary care.

Descriptors: Psoriasis; Comorbidity; Risk Factors.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Variável Dependente.....	33
Tabela 2 – Variáveis Independentes.....	34
Tabela 3 – Dados Sociodemográficos.....	41
Tabela 4 – Dados Clínicos Qualitativos.....	44
Tabela 5 – Dados Clínicos Quantitativos.....	50
Tabela 6 – Classificação de Risco.....	51
Tabela 7 – Instrumentos de Avaliação.....	55
Tabela 8 – Análise de Regressão logística para Tempo de Convivência com Psoríase em Pacientes de um Centro de Referência na Paraíba.....	57
Tabela 9 – Odds Ratio e Razão de Prevalência.....	60

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Formas Clínicas de Psoríase.....	24
Figura 2 – Prevalência de psoríase ao longo da vida (diagnosticada por médico ou dermatologista) em adultos, por país.....	25
Figura 3 – Diagnóstico Psoríase.....	27
Figura 4 - Função logística.....	37
Figura 5 – Curva ROC e AUC.....	59

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Formas Clínicas de Psoríase.....	23
--	----

LISTA DE SIGLAS

SBD – Sociedade Brasileira de Dermatologia

OMS – Organização Mundial de Saúde

AP – Artrite Psoriásica

UFPB - Universidade Federal da Paraíba

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CCM – Centro de Ciências Médicas

CRPATP - Centro de Referência em Pesquisa Apoio e Tratamento de Psoríase

HULW – Hospital Universitário Lauro Wanderley

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

BPC - Boas Práticas Clínicas

PPGMDS – Programa de Pós-graduação em Modelos de Decisão e Saúde

DLQI - Índice de Qualidade de Vida Dermatológico

PASI - Psoriasis Area and Severity Index

PASE - Psoriatic Arthritis Screening and Evaluation

MTX - Metotrexato

OR – Razão de chances

RP – Razão de prevalência

HAS – Hipertensão arterial sistêmica

DM – Diabetes mellitus

IMC – Índice de Massa Corporal

CA – Circunferência abdominal

RR – Risco relativo

MCRA – Missing Completely at Random

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

AMPS – Peptídeos antimicrobianos

TB – Tuberculose

ILTB – Infecção Latente por Tuberculose

BCG - Bacillus Calmette-Guérin

PT – Prova tuberculínica

PPD - Purified Protein Derivative

IGRA - Interferon-Gamma Release Assays

ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica

SM – Síndrome Metabólica

GWAS - Genome-Wide Association Study

ROC - Receiver Operating Characteristic

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 OBJETIVOS.....	19
2.1 Objetivo geral.....	19
2.2 Objetivos específicos.....	19
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
3.1 Breve histórico sobre psoríase.....	20
3.2 Fisiopatologia da psoríase.....	21
3.3 Formas clínicas da psoríase.....	22
3.4 Epidemiologia.....	24
3.5 Diagnóstico.....	26
3.6 Tratamento.....	27
3.7 Comorbidades.....	29
4 METODOLOGIA.....	30
4.1 Tipologia do estudo.....	30
4.2 Local de pesquisa.....	30
4.2.1 Conhecendo o local de pesquisa.....	30
4.3 Definição dos participantes da pesquisa.....	31
4.3.1 Critérios de inclusão.....	32
4.3.2 Critérios de exclusão.....	32
4.4 Aspectos éticos.....	32
4.5 Instrumento de coleta de dados.....	32
4.6 Elenco das variáveis.....	33
4.7 Análise de dados por modelagem estatística.....	35
4.7.1 Regressão logística.....	36
4.7.2 Odds ratio.....	39
4.7.3 Razão de prevalência.....	40
5 RESULTADOS e DISCUSSÃO.....	40
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
REFERÊNCIAS.....	63

ANEXOS.....73

1. INTRODUÇÃO

A psoríase é uma doença sistêmica, crônica e imunomediada que afeta aproximadamente 0,5% a 11,4% dos adultos e cerca de 1,4% das crianças em todo o mundo. Surge em geral, antes dos 30 e após os 50 anos, atingindo perto de 190 milhões de pessoas em todo o mundo. Foi considerada uma doença grave não transmissível pela Organização Mundial de Saúde e sua prevalência crescente representa um problema substancial para a saúde pública global (Ferdinando et al., 2018; Mahil et al., 2020; Moscardi & Ogawa, 2017).

O impacto da doença psoriásica na América Latina permanece em grande parte desconhecido, mas sua prevalência é estimada em 2,1%. A psoríase pode afetar profundamente múltiplas dimensões da vida do paciente, incluindo o bem-estar físico, emocional, ocupacional, social e econômico. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a psoríase tem se tornado uma doença cada vez mais comum e que, em muitos casos, é diagnosticada tarde ou há um diagnóstico incorreto, causando um grande impacto psicossocial e financeiro na vida dos doentes (Betancourt; Fonseca; Moreira, 2023; Schoenardie et al., 2024).

Segundo Romiti et al. (2020), no Brasil, a composição étnica, aumento da longevidade, e características climáticas podem implicar em diferentes prevalências regionais de psoríase, além de influenciar a gravidade da doença e a resposta terapêutica. Dados recentes da Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD) estimam a prevalência da psoríase no Brasil em 1,31%, sendo 1.15% em mulheres e 1.47% em homens, com maiores indicadores nas regiões Sul e Sudeste.

A psoríase apresenta etiologia multifatorial, cujo fator genético é determinante, bem como fatores imunológicos, ambientais e psicológicos como precipitantes importantes em sua expressão e irritação. A psoríase assume vários tipos, sendo a mais comum a psoríase em placas ou vulgar, além da ungueal, invertida, gutata, pustulosa, eritrodérmica, palmo-plantar, a que acomete o couro cabeludo, e a artropática, que atinge as articulações (Castilho et al., 2021; Mendonça et al., 2022).

Na psoríase há maior prevalência de comorbidades, incluindo artrite psoriásica, doenças cardiovasculares, síndrome metabólica, problemas de saúde mental, como

depressão e ansiedade, doença inflamatória intestinal e malignidades como o linfoma que podem refletir uma consequência sistêmica da inflamação grave e persistente da doença (Girolomoni; Gisondi, 2009; Mehrmal et al., 2021).

A psoríase é a doença dermatológica mais estudada em relação ao impacto na qualidade de vida e danos cumulativos. A maior gravidade da doença é um fator de risco para piora da saúde geral. A OMS reconhece a necessidade urgente de buscar esforços para aumentar o conhecimento sobre a doença e combater a estigmatização sofrida por seus portadores (OMS; Psoríase Brasil, 2017; Romiti et. al, 2024).

1.1 Problemática

Segundo Moscardi e Ogava (2017) , a pele reveste todo o nosso corpo protegendo contra as agressões externas. Esta barreira de proteção vem das células da epiderme e derme, secreção de sebo e suor, formando uma capa especial, como um manto protetor. Existem inúmeras doenças que acometem a pele, fazendo com que a função de proteção seja rompida, entre elas pode ser destacada a psoríase.

O fato da psoríase ser mais do que uma doença de pele é apoiado pelos níveis elevados de marcadores inflamatórios e células imunológicas na circulação de pacientes com psoríase em comparação com controles saudáveis. A manifestação sistêmica da doença resulta em comorbidades como síndrome metabólica, eventos cardiovasculares, artrite psoriásica, depressão, ansiedade e câncer, complicando ainda mais o manejo da doença (Di Meglio et al., 2014; Schoenardie et al., 2024).

Apesar das evidências que apoiam o aumento na prevalência de fatores de risco cardiovasculares (CV) e riscos aumentados de doença cerebrovasculares (DCV) e mortalidade entre pacientes com psoríase, estudos demonstram que existe pouco investimento no rastreio de doenças cardiovasculares e que os pacientes são avaliados de forma inadequada e subtratados para fatores de risco CV (Betancourt et al., 2023; Takeshita et al., 2017).

Pacientes com psoríase apresentam duas vezes mais chance de ter síndrome metabólica do que a população em geral e alguns autores encontraram uma associação entre a gravidade da psoríase e a presença de síndrome metabólica. A presença de psoríase e comorbidades gera uma maior necessidade de cuidados urgentes ou hospitalização e

incorrem em custos de saúde mais elevados do que aqueles sem comorbidades (Ferdinando et al., 2018; Strohal; et al., 2014; Tang; Chen, 2022).

A artrite psoriásica (AP) é uma comorbidade comum associada à psoríase que pode levar à dor crônica e incapacidade permanente se não for diagnosticada e tratada precocemente. Apesar da observação de que até um terço dos pacientes com psoríase desenvolverá artrite psoriásica ao longo da vida, a AP é subdiagnosticada com um atraso no diagnóstico de até 5 anos. O tratamento precoce é fundamental para ajudar a prevenir complicações da artrite psoriásica e melhorar a qualidade de vida desses pacientes (Armstrong et al., 2023; Cazzaniga et al., 2023; Gottlieb & Merola, 2020).

1.2 Justificativa

Nota-se que portadores de psoríase, mais que outros com doenças de pele, sentem-se desprezíveis, sujos e intocáveis. O problema da pele acaba favorecendo sensações de discriminação, inadequação e insatisfação quanto à aparência física. Devido à sua natureza crônica, é comum que ocorram fases de melhora e piora na psoríase. Ressalta-se que suas crises estão estritamente ligadas a aspectos emocionais o que pode levar a quadros depressivos e até mesmo ao suicídio (Moscardi & Ogava, 2017; Silva & Faro, 2019)

Segundo Nikam et al. (2023), a psoríase causa incapacidade comparável ou superior ao causado por doenças graves, como diabetes, doença pulmonar crônica, câncer e insuficiência cardíaca congestiva. Essa doença pode ter consequências graves para as pessoas afetadas, uma vez que obstrui a execução de tarefas cotidianas como cozinhar, tomar banho, vestir-se, descansar, divertir-se e atividades relacionadas ao trabalho.

A associação entre psoríase e comorbidades é importante ser considerada ao desenvolver o plano de tratamento e manejo geral de pacientes com psoríase. O tratamento inadequado pode resultar em um curso de vida reduzido para os pacientes em comparação com sua condição saudável (Amin et al., 2020; Nikam et al., 2023).

A psoríase impõe um ônus significativo em termos físicos, emocionais e sociais devido à sua natureza crônica e às comorbidades associadas. Por isso, o cuidado com os portadores dessa condição deve ser tratado como uma prioridade na agenda pública em todas as esferas de governo. Ao priorizar políticas públicas que favoreçam o diagnóstico e tratamento precoce da psoríase, busca-se melhorar a organização do sistema de saúde,

minimizar os danos cumulativos à saúde dos portadores e reduzir os custos financeiros associados ao tratamento no âmbito da saúde pública no Brasil.

O presente estudo pretende, portanto, investigar o impacto do tempo de convivência com a psoríase, suas comorbidades e fatores de risco em pacientes atendidos em um Centro de Referência na Paraíba, gerando dados que possam subsidiar a formulação de políticas públicas voltadas ao diagnóstico e tratamento precoce dessa condição e suas complicações.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Investigar o impacto do tempo de convivência com a psoríase, suas comorbidades e fatores de risco em pacientes atendidos em um Centro de Referência na Paraíba.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever características sociodemográficas, clínicas/comorbidades e de gravidade/risco para artrite psoriásica/qualidade de vida;
- Investigar comorbidades e fatores de risco relacionados ao tempo de convivência com a psoríase;
- Analisar a prevalência de comorbidades e fatores de risco que podem estar relacionados ao tempo de convivência com a psoríase.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Breve histórico sobre psoríase

Psoríase vem do grego ψώρα (psora), que significa sarna, prurido e, por extensão, outras lesões cutâneas, já era conhecida desde os tempos mais remotos, existindo sua descrição e tratamento no Papiro de Ebers datado de 1550 a.C. Na Grécia antiga, as doenças de pele eram divididas em: psora (pruriginoso, coceira) e lepra (esfoliação epidérmica disfunção). Hipócrates (460-377 a.C) foi o primeiro a nomear lesões esfoliantes e pruriginosas em pálpebras e genitais como psora (Olejnik et al., 2023; Rezende, 2014; Rodrigues; Teixeira, 2009).

Várias referências bíblicas à “lepra” muito provavelmente representem psoríase; fazendo com que seus portadores fossem expulsos da sociedade na por causa do medo, da ignorância e preconceito. Durante a Idade Média, a medicina ocidental não tratava doenças de pele, porque a psoríase e a lepra não eram diferenciadas, os pacientes eram estigmatizados, obrigados a usar roupas distintas e não eram autorizados a tocar ou comer com pessoas saudáveis (Di Meglio et al., 2014; Olejnik et al., 2023)

Somente em 1808, Robert Willan conseguiu descrever a psoríase com precisão, mas infelizmente não conseguiu eliminar completamente a hanseníase como doença associada. Foi Ferdinand von Hebra (1806-1880) que em 1841, trabalhando em Viena separou definitivamente a psoríase da lepra melhorando a terminologia e classificação de Robert Willan (Brajac; Gruber, 2012; Stokar et. al, 2014).

Segundo Rodrigues e Teixeira (2009), no século XIX, acreditava-se que a psoríase era um processo de regulação anormal do crescimento dos queratinócitos ou de origem inflamatória, mas isso mudou em 1970, quando avanços na imunologia celular indicavam uma participação das células sanguíneas na psoríase. A partir de 1982, outras investigações mostraram a presença e importante função das células T nas lesões da psoríase e a doença passou a ser vista como uma desordem imune.

No final do século XIX, a maioria dos padrões clínicos da psoríase estabeleceram-se tal como conhecemos hoje e houve uma maior atenção para investigar a etiologia e o processo patológico da doença. Auspitz (1835-1886) mostrou uma notável compreensão dos processos patológicos na psoríase, introduzindo termos como acantose e paraqueratose para descrever a histologia. Alibert notou em 1822 a associação da doença com deformidades articulares, a que Besnier nomeou de artrite psoriática. A

associação foi posteriormente detalhada por Charles Bourddillon, enquanto Erasmus Wilson descreveu a associação de psoríase com gota e doenças reumáticas (Brajaç; Gruber, 2012; Stokar et. al, 2014).

No século XX muitos autores estudaram a alteração genética e é indiscutível as evidências de que a doença é multifatorial, causada por múltiplos genes e desencadeada por diferentes fatores ambientais. Estudos recentes ampliaram o nosso conhecimento sobre como a genética e os fatores ambientais podem levar à psoríase e como a fisiopatologia da psoríase e/ou comportamentos psicossociais associados podem ter resultados adversos para a saúde (Brajaç; Gruber, 2012; Richardson; Gelfand, 2008).

Há um consenso mundial de que a psoríase vai além de uma “doença apenas da pele”. É uma doença inflamatória crônica da pele e articulações, mediada por células T, de base genética, com grande polimorfismo de expressão clínica (Santos et al., 2016; Sarkhani et al., 2023).

3.2 Fisiopatologia da psoríase

As células da pele vão crescendo e aos poucos sobem à superfície, em uma renovação da pele que dura em torno de um mês. Em uma pessoa com psoríase, a renovação acontece em apenas alguns dias porque as células sobem muito rapidamente e se empilham na superfície (Moscardi; Ogava, 2017).

As características da psoríase, como a hiperproliferação de queratinócitos, inflamação e neovascularização, refletem a interligação patológica entre queratinócitos e as células imunes que contribuem para o desenvolvimento da inflamação crônica da pele através da produção de citocinas. Há uma interação complexa entre células T, células dendríticas e queratinócitos, sendo o eixo IL-23/Th17 o impulsor central da ativação imunológica, inflamação crônica e proliferação de queratinócitos. O início da cascata inflamatória é causado conjuntamente por estímulos de fatores ambientais associados à suscetibilidade genética (Alves et. al., 2024; Raharja et al, 2021; Rodrigues; Teixeira, 2009).

A patogênese da psoríase é multifatorial, sendo a genética um contribuinte primário, especialmente naqueles com início precoce (<40 anos). A herança é poligênica, com risco cerca de 10 vezes maior para parentes de primeiro grau, mas os fatores ambientais também contribuem para o agravamento dos sintomas. Fatores desencadeantes específicos, como infecções, medicamentos, estresse emocional, entre

outros, também podem iniciar a doença nos pacientes pré-dispostos (Brasil, 2021; Pascoal et al., 2023).

3.3 Formas clínicas da psoríase

A psoríase pode apresentar-se sob várias formas clínicas. Recebe nomes diferentes conforme a localização e as características das lesões. As formas clínicas da psoríase têm características peculiares, mas podem ser sobrepostas e estar ou não associadas à artrite psoriática: crônica em placas (ou vulgar), em gotas (gutatta), pustulosa, eritrodérmica, invertida e ungueal (Brasil, 2021; Moscardi; Ogava, 2017).

A psoríase em placas, manifesta-se por placas eritematosas ovais ou redondas, bem delimitadas, de tamanhos variáveis, avermelhadas, com escamas secas e aderentes, prateadas ou acinzentadas. As lesões mais típicas e que caracterizam a psoríase clássica, consistem em lesões infiltradas, bem delimitadas, resultantes de uma única lesão que aumenta de diâmetro, ou formadas pela confluência de várias lesões menores (Vilefort et al., 2022; Yamaguchi et al., 2018).

A psoríase em gotas é caracterizada por pequenos pontos avermelhados em formato de pequenas gotas. Afeta entre 0,6% (45) e 20% (8) dos indivíduos diagnosticados com psoríase e normalmente ocorre na infância e na adolescência. Geralmente desencadeada após uma infecção estreptocócica ou viral, imunizações, trauma físico, estresse emocional ou administração de fármacos antimaláricos (OMS; Psoríase Brasil, 2017; Rodrigues; Teixeira, 2009).

A psoríase pustular caracterizada por pústulas estéreis na pele, por sua vez, envolve pequenas áreas, tais como as palmas das mãos, pontas dos dedos, unhas e solas dos pés, ou toda a superfície corporal. Em alguns casos parece ser desencadeada pelo uso de corticosteroides, seja de forma tópica ou sistêmica (OMS; Psoríase Brasil, 2017; Vilefort et al., 2022).

A psoríase eritrodérmica, acomete mais de 75% da superfície corporal com manchas vermelhas escamosas, engloba apenas 1-2,5% dos casos da doença e pode ser potencialmente fatal. Possui curso crônico, progressivo e deriva da falta de tratamento adequado da psoríase. A forma aguda costuma ocorrer durante o tratamento, seja por intolerância, interrupção brusca das drogas ou por fatores externos, como infecções,

estresse emocional, trauma e consumo excessivo de álcool (Armelin et al., 2016; Di Meglio et al., 2014; Ferreira et al., 2014).

Na psoríase inversa as lesões se apresentam de forma mais úmida, planas, geralmente localizadas nas dobras cutâneas (axilas, fossa antecubitais, cristas inframamárias, umbigo, virilha, área genital, fenda glútea, fossas poplíteas) sem escamação, uma vez que estão sujeitas à irritação pelo suor e pelo atrito (Cruvinel; Saturnino, 2023; OMS; Psoríase Brasil, 2017; Vilefort et al., 2022).

A psoríase ungueal possui apresentação intermitente, com melhora e piora do quadro sem causas conhecidas. Pode afetar praticamente todas as estruturas ungueais, tanto isoladamente quanto em combinação. Na matriz ungueal a psoríase produz anormalidades na superfície da lâmina ungueal, como o pitting e quando acomete o leito ungueal, pode produzir onicólise, manchas salmão, hemorragias e hiperqueratose subungueal (Farias et al., 2010; Monteiro et al., 2022; Santos et al., 2020).

No Quadro 1 e Figura 1, respectivamente, é possível visualizar a descrição das formas clínicas da psoríase e suas principais características.

Quadro 1 – Formas Clínicas de Psoríase

Tipos de Psoríase	Descrição
Crônica em placas (vulgar)	É a forma mais comum e caracteriza-se por placas eritematosas, bem definidas, de vários tamanhos, habitualmente recobertos por descamação prateada.
Em gotas (gutata)	Pequenas lesões localizadas, em forma de gotas, associadas a processos infecciosos.
Pustulosa	Aparecem lesões com pus nos pés e nas mãos (forma localizada) ou espalhadas pelo corpo.
Eritrodérmica	Lesões generalizadas em 75% ou mais do corpo.
Invertida	Lesões mais úmidas, localizadas em áreas de dobras como couro cabeludo, joelhos e cotovelos.
Ungueal	Surgem depressões puntiformes ou manchas amareladas principalmente nas unhas das mãos.
Artrite psoriásica	Em cerca de 8% dos casos, pode estar associada a comprometimento articular. Surge de repente com dor nas pontas dos dedos das mãos e dos pés ou nas grandes articulações como a do joelho.

Fonte: Moscardi & Ogava, 2017.

Figura 1 – Formas Clínicas de Psoríase



Fonte: Psoríase Brasil, 2024.

3.4 Epidemiologia

Alguns países mostram taxas de prevalência crescente para psoríase na última década, o que é considerado um fenômeno mundial. Estimativas da prevalência de psoríase em adultos variam entre 0,27%–11,4%, sabe-se que idade, sexo, geografia, etnia, fatores genéticos e ambientais contribuem para a variação na prevalência da doença (Andrees et al., 2021; Kruger et al., 2024; Parisi et al., 2020).

Alguns estudos suspeitam de uma tendência latitudinal, com correlação positiva entre prevalência e distância do equador, pois altas taxas de prevalência da psoríase foram relatadas em países com latitudes mais altas e, em contraste, taxas mais baixas foram observadas em países africanos e asiáticos que estão mais próximos do equador. O “efeito equador” não é bem compreendido e pode ser devido a fatores genéticos e ambientais, como níveis de vitamina D e exposição a patógenos (Griffiths et al., 2017; Parisi et al., 2020).

de idosos na população, que significa que a expectativa de vida é maior e, portanto, há um aumento da prevalência da psoríase. Finalmente, a falta de acesso a cuidados de saúde para muitas pessoas com psoríase contribuirá para uma subestimação da sua prevalência em muitos países menos desenvolvidos.

3.5 Diagnóstico

O diagnóstico da psoríase baseia-se na apresentação clínica, sendo indispensável a biópsia de pele para a validação em casos de dúvidas diagnósticas ou situações atípicas. É feito com base no aspecto das lesões na pele, sua localização e as características evolutivas, bem como na existência de histórico familiar, presente em cerca de 30% dos doentes. O diagnóstico diferencial de psoríase é diverso e extenso, devendo ser avaliado de forma minuciosa, a fim de evitar tratamento inadequado (Cruvinel; Saturnino, 2017b; Pascoal et al., 2023; Vilefort et al., 2022)

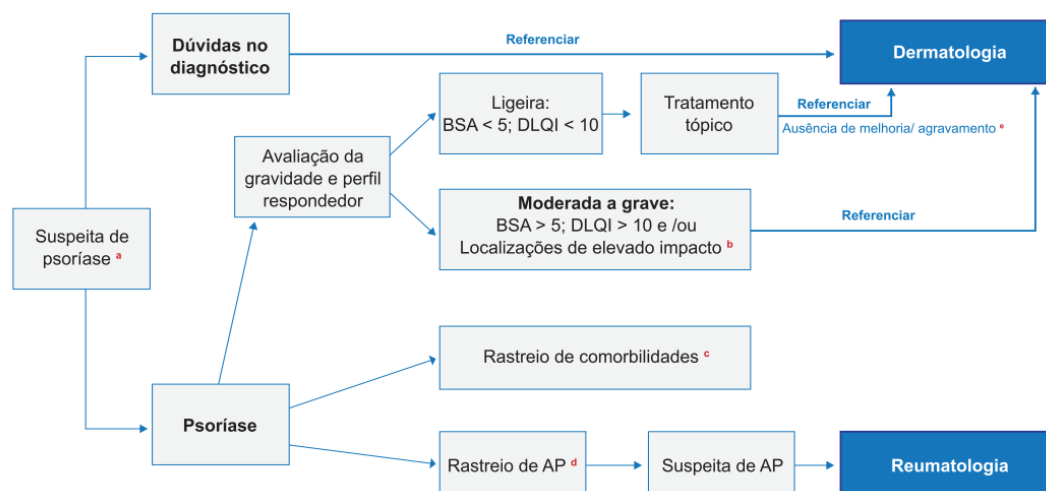
De acordo com Villarreal et al. (2022), podem ajudar no diagnóstico da psoríase: a raspagem gradual da lesão que provocará o sinal de vela (desprendimento das escamas) e o sinal de Auspitz (ou orvalho sangrento). Também outros sinais são levados em consideração, como o fenômeno da Koebner, que consiste no aparecimento de lesões psoriásicas em áreas da pele submetidas a traumas.

É possível avaliar a gravidade da psoríase, seu impacto na qualidade de vida e o risco para desenvolver artrite psoriásica, por meio de instrumentos de avaliação validados no Brasil. De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Psoríase (2021) em relação à qualidade de vida, um relevante método de avaliação é o Índice de Qualidade de Vida Dermatológico (DLQI) que é um questionário de 10 itens que avalia o impacto de doenças cutâneas na qualidade de vida dos pacientes.

A avaliação da extensão da psoríase pode ser realizada por meio do Psoriasis Area and Severity Index (PASI) que permite estratificar a gravidade da psoríase em leve (PASI igual ou inferior a 10) e moderada a grave (PASI superior a 10) e tem sido utilizado como desfecho principal de estudos clínicos que avaliam a eficácia de tratamentos para psoríase. Já o questionário PASE (Psoriatic Arthritis Screening and Evaluation) é uma ferramenta autoadministrada que pode ser usada para rastrear AP entre pacientes com psoríase. O PASE pode distinguir entre sintomas de AP e osteoartrite (Husni et al., 2007; Ministério da Saúde, 2021).

Na América Latina, onde o acesso aos cuidados de saúde e às opções de tratamento pode ser limitado. A ausência de diretrizes e ferramentas, que são necessárias para um imediato diagnóstico da psoríase e para o fornecimento do tratamento adequado, pode resultar em sofrimento desnecessário, doença descontrolada e deformidades irreversíveis das articulações e incapacidade. Isso enfatiza a necessidade crítica de diagnóstico precoce, tratamento eficaz e manejo abrangente da psoríase com diretrizes implementadas na prática diária para melhorar a qualidade de vida e o bem-estar geral dos indivíduos afetados (OMS; Psoríase Brasil, 2017; Schoenardie et al., 2024).

Figura 3 – Diagnóstico Psoríase



Fonte: Torres et al., 2020.

3.6 Tratamento

O tratamento da psoríase é específico para cada caso, considerando-se o tipo de psoríase, região acometida, idade, comorbidades, gravidade e tempo de aparecimento da doença, risco de eventos adversos, padrão de resposta à terapia que foi utilizada, assim como a adesão do indivíduo acometido ao tratamento proposto, sempre se atentando aos padrões de qualidade dos procedimentos e que estes sejam seguros e eficazes a curto e longo prazo, além da acessibilidade dos tratamentos, o impacto econômico que estes

acarretam, a qualidade de vida do doente e a sua preferência terapêutica (Almeida, 2021; Barreto et al., 2023; Teixeira et al., 2023).

De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Psoríase, os pacientes com psoríase classificada como leve podem fazer o tratamento com fármacos de uso tópico, que garantem uma alta segurança e eficácia. Para os pacientes com psoríase moderada a grave, além dos tópicos, devem-se acrescentar tratamentos sistêmicos como: fototerapia, metotrexato, acitretina, ciclosporina e os medicamentos biológicos adalimumabe, etanercepte, risankizumabe, secukinumabe e ustekinumabe (Brasil, 2021; Suga, 2021).

A fototerapia é considerada como um tratamento de primeira linha para psoríase moderada a grave. É indicada para pacientes com uma grande área acometida em que o tratamento tópico não é tolerado. O tratamento é feito a partir de radiação ultravioleta A e/ou B, podendo haver variações para cada paciente. A radiação UVB é mais comumente usada associada a tratamentos tópicos. A fotoquimioterapia (PUVA) consiste na administração de radiação UVA, precedido pela administração de medicação oral horas antes, que tem maior eficácia e efeito mais prolongado do que apenas a radiação (Suga, 2021; Villarreal et al., 2022).

Para psoríase moderada a grave estão indicados esquemas terapêuticos com fototerapia e medicamentos sistêmicos. A fototerapia é indicada principalmente para pacientes que possuem intolerância ao tratamento tópico e que a doença já acometeu uma grande área corporal. Os medicamentos sistêmicos, de primeira linha, são o metotrexato (MTX), acitretina e ciclosporina. Em caso de falha destes, os medicamentos biológicos estão indicados (Gonçalves et al., 2023; Brasil, 2021).

Os agentes biológicos surgiram como opções de tratamento em doentes para os quais as terapêuticas sistêmicas tradicionais não conseguem uma resposta adequada, não são toleradas devido a efeitos adversos ou são inadequadas devido a comorbidades sendo utilizados como estratégia para aumentar o PASI e a qualidade de vida dos pacientes (Barreto et al., 2023; Rocha; Junior, 2021).

3.7 Comorbidades

Por causa da desregulação imunológica e da inflamação resultante, a psoríase está associada a um risco aumentado de várias comorbidades. Comorbidade é um termo que se refere a duas ou mais patologias que ocorrem simultaneamente na mesma pessoa e têm a capacidade de provocar impacto no prognóstico e tratamento da doença. A carga de comorbidades aumenta com a gravidade da doença entre pacientes com psoríase (Betancourt et al., 2023; Feldman et al., 2015).

Para Miatton et al. (2023), o envelhecimento da nossa população e a propagação de doenças transmissíveis fizeram com que muitas comorbidades ganhassem notoriedade na saúde pública, devido à sua crescente prevalência. Estudar as comorbidades relacionadas à psoríase, permite que os sistemas de saúde estejam adequados a crescente complexidade das necessidades de saúde de seus portadores.

A primeira doença comórbida extracutânea da psoríase foi o diabetes, relatada em 1897, e as pesquisas sobre a associação entre psoríase e comorbidades sistêmicas têm crescido rapidamente. A artrite psoriática é uma comorbidade comum afetando 6%-42% dos pacientes com psoríase. A psoríase também é associada a uma maior prevalência de síndrome metabólica (obesidade, hipertensão, hiperlipidemia e diabetes); doenças cardiovasculares (infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral); doenças autoimunes (doença de Crohn e colite ulcerosa), câncer de pele e linfoma. Porque os pacientes muitas vezes se sentem estigmatizados, podem desenvolver problemas de saúde mental, como sintomas depressivos e outros transtornos psiquiátricos (Bu et al., 2022; Feldman et al., 2015).

4. METODOLOGIA

4.1 Tipologia do Estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, de caráter observacional, transversal e ecológico, utilizando dados secundários, coletados dos prontuários de pesquisa. A pesquisa quantitativa considera o que pode ser quantificável, o que significa traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las. Nos estudos observacionais o investigador mede, mas não intervém na pesquisa. A pesquisa transversal é projetada para ver como as coisas estão neste exato momento, não precisando ter conhecimento de que há uma história ou alguma tendência no momento. Nos estudos ecológicos, compara-se a ocorrência da doença/condição relacionada à saúde e a exposição de interesse entre agregados de indivíduos para verificar a possível existência de correlação entre elas (Cesário et al., 2020; Francisco et al., 2008; Kauark et al., 2010; Lima-Costa & Barreto, 2003).

4.3 Local de pesquisa

A pesquisa foi realizada no Centro de Referência em Pesquisa Apoio e Tratamento de Psoríase (CRPATP-PB), em funcionamento no Ambulatório de Dermatologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley – HULW, localizado no município de João Pessoa.

4.3.1 Conhecendo o local de pesquisa

Na Paraíba, em 27 de outubro de 2011 foi criada a Lei nº 9.490, que dispõe no âmbito estadual sobre a criação do Programa de Apoio e Tratamento de Psoríase (Estado da Paraíba, 2011). De acordo com o programa, a rede pública estadual de saúde, com a participação de especialistas e representantes das associações de pessoas com psoríase, tem como finalidade a ampliação do diagnóstico da doença, o desenvolvimento de um sistema para a obtenção de informações e de acompanhamento do quantitativo de casos, bem como a realização de campanhas de esclarecimento sobre a psoríase.

Após um ano de a Lei nº 9.490 entrar em vigor, em 23 de outubro de 2012 foi publicada a Portaria nº 515 GS, da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba, instituindo o Centro de Referência em Pesquisa, Apoio e Tratamento de Psoríase do Estado da Paraíba (CRPATP-PB) em consequência dos importantes trabalhos desenvolvidos ao longo do tempo no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), onde o CRPATP - PB está funcionando desde sua inauguração em 17 de dezembro de 2012.

As atividades do CRPATP-PB são desenvolvidas por médicos de diferentes especialidades, enfermeiros e funcionários do HULW da Rede EBSEH, professores, discentes e residentes da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Compreendem a equipe multidisciplinar: médico, enfermeiro, terapeuta ocupacional, nutricionista, psicólogo, odontólogo, fonoaudiólogo e farmacêutico. Compõe o setor: técnico de enfermagem e agente administrativo. Conta com parceria de professores de estatística do PPGMDS e Tecnologia da Informação da UFPB. O CRPATP-PB segue as Boas Práticas Clínicas (BPC) e princípios de ética, busca sistematização e uniformização de sua adoção em todas as pesquisas realizadas pelas diferentes equipes de protocolos de pesquisa cadastrado.

4.4 Definição dos participantes da pesquisa

Atualmente estão cadastrados no Centro de Referência mais de 1.400 pacientes portadores de psoríase da Paraíba e demais estados do Brasil.

Como o cadastro de portadores do Centro de Referência não representa a totalidade de portadores de psoríase e em virtude do objetivo da pesquisa ser direcionado para os portadores de psoríase residentes na Paraíba, não foi utilizado nenhum cálculo probabilístico para seleção da amostra, visto que, foram selecionados para participar do estudo apenas os prontuários de portadores que possuam no endereço de residência municípios pertencentes ao estado da Paraíba. A amostragem por conveniência ou acidental decorre da acessibilidade e/ou facilidade de encontrar os elementos para composição da amostra (Sargi et al., 2024).

4.4.1 Critérios de inclusão

- Indivíduos com diagnóstico confirmado de psoríase atendidos em um Centro de Referência na Paraíba.

4.4.2 Critérios de exclusão

- Indivíduos sem confirmação diagnóstica de psoríase;
- Indivíduos que não possuam registro de endereço em prontuário;
- Indivíduos que não residam na Paraíba.

4.5 Aspectos éticos

O estudo foi desenvolvido respeitando os aspectos éticos da resolução no 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba, sendo aprovado em 06/11/2024, com parecer nº 7.208.756 (ANEXO 1). Em virtude do Centro de Referência estar localizado em um Hospital Universitário, o estudo também foi cadastrado na Rede de Pesquisa do Hospital, recebendo anuência (ANEXO 2). Por se tratar de pesquisa documental, não apresenta Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e/ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE).

4.6 Instrumento de coleta de dados

O processo de coleta de dados para este estudo foi pensado primando pela aquisição de informações precisas, a partir dos registros nos prontuários de pesquisa dos portadores de psoríase atendidos em um Centro de Referência na Paraíba.

A coleta de dados foi iniciada após a aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do CCM – UFPB, ao qual este projeto foi submetido. No Centro de Referência, os dados foram coletados a partir de prontuários de pesquisa dos portadores de psoríase que atendiam os critérios de elegibilidade (ANEXO 3). Os dados foram armazenados em planilha eletrônica, gerada em arquivo *Microsoft Excel 2013*.

4.6. Elenco das variáveis

O estudo investiga variáveis qualitativas e quantitativas, referentes ao perfil sociodemográfico dos portadores de psoríase (sexo, endereço, idade, grau de escolaridade, ocupação), informações clínicas/comorbidades (história familiar, tipo predominante de psoríase, artralgia, artrite psoriásica, tabagismo, etilismo, HAS, DM, exercício físico, peso, altura, IMC, circunferência abdominal, HDL, colesterol total, triglicerídeos, glicose), índices de avaliação de gravidade da psoríase, risco para artrite psoriásica e qualidade de vida dos portadores de psoríase (PASI, PASE e DLQI).

As variáveis estudadas foram classificadas como: dependente (“Tempo de Diagnóstico”) e independentes (“Sexo”; “Endereço”; “Idade”; “Grau de Escolaridade”; “Ocupação”; “História Familiar”; “Tipo Predominante de Psoríase”; “Artralgia”; “Artrite Psoriásica”; “Tabagismo”; “Etilismo”; “Hipertensão Arterial”; “Diabetes Mellitus”; “Exercício Físico”; “Peso”; “Altura”; “IMC”; “Circunferência Abdominal”; “HDL”; “Colesterol Total”; “Triglicerídeos”; “Glicose”; “PASI”; “PASE”; “DLQI”).

A Tabela 1 apresenta a variável independente com sua devida definição, tipo de resposta e classificação estatística.

Tabela 1 – Variável Dependente

<i>Nome da variável</i>	<i>Definição da Variável</i>	<i>Tipo da Resposta</i>	<i>Classificação Estatística da Variável</i>
<i>Tempo de Diagnóstico</i>	<i>Identifica o tempo de diagnóstico da doença dos participantes da amostra</i>	<i>Numérica</i>	<i>Quantitativa Contínua</i>
<i>Tempo de Diagnóstico Categorizado</i>	<i>Categoriza o tempo de diagnóstico da doença dos participantes da amostra em dois níveis</i>	<i>Categórica: Até 10 anos (0) Acima de 10 anos (1)</i>	<i>Qualitativa Ordinal</i>

Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

A Tabela 2 apresenta todas as variáveis independentes utilizadas no estudo, com sua definição, tipo de resposta e classificação estatística da variável.

Tabela 2 – Variáveis Independentes

<i>Nome da variável</i>	<i>Definição da Variável</i>	<i>Tipo da Resposta/Unidade de Medida</i>	<i>Classificação Estatística da Variável</i>
História Familiar	<i>Categoriza se os participantes da amostra têm história familiar de psoríase</i>	<i>Não (0) Sim (1)</i>	<i>Qualitativa ordinal</i>
Tipo Predominante de Psoríase	<i>Categoriza qual tipo predominante de psoríase dos participantes da amostra</i>	<i>Couro cabeludo (0) Invertida (1) Em gotas (Gutata) (2) Pustulosa (3) Eritrodérmica (4) Palmo-plantar (5) Pequenas placas (6) Grandes placas (7)</i>	<i>Qualitativa ordinal</i>
Artralgia	<i>Categoriza se os participantes da amostra têm queixa de artralgia</i>	<i>Não (0) Sim (1)</i>	<i>Qualitativa ordinal</i>
Artrite Psoriásica	<i>Categoriza se os participantes da amostra têm Artrite Psoriásica</i>	<i>Não (0) Sim (1)</i>	<i>Qualitativa ordinal</i>
Tabagismo	<i>Categoriza se os participantes da amostra são tabagistas</i>	<i>Não (0) Sim (1) Cessou (2)</i>	<i>Qualitativa ordinal</i>
Etilismo	<i>Categoriza se os participantes da amostra são etilistas</i>	<i>Não (0) Sim (1) Cessou (2)</i>	<i>Qualitativa ordinal</i>
Hipertensão Arterial (HAS)	<i>Categoriza se os participantes da amostra têm HAS</i>	<i>Não (0) Sim (1)</i>	<i>Qualitativa ordinal</i>
Diabetes Mellitus (DM)	<i>Categoriza se os participantes da amostra têm DM</i>	<i>Não (0) Sim (1)</i>	<i>Qualitativa ordinal</i>
Exercício Físico	<i>Categoriza se os participantes da amostra praticam exercício físico</i>	<i>Não (0) Sim (1)</i>	<i>Qualitativa ordinal</i>
Peso (kg)	<i>Identifica o peso em quilos dos participantes da amostra</i>	<i>Numérica (Peso em quilos)</i>	<i>Quantitativa contínua</i>
Altura (m)	<i>Identifica a altura em metros dos participantes da amostra</i>	<i>Numérica (Altura em metros)</i>	<i>Quantitativa contínua</i>

CA (cm)	<i>Categoriza a circunferência abdominal em centímetros dos participantes da amostra</i>	<i>Homens/risco - ≥ 102 cm (0) Mulheres/risco - ≥ 88 cm (1)</i>	<i>Qualitativa ordinal</i>
IMC (kg/m²)	<i>Categoriza o IMC dos participantes da amostra, calculado a partir do peso e altura.</i>	<i>Magro/baixo peso - $< 18,5$ (0) Normal/eutrófico - $18,5-24,9$ (1) Sobrepeso/pré-obeso - $25-29,9$ (2) Obesidade I - $30-34,9$ (3) Obesidade II - $30-39,9$ (4) Obesidade III - $\geq 40,0$ (5)</i>	<i>Qualitativa ordinal</i>
HDL	<i>Categoriza o nível de HDL dos participantes da amostra</i>	<i>Homens/risco - < 40 mg/dl (0) Mulheres/risco - < 50 mg/dl (1)</i>	<i>Qualitativa ordinal</i>
Colesterol Total	<i>Categoriza o nível de Colesterol Total dos participantes da amostra</i>	<i>Risco baixo - < 200 mg/dl (0) Risco Moderado - $200-239$ mg/dl (1) Alto risco - > 240 mg/dl (2)</i>	<i>Qualitativa ordinal</i>
Triglicerídeos	<i>Categoriza o nível de Triglicerídeos dos participantes da amostra</i>	<i>Sem risco - ≤ 150 mg/dl (0) Risco - ≥ 150 mg/dl (1)</i>	<i>Qualitativa ordinal</i>
Glicose	<i>Categoriza o nível de Glicose dos participantes da amostra</i>	<i>Sem risco - ≤ 110 mg/dl (0) Risco - ≥ 110 mg/dl (1)</i>	<i>Qualitativa ordinal</i>
PASE ((Psoriatic Arthritis Screening and Evaluation))	<i>Categoriza o escore original de PASE dos participantes da amostra</i>	<i>15-47 - Baixo Risco 48-75 - Alto Risco</i>	<i>Qualitativa ordinal</i>
PASI (Psoriasis Area and Severity Score)	<i>Categoriza o escore original de PASI dos participantes da amostra</i>	<i>Leve - < 10 (0) Moderado/Grave - > 10 (1)</i>	<i>Qualitativa ordinal</i>
DLQI (Dermatology Life Quality Index)	<i>Identifica o escore de DLQI dos participantes da amostra</i>	<i>0-1- Nada (0) 2-5- Pouco (1) 6-10- Moderado (2) 11-20 - Muito (3) 21-30 - Muitoíssimo (4)</i>	<i>Qualitativa ordinal</i>

Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

4.7 Análise de dados por modelagem estatística

Na análise estatística foram utilizados os softwares Jamovi[®] e R[®], ambos de acesso livre (disponível em: <https://www.jamovi.org/download.html>; <https://cran.r-project.org/>), para gerar estatísticas descritivas, exploratórias e inferências sobre os dados da pesquisa.

- 1ª Etapa: Inicialmente foi utilizado o software Jamovi[®] para gerar as estatísticas descritivas dos dados quantitativos com cálculos de medidas de tendência central

(média e mediana) e medidas de dispersão (desvio padrão). Para as variáveis categóricas os dados foram apresentados com valores relativos e absolutos. O banco de dados tem uma totalidade de 1178 observações, no entanto um quantitativo significativo de dados faltantes (*missings*), especialmente nas variáveis quantitativas, comprometendo a análise e inferência estatística.

- *2ª Etapa:* Em virtude da inviabilidade de uso do banco de dados completo devido ao alto percentual de dados faltantes, optou-se por omiti-los, gerando um novo banco sem missings com um n= 274 observações, correspondendo a 23,25% do banco completo.

- *3ª Etapa:* No Jamovi[®], através do módulo Linear Models, optando por Generalized Linear Model, foi aplicado o modelo de regressão incluindo todas as variáveis do novo banco e em seguida excluindo uma a uma as variáveis com maior p-valor (método stepwise), até chegarmos em um resultado com variáveis que apresentaram p-valor significativo. Um dos métodos mais aplicados em regressão logística é o método stepwise que se baseia num algoritmo misto de inclusão e eliminação de variáveis explicativas segundo a importância das mesmas de acordo com algum critério estatístico (Paula, 2024).

- *4ª Etapa:* Após o processo de identificação de variáveis significativas no Jamovi[®], foi construído no software R[®] o script para aplicar o modelo de regressão logística ao novo banco de dados, utilizando as variáveis significativas encontradas com o Jamovi[®].

4.7.1 Regressão logística

A regressão logística é uma técnica estatística utilizada para descrever o comportamento entre uma variável dependente binária e variáveis métricas ou não métricas. Um modelo como a regressão logística pode quantificar a contribuição independente de cada variável preditora candidata para a predição do desfecho. Não requer dados dependentes normalmente distribuídos ou homogeneidade de variância, é baseada no log das probabilidades de um determinado evento ocorrer com um dado conjunto de observações (Fávero et al., 2009; Gonzalez, 2018; Healy, 2006; Hulley et al., 2015).

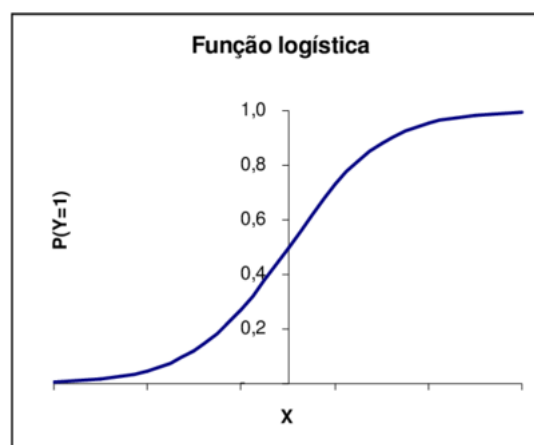
Segundo Silveira et al. (2021), os métodos de regressão são utilizados quando em uma análise de dados se deseja descrever a relação entre uma variável resposta e uma ou mais variáveis explanatórias. Por meio de uma análise de regressão pode-se explorar tanto a direção (positiva ou negativa), como a magnitude (fraca ou forte) da associação entre a variável dependente (Y) e a variável independente (X), além de ser possível prever os valores da variável dependente, por meio da variável independente.

Na regressão logística a variável dependente (Y) tem apenas duas categorias. Em geral, a ocorrência do evento de interesse é codificada como “1” e a ausência como “0”. De acordo com Hair et al. (2000), no modelo de regressão logística, a curva logística é ajustada aos dados permitindo que se calcule a probabilidade de ocorrência de um evento de interesse. Para definir uma relação limitada por 0 e 1, a regressão logística usa a curva logística para representar a relação entre as variáveis independentes e dependente. A função logística,

$$f(Z) = \frac{1}{1 + e^{-(Z)}}$$

assume valores entre 0 e 1 para qualquer Z entre $-\infty$ e $+\infty$, apresentando-se como uma curva em formato de “S”, apresentando não apenas a possibilidade de prever a ocorrência de eventos de interesse, mas também a probabilidade de sua ocorrência.

Figura 4 - Função logística.



Fonte: Bittencourt, 2015.

A análise de regressão logística começa com a transformação logit das variáveis independentes e estimação dos coeficientes logísticos através do método de máxima verossimilhança. A estimação por máxima verossimilhança, permite encontrar os estimadores dos parâmetros do modelo, que tem maior probabilidade de replicar o padrão de observações, nos dados da amostra. No lugar de minimizar os desvios quadrados (mínimos quadrados), a regressão logística maximiza a probabilidade de que um evento ocorra (Domínguez-Almendros et al., 2011; Hair et al., 2000; Healy, 2006).

O objetivo do modelo logístico é estimar p para uma combinação linear das variáveis independentes. Para isso, é necessária uma função que una a combinação linear de variáveis que poderiam retornar qualquer valor em uma distribuição de probabilidades com um domínio de 0 a 1. A razão de probabilidade é chamada de chance ou odds em inglês, e seu logaritmo natural, o logit:

$$Y = \text{logit}(p) = \ln \left(\frac{\text{prob}_{\text{evento}}}{1 - \text{prob}_{\text{evento}}} \right) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \dots + e, \text{ em que}$$

Y ou $\text{logit}(p)$ = transformação logit

$\ln$ = logaritmo natural

$\text{prob}_{\text{evento}}$ = probabilidade de o evento ocorrer e $1 - \text{prob}_{\text{evento}}$ = probabilidade de o evento não ocorrer

β_0 = intercepto

X = variáveis independentes

e = erro aleatório.

O aspecto verdadeiramente importante da regressão logística é que podemos analisar conjuntamente vários fatores ou variáveis, com o objetivo de examinar como elas podem afetar a ocorrência ou não ocorrência do evento do estudo (Domínguez-Almendros et al., 2011).

Há uma série de estimadores estatísticos que são empregados na análise do desempenho de modelos classificatórios, e um dos mais utilizados é a curva ROC

(receiver operating characteristic). A curva ROC é produzida de forma bidimensional, pela obtenção da relação entre a taxa dos verdadeiros positivos do modelo e da taxa dos falsos positivos preditos, significa o ajustamento entre a especificidade e a sensibilidade. Quanto mais a curva ROC se aproxima do canto superior esquerdo, melhor é a qualidade do teste quanto à capacidade para discriminar os grupos (Hair et al., 2000; Polo & Miot, 2020).

A sensibilidade é a capacidade do modelo em identificar uma classificação positiva, dado que ela é realmente positiva. A especificidade é definida pela capacidade do modelo em identificar um resultado negativo, dado que ele é realmente negativo (Silva Neto, 2020).

$$\text{Sensibilidade} = \frac{VP}{VP+FN}$$

$$\text{Especificidade} = \frac{VN}{FP+VN}$$

VP = verdadeiros positivos

VN = verdadeiros negativos

FN = falsos negativos

FP = falsos positivos

4.7.2 Odds ratio (Razão de chances)

As medidas que quantificam a magnitude da associação realizada pelos modelos de regressão, normalmente são expressas pela razão de chances (RC), razão de prevalência (RP) ou risco relativo (RR), a depender do delineamento do estudo e do tipo das variáveis estudadas, sendo as duas primeiras medidas indicadas para estudos observacionais transversais. Em sua forma original, probabilidades não são restritas a valores entre 0 e 1, mas na regressão logística expressa-se uma probabilidade como razão de chances (RC) – a razão entre as probabilidades dos dois resultados ou eventos. (Flório et al., 2023; Hair et al., 2000; Healy, 2006).

A medida (estimador) que expressa o risco é a razão de chances (RC) ou odds ratio, a qual avalia a relação entre a chance de um indivíduo exposto possuir a condição de interesse, comparada a do não exposto (Francisco et al., 2008).

$$Odds = e^{b_0 + \beta_1 X_1 + \dots + \beta_n X_n}$$

4.7.3 Razão de prevalência

Para o delineamento transversal, a associação entre as variáveis é dada pela razão de prevalência (RP), onde a medida de frequência estimada é a prevalência pontual. Prevalência é a fração de um grupo de pessoas que possui uma condição ou desfecho clínico em um dado ponto do tempo. Modelos de regressão de Cox, log-binomial e Poisson têm sido sugeridos como boas alternativas para obter estimativas da RP ajustadas para variáveis de confusão (Coutinho et al., 2008; Papaléo, 2009).

A razão de prevalência (RP) é a razão entre duas prevalências. As Razões de Prevalência (RP) com os respectivos intervalos de confiança podem ser estimadas a partir dos modelos de regressão Binomial e Poisson. Na regressão logística binomial, a razão de prevalência pode ser obtida a partir dos coeficientes da regressão. Se β é o coeficiente estimado para uma variável independente X , a razão de prevalência é dada por:

$$\text{Log}(P(Y=1|x)) = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \dots + \beta_k x_k$$

onde, $P(Y=1|x)$ é a probabilidade de indivíduos com o evento condicionado as variáveis de exposição x (Flório et al., 2023; Papaléo, 2009).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O banco de dados apresenta um total de 1178 observações, composto por 28 variáveis que foram classificadas em: dados sociodemográficos, dados clínicos/comorbidades e dados de gravidade/risco de artrite psoriásica/qualidade de vida. Os resultados apresentados dessas variáveis foram com base no banco de dados completo ($n=1178$), com ressalvas para as variáveis que apresentassem muitos dados omissos. O banco de dados sem missings ($n=274$) foi utilizado para aplicar o modelo estatístico de regressão logística, produzindo as razões de chance e razão de prevalência apresentados.

Por se tratar de uma pesquisa baseada em dados secundários, é fundamental destacar que uma limitação do estudo se refere ao uso de um banco de dados reduzido ($n=274$), em decorrência do elevado número de informações ausentes no banco de dados original ($n=1178$). Esse cenário ressalta a necessidade de aprimoramento no registro das informações nos prontuários utilizados pelo Centro de Referência, visando à completude dos dados e à maior confiabilidade das análises.

As variáveis que apresentaram número significativo de valores ausentes durante a coleta: artrite psoriásica (753), aferição de circunferência abdominal (712) e lesões bucais (1045). Os dados de história familiar (230), HDL (498), glicose (498) e TB latente (585) também apresentam uma quantidade expressiva de omissões.

A Tabela 3 apresenta informações sobre cinco variáveis sociodemográficas do banco de dados, incluindo o número total de observações e percentual, além da quantidade de valores omissos para cada variável.

Tabela 3 – Dados Sociodemográficos

<i>VARIÁVEIS</i>	<i>N</i>	<i>CATEGORIAS</i>	<i>TOTAL</i>	<i>% TOTAL</i>	<i>OMISSOS</i>
<i>Sexo</i>	<i>1178</i>	<i>F</i>	<i>649</i>	<i>55,1%</i>	<i>0</i>
		<i>M</i>	<i>529</i>	<i>44,9%</i>	
<i>Mesorregiões</i>	<i>1178</i>	<i>Agreste</i>	<i>123</i>	<i>10,4%</i>	<i>0</i>
		<i>Borborema</i>	<i>10</i>	<i>0,8%</i>	
		<i>Mata</i>	<i>964</i>	<i>81,8%</i>	
		<i>Sertão</i>	<i>81</i>	<i>6,9%</i>	
<i>Idade</i>	<i>1178</i>	<i>0-9</i>	<i>2</i>	<i>0,2%</i>	<i>0</i>
		<i>10-19</i>	<i>41</i>	<i>3,5%</i>	
		<i>20-29</i>	<i>93</i>	<i>7,9%</i>	
		<i>30-39</i>	<i>149</i>	<i>12,6%</i>	
		<i>40-49</i>	<i>221</i>	<i>18,8%</i>	
		<i>50-59</i>	<i>248</i>	<i>21,1%</i>	
		<i>60-69</i>	<i>253</i>	<i>21,5%</i>	
		<i>70-79</i>	<i>127</i>	<i>10,8%</i>	
		<i>80-89</i>	<i>39</i>	<i>3,3%</i>	
		<i>90-99</i>	<i>5</i>	<i>0,4%</i>	
<i>Grau de escolaridade</i>	<i>1007</i>	<i>Analfabeto(a)</i>	<i>44</i>	<i>4,4%</i>	<i>171</i>
		<i>Ensino Fundamental</i>	<i>272</i>	<i>27,0%</i>	
		<i>Ensino Fund. Incompleto</i>	<i>96</i>	<i>9,5%</i>	
		<i>Ensino Médio</i>	<i>352</i>	<i>35,0%</i>	
		<i>Ensino Médio Incompleto</i>	<i>55</i>	<i>5,5%</i>	
		<i>Ensino Superior</i>	<i>149</i>	<i>14,8%</i>	
		<i>Ensino Sup. Incompleto</i>	<i>31</i>	<i>3,1%</i>	
		<i>Pós-Graduação</i>	<i>8</i>	<i>0,8%</i>	
		<i>Do lar</i>	<i>164</i>	<i>16,2%</i>	
		<i>Aposentado(a)</i>	<i>149</i>	<i>14,7%</i>	
		<i>Estudante</i>	<i>95</i>	<i>9,4%</i>	
		<i>Agricultor(a)</i>	<i>60</i>	<i>5,9%</i>	
		<i>Professor(a)</i>	<i>42</i>	<i>4,2%</i>	
		<i>Comerciante</i>	<i>39</i>	<i>3,9%</i>	

Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

As variáveis sexo, mesorregiões, idade e ocupação não apresentam valores omissos, o que significa que esses dados estão completos para todas as 1.178 observações. Já a variável grau de escolaridade possui 171 valores omissos, o que corresponde a 14,5% das observações. Os valores omissos do banco de dados são completamente aleatórios, ou seja, a omissão dos dados ocorre de maneira imprevisível, sem relação com outras variáveis. Dados faltantes que não seguem um padrão de ausência são chamados de valores faltantes completamente aleatórios (Missing Completely At Random - MCAR) (Miot, 2019).

Na distribuição da variável Sexo, as mulheres representam 55,1% da amostra, enquanto os homens correspondem a 44,9%, indicando uma leve predominância do sexo feminino na distribuição dos dados.

O primeiro objetivo deste estudo foi descrever as características sociodemográficas, clínicas e de gravidade/risco/qualidade de vida em pacientes atendidos pelo centro de referência da Paraíba. Nesse caso quanto ao sexo, os resultados concordam com a literatura que reporta incidência maior de psoríase entre mulheres do que em homens, o que pode estar relacionado ao fato das mulheres frequentarem mais os serviços de saúde do que os homens, consequentemente a amostra será mais prevalente de indivíduos do sexo feminino. (Melo, 2023; Raharja et al., 2021; Tampa et al., 2024).

Há uma predominância de indivíduos com psoríase na Mata Paraibana, concentrando 964 observações, correspondendo a 81,8% da amostra, seguida pelo Agreste Paraibano com 123 observações (10,4%), o Sertão Paraibano apresentando 81 observações (6,9%) e a Borborema com apenas 10 observações (0,8%).

A maior distribuição de casos na mata paraibana pode estar relacionada a densidade populacional e acesso ao serviço de saúde, onde se localiza o centro de referência. A mesorregião é um espaço delimitado com uma identidade regional construída ao longo do tempo pela sociedade que aí se formou. A mata paraibana é formada por 30 municípios e 4 microrregiões: Litoral Norte, Sapé, João Pessoa e Litoral Sul (IBGE, 1990).

Na distribuição etária da amostra, as maiores concentrações foram registradas nas faixas de 60-69 anos com 253 (21,5%) e na faixa etária de 50-59 com 246 (21,1%). A faixa de 40-49 anos registrou 221 observações (18,8%) e a de 30-39 anos 149 observações

(12,6%). Já a faixa etária de 70-79 anos apresentou 127 observações (10,8%) do total da amostra. A faixa etária acima de 90 anos possui poucos indivíduos, totalizando 5 observações e representando 0,4% do total da amostra. As faixas etárias mais jovens obtiveram menor representatividade com 93 observações (7,9%) para a faixa de 20-29, 41 observações (3,5%) para a faixa de 10-19 anos e apenas duas observações para a faixa de 0-9 anos (0,2%).

A distribuição etária de maior incidência no estudo foi acima dos 50 anos, ao examinarmos a incidência de psoríase por sexo e faixas etárias, os dois picos para a idade de início em mulheres foram por volta dos 18-29 e 50-59 anos, enquanto nos homens ocorreram com maior frequência por volta dos 30-39 e 60-69 ou 70-79 anos, entretanto, não há diferenças morfológicas comprovadas entre os sexos (Parisi et al., 2020; Santos et al., 2013).

O Ensino Médio é o nível educacional mais comum, representando 35,0% da amostra (352 indivíduos) enquanto 272 pessoas (27,0%) completaram o Ensino Fundamental. Os indivíduos que não completaram o Ensino Médio e Ensino Fundamental representam respectivamente 5,5% (55) e 9,5% (96) do total da amostra e 44 pessoas (4,4%) declararam-se analfabetas. Apenas 14,8% (149) da amostra concluiu o Ensino Superior, enquanto 3,1% (31) possuem nível Superior Incompleto. A Pós-Graduação tem o menor percentual, com apenas 0,8% da amostra (8 pessoas).

Um menor grau de instrução pode comprometer o entendimento quanto à doença e tratamento. Não há registros na literatura de alguma relação entre nível educacional e psoríase, mas podemos pensar que a maior presença de psoríase entre indivíduos com menor nível educacional, pode estar relacionado ao menor acesso a informações sobre saúde, diagnóstico precoce e cuidados preventivos.

Quanto a ocupação, o maior grupo é formado por pessoas do lar (16,2%), seguido por aposentados (14,7%), indivíduos que não estão inseridos ativamente no mercado de trabalho e 9,4% da amostra são estudantes. Agricultores (5,9%) representam uma fração importante, podendo indicar um perfil rural relevante na amostra. Professores (4,2%) e comerciantes (3,9%) têm participações menores, mas ainda assim representam categorias profissionais relevantes.

Algumas ocupações, como professores e comerciantes, lidam com altos níveis de estresse, um fator desencadeante da psoríase. Enquanto agricultores e donas de casa podem ter contato frequente com produtos químicos, o que pode influenciar o desenvolvimento da doença. O aparecimento ou a piora das lesões decorrente de fatores emocionais, se devem a influência direta no processo inflamatório e proliferativo das células na psoríase, o que seria gatilho para as reações imunomediadas (Santos et al., 2013).

De acordo com Teixeira et al. (2023), além dos fatores genéticos o aparecimento da psoríase pode estar relacionado a trauma, estresse, choque físico, infecção etc. Assim, sob esse gatilho, os queratinócitos presentes na epiderme são ativados e secretam AMPs (peptídeos antimicrobianos) que ativam as células dendríticas que uma vez ativadas, produzem mediadores que ativam as células T, que por sua vez produzem mediadores que retroalimentam a ativação das células dendríticas, mantendo o processo ativo da psoríase.

Na Tabela 4 são apresentados os dados clínicos/comorbidades qualitativos da amostra em valores absolutos e omissos.

Tabela 4 – Dados Clínicos/Comorbidades Qualitativos

DADOS CLÍNICOS	N	OMISSO	CATEGORIAS	TOTAL	%TOTAL
Hist. Fam.	948	230	Não	609	64,2%
			Sim	339	35,8%
Tipo Pso.	1129	49	Couro cabeludo	50	4,4%
			Eritrodérmica	13	1,2%
			Grandes Placas	466	41,3%
			Gutata	8	0,7%
			Invertida	6	0,5%
			Palmo-plantar	108	9,6%
			Pequenas placas	446	39,5%
			Plantar	16	1,4%
Artralgia	1065	113	Não	318	29,9%
			Sim	747	70,1%
Art.Pso	425	753	Não	112	26,4%
			Sim	313	73,6%
Tabagismo	1037	141	Cessou	182	17,6%
			Não	733	70,7%
			Sim	122	11,8%

<i>Etilismo</i>	<i>1035</i>	<i>143</i>	<i>Cessou</i>	<i>19</i>	<i>108%</i>
			<i>Não</i>	<i>950</i>	<i>91,8%</i>
			<i>Sim</i>	<i>66</i>	<i>6,4%</i>
<i>HAS</i>	<i>998</i>	<i>180</i>	<i>Não</i>	<i>596</i>	<i>59,7%</i>
			<i>Sim</i>	<i>402</i>	<i>40,3%</i>
<i>DM</i>	<i>986</i>	<i>192</i>	<i>Não</i>	<i>775</i>	<i>78,6%</i>
			<i>Sim</i>	<i>211</i>	<i>21,4%</i>
<i>Ex. Físico</i>	<i>986</i>	<i>192</i>	<i>Não</i>	<i>693</i>	<i>70,3%</i>
			<i>Sim</i>	<i>293</i>	<i>29,7%</i>
<i>TB LAT.</i>	<i>593</i>	<i>585</i>	<i>Não</i>	<i>414</i>	<i>69,8%</i>
			<i>Sim</i>	<i>179</i>	<i>30,2%</i>
<i>L. BUCAIS</i>	<i>133</i>	<i>1045</i>	<i>Não</i>	<i>27</i>	<i>20,3%</i>
			<i>Sim</i>	<i>106</i>	<i>79,7%</i>

Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

Em relação a História Familiar, 64,3% da amostra (609 pessoas) relataram não ter casos de psoríase na família, enquanto que 35,8% da amostra (339 pessoas) relataram ter histórico familiar de psoríase.

O segundo objetivo do estudo foi investigar as comorbidades e fatores de risco entre os pacientes no curso da psoríase e vimos que, no que diz respeito à história familiar, 64,3% da amostra negaram esse histórico da doença, corroborando o resultado encontrado por Santos et al., (2013), que contrariando a alta herdabilidade dos pais em famílias de portadores de psoríase, justificou o resultado pela dificuldade dos pacientes em identificarem a doença em parentes próximos e a manifestação tardia da psoríase com predomínio de herança familiar negativa da doença.

Estudos epidemiológicos demonstraram que há uma incidência substancialmente maior de ter psoríase quando há algum parente portador na família, entretanto não ter nenhum parentesco não significa que a pessoa está isenta de ser acometida pela doença. A relação entre parentesco e susceptibilidade a psoríase vem sendo amplamente estudada e atualmente estão sendo identificados muitos dos genes associados ao aumento da

suscetibilidade à psoríase (Bavière et al., 2020; Di Meglio et al., 2014; Raharja et al., 2021; Strohal et al., 2014b).

O tipo de psoríase Grandes placas têm alta prevalência, com 41,3%, enquanto que o tipo Pequenas placas está presente em 39,5%, o que corresponde a 80,8% da amostra com o tipo de psoríase em placas.

Estudos confirmam o resultado encontrado em que o subtipo psoríase em placas/psoríase vulgar (PV) é predominante, atingindo aproximadamente de 75% a 90% dos pacientes, resultante de interações de origens genéticas complexas com o meio ambiente e fatores mentais, levando à desregulação do sistema imunológico da pele. A psoríase em placas é caracterizada por áreas bem definidas de placas eritematosas e endurecidas com escamas prateadas sobrepostas; os joelhos, cotovelos, couro cabeludo e tronco são as áreas da pele mais comumente afetadas (Almeida, 2021; Duchatelet et al., 2005; Vilefort et al., 2022).

O tipo Palmo-plantar aparece em 9,6% da amostra, enquanto o tipo Couro cabeludo está presente em 4,4%. Tipos mais raros, como eritrodérmica (1,2%), gutata (0,7%), invertida (0,5%) e ungueal (1,4%), aparecem em proporções pequenas. Segundo Amoy et al. (2024), na psoríase palmo-plantar, as placas escamosas e eritematosas que surgem devido à proliferação acentuada de queratinócitos em mãos e pés despertam incômodo no público afetado, sendo associadas a prurido e comprometimento da qualidade de vida.

Nas crianças e nos adolescentes, uma forma de apresentação relevante é a psoríase gutata (corresponde a 20% dos casos), a qual pode apresentar como gatilho, as infecções do trato respiratório superior, em especial as causadas por *Streptococcus*. A eritrodermia que acomete mais de 80 ou 90% da superfície corporal e pode cursar com prurido, embora rara, é potencialmente grave e 10 a 30% dos casos permanece com etiologia desconhecida. Já o acometimento ungueal em portadores de psoríase atinge cerca de 80% deles; sendo que as alterações podem ocorrer simultaneamente ou após o aparecimento de lesões cutâneas (Ferreira et al., 2014; Rodrigues et al., 2023; Santos et al., 2020).

A artralgia foi relatada por mais de 70,1% da amostra considerada (n=1.065), correspondendo a 63,41% em relação ao total da amostra (n= 1.178), o que significa um fator de risco e sinal de alerta para o aparecimento de artrite psoriásica (AP). Vale ressaltar

que apesar do número relevante de dados faltantes, a artralgia representa uma queixa clínica importante para diagnóstico precoce de artrite psoriásica.

No entanto, a artralgia em pacientes com psoríase também necessita de diagnóstico diferencial, pois pode estar associado a outras patologias, a falta de exercício físico e até devido a longevidade da amostra. Como afirma Brandão et al. (2024), cerca de 10% dos casos de psoríase atendidos na prática dermatológica são pacientes idosos; a psoríase seria fator adicional de fragilidade aos idosos portadores da doença, assim como a presença de artrite também adiciona fragilidade aos idosos portadores dessa condição, limitando sua funcionalidade.

Considerando que a literatura estima que 20-30% dos pacientes com psoríase desenvolvem artrite psoriásica (AP), na amostra, 73,7% apresentaram artrite psoriásica (n=425; omissos= 753) enquanto 26,3% negam diagnóstico de artrite psoriásica. Se avaliarmos a quantidade de casos de AP para o total da amostra (n=1178) incluindo o alto percentual de dados omissos, vimos que os casos de AP representam um percentual de 36,07%, ultrapassando as prevalências estimadas.

A prevalência global de AP para portadores de psoríase foi estimada em 19,7%, mas pode variar entre de 6% a 42% em diferentes populações, já no Brasil é de 33% que está 13,3% acima da prevalência mundial (Chen et al., 2023; Melo, 2023).

A artrite psoriática (AP) é uma condição comórbida subdiagnosticada da psoríase, caracterizada por um conjunto heterogêneo de manifestações inflamatórias (artrite periférica, entesite, dactilite e envolvimento axial). O paciente típico com AP apresenta sintomas geralmente a partir dos 30 a 50 anos de idade, caracterizada por rigidez, dor, edema, e sensibilidade das articulações, ligamentos circundantes e tendões (dactilite e entesite). AP não tratada pode levar a inflamação persistente, dano articular progressivo, incapacidade e aumento da mortalidade, já que pacientes com AP apresentam maior prevalência de comorbidades cardiometabólicas (Melo, 2023; Spelman et al., 2015; Yan et al., 2018).

O tabagismo e etilismo são considerados fatores de risco para o aparecimento da psoríase e agravamento da doença. Na amostra, 70,7% referiram não fumar e 91,8% não consomem bebida alcoólica, enquanto 17,6% e 1,8% cessaram o tabagismo e etilismo, respectivamente e 11,8% da amostra são fumantes e 6,4% consomem bebida alcoólica

frequentemente, o que pode aumentar o risco para comorbidades e piora do quadro da psoríase.

Segundo Kamiya et al. (2019), tabagismo e consumo de álcool têm sido associados à psoríase. Os pacientes com psoríase têm maior probabilidade de serem fumantes atuais ou ex-fumantes. Fumar está associado a um alto risco de desenvolver psoríase, que aumenta com maior número de maços-ano ou maior duração do tabagismo. Além disso, há um maior consumo de álcool em pacientes com psoríase do que na população em geral e o abuso de álcool está positivamente correlacionado com gravidade da psoríase e eficácia reduzida do tratamento.

Cerca de 59,8% da amostra relatou não ter hipertensão e 40,2% dos indivíduos têm hipertensão arterial associada à psoríase. A maioria dos pacientes com psoríase não apresentam diabetes (78,6%) enquanto 21,4% confirmam o diagnóstico.

A presença da hipertensão arterial na amostra foi de 40,2% e de diabetes 21,4%, sendo ambas comorbidades relacionadas a psoríase. Esses percentuais estão elevados quando comparamos aos relatados por Miatton et al. (2023), em que, dos pacientes diagnosticados com psoríase, 22,10% apresentavam hipertensão e 11,34% eram diabéticos. Nossos resultados representam um acréscimo de 18,10% para hipertensos e 10,06% para os diabéticos e ratificam os resultados de Cardoso (2023), quando afirma que o compartilhamento de fatores imunológicos envolvidos na doença aterosclerótica e no início e progressão da psoríase, representa uma possibilidade de associação com a incidência em portadores com distúrbios como hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes e risco aumentado para infarto agudo do miocárdio.

Em estudo conduzido por Cohen et al. (2008), houve uma associação substancial entre psoríase e obesidade ou hipertensão, com menor associação entre psoríase e diabetes ou doença cardíaca isquêmica. No entanto, os autores afirmam que estudos anteriores evidenciam que pacientes com psoríase apresentam proporções excessivas de obesidade (70%), hipertensão (30%), diabetes (20%) e doença cardíaca isquêmica (10%) em comparação com a população geral, corroborando os resultados para obesidade, hipertensão e diabetes desse estudo.

Os pacientes com psoríase possuem chances mais elevadas de terem resistência à insulina que pode gerar a hiperglicemia sustentada, característica do diabetes, a qual pode ser correlacionado ao nível de severidade da psoríase, segundo a relação de hemoglobina glicada (HbA1c) e PASI. Um estudo realizado por Santos et al. (2013), demonstrou que as comorbidades mais frequentes em pacientes com psoríase foram diabetes (33%) e hipertensão arterial (23%) e mais da metade dos pacientes (56%) não possuíam história de psoríase na família (Mattos & Ribeiro, 2024; Santos et al., 2013).

Apenas 29,7% dos indivíduos relataram praticar exercícios e 70,3% não praticam nenhum exercício físico, estando, portanto, a maioria da amostra no sedentarismo. Corroborando o resultado de Almeida (2021), em que a maioria dos pacientes com psoríase não praticavam nenhum tipo de exercício físico, e só uma pequena parcela eram praticantes de algum tipo de esporte. Inúmeros estudos já comprovaram os benefícios das atividades físicas na melhoria da qualidade de vida e atenuação de doenças dermatológicas e outras comorbidades (Naldi et al., 2014).

Apesar do grande número de dados faltantes para tuberculose latente (omissos=585), a maior parte dos pacientes testados não apresentou a tuberculose latente (69,8%), mas 30,2% dos pacientes testados confirmaram o diagnóstico. Ao analisarmos a partir do total da amostra (n=1178), os casos positivos de tuberculose latente representam 15,19%, representando um dado importante para o acompanhamento clínico da psoríase.

A tuberculose latente pode acontecer no curso da psoríase e deve ser investigada para o tratamento com medicamentos biológicos. Segundo Brasil (2021), o protocolo clínico de diretrizes terapêuticas recomenda que antes do início do uso de medicamento biológico e com o objetivo de planejar adequadamente o tratamento, deve-se pesquisar a ocorrência de tuberculose (TB) ativa e infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (ILTB). Os medicamentos biológicos podem predispor à ativação de tuberculose latente e levar ao desenvolvimento de formas graves de tuberculose e culminar com o óbito.

O Brasil tem a 14ª maior prevalência de tuberculose e é responsável por 31% de todos os casos de tuberculose na América Latina. Apesar da vacinação obrigatória com Bacillus Calmette-Guérin (BCG), há 25-49 casos estimados de tuberculose ativa por 100.000 habitantes no Brasil. O tratamento da ILTB é indicado para pacientes com prova

tuberculínica (PT) com o *purified protein derivative* (PPD), $PT \geq 5$ mm, ou positividade ao IGRA (*Interferon-Gamma Release Assays*), alterações radiográficas compatíveis com tuberculose prévia não tratada ou contato próximo com caso de tuberculose (Brasil, 2021; Duarte et al., 2015).

Devido à natureza inflamatória e sistêmica da psoríase, manifestações bucais da psoríase podem ocorrer e, muitas vezes, são subdiagnosticadas. A variável de lesões bucais foi a que apresentou o maior valor de dados faltantes do banco de dados (1045), tendo apenas 133 registros, representando um percentual de 79,7% e para o valor total da amostra ($n=1178$), um percentual de 11,29%. O estudo de Duarte et al. (2015) relatou que ao comparar um grupo de pacientes com psoríase e grupo controle, as lesões orais encontradas em pacientes com psoríase também foram encontradas no grupo controle, porém, maior prevalência de língua fissurada e língua geográfica foi observada em pacientes com psoríase do que na população em geral.

Na Tabela 5 são apresentados os dados clínicos quantitativos da amostra com valores absolutos, omissos, média, mediana e desvio padrão.

Tabela 5 – Dados Clínicos Quantitativos

<i>VARIÁVEIS</i>	<i>N</i>	<i>OMISSOS</i>	<i>MÉDIA</i>	<i>MEDIANA</i>	<i>DESVIO</i>
<i>Peso</i>	971	207	74,34	73,00	19,49
<i>Altura</i>	950	228	1,72	1,62	3,06
<i>IMC</i>	946	232	28,22	27,69	6,43
<i>CA</i>	466	712	93,19	93,50	18,40
<i>HDL</i>	680	498	45,29	43,85	11,92
<i>TRIGLIC.</i>	692	486	160,27	136,50	99,32
<i>COLTOT.</i>	717	461	195,89	190,0	47,73
<i>GLICOSE</i>	680	498	108,97	94,0	49,29

Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

Em relação as variáveis quantitativas dos dados clínicos, a partir dos valores de peso e altura foi calculado o Índice de Massa Corporal (IMC) dos indivíduos. Para uma melhor análise, os valores de CA, HDL, COLTOT (colesterol total), TRIGLIC (triglicerídeos) e GLICOSE foram agrupados quanto ao risco para doenças metabólicas e cardiovasculares em 0 e 1, baixo, moderado e grave, baseado nas Diretrizes Brasileiras de Obesidade (ABESO, 2016).

As variáveis quantitativas foram agrupadas em classificações de risco, conforme dados da literatura, para melhor compreensão dos resultados e expressos na Tabela 6.

Tabela 6 – Classificação de Risco

<i>DADOS CLÍNICOS</i>	<i>N</i>	<i>OMISSO</i>	<i>SEXO</i>	<i>CATEGORIAS</i>	<i>TOTAL</i>	<i>%TOTAL</i>
IMC (risco)	948	230	F	Baixo	31	3,3%
			M		15	1,6%
			F	Normal	152	16,0%
			M		99	10,4%
			F	Sobrepeso	160	16,9%
			M		145	15,3%
			F	Obesidade	186	19,6%
			M		160	16,9%
CA (risco)	467	711	F	0	104	22,3%
			M		134	28,7%
			F	1	152	32,5%
			M		77	16,5%
HDL (risco)	679	499	F	0	137	20,2%
			M		175	25,8%
			F	1	216	31,8%
			M		151	22,2%
COLTOT (risco)	717	461	F	Alto	72	10,0%
			M		47	6,6%
			F	Moderado	105	14,6%
			M		80	11,2%
			F	Baixo	193	26,9%
			M		220	30,7%
TRIGLIC (risco)	692	486	F	0	211	30,5%
			M		193	27,9%
			F	1	146	21,1%
			M		142	20,5%
GLIC (risco)	680	498	F	0	259	38,1%
			M		247	36,3%
			F	1	87	12,8%
			M		87	12,8%

Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

O Índice de Massa Corporal (IMC) tem um papel fundamental na psoríase, pois o sobrepeso e a obesidade estão associados a uma maior gravidade da doença, além de influenciar a resposta ao tratamento. É possível identificar que 68,7% dos indivíduos têm excesso de peso (sobrepeso + obesidade), sendo mais frequente em mulheres (36,5%) do que em homens (32,2%). As mulheres apresentam maior percentual de obesidade (19,6%) em comparação aos homens (16,9%). Apenas 16% das mulheres e 10,4% dos homens estão dentro do IMC normal e 3,3% das mulheres e 1,6% dos homens estão abaixo do peso.

De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Obesidade, ABESO (2016), o IMC (calculado através da divisão do peso em kg pela altura em metros elevada ao quadrado, kg/m^2) é o cálculo mais usado para avaliação da adiposidade corporal. O IMC é um bom indicador, mas não totalmente correlacionado com a gordura corporal. Portanto, o ideal é que o IMC seja usado em conjunto com outros métodos de determinação de gordura corporal.

Pacientes com psoríase apresentam significativamente maior prevalência de obesidade, bem como um maior risco de obesidade. Uma associação pode ser observada entre altos níveis de $\text{TNF}\alpha$, IL6, IL17, leptina e proteína C reativa e aumento do IMC, que contribui para a resistência à insulina, o aumento nos níveis lipídicos, triglicerídeos, diabetes tipo II e doenças cardiovasculares. O estado inflamatório, em indivíduos obesos, também está relacionado ao desenvolvimento ou agravamento da psoríase. (Cordeiro Júnior et al., 2016; Kamiya et al., 2019).

Em pacientes com psoríase, uma circunferência abdominal (CA) elevada está relacionada a maior gravidade da doença, pior resposta ao tratamento e maior risco de comorbidades metabólicas. Foi percebido que 32,5% das mulheres apresentam CA elevada, indicando alto risco metabólico, enquanto apenas 16,5% dos homens estão na categoria de risco. Enquanto 28,7% dos homens estão na categoria sem risco metabólico, contra 22,3% das mulheres.

A circunferência abdominal reflete melhor o conteúdo de gordura visceral e também se associa muito à gordura corporal total. É a medida recomendada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia e muitos estudos mostraram uma forte associação entre circunferência abdominal e psoríase. O ponto de corte estabelecido para a

circunferência abdominal é de 102 cm para homens e 88 cm para mulheres (ABESO, 2016; A. P. Brandão et al., 2005; Kamiya et al., 2019).

A Síndrome Metabólica (SM) é um transtorno complexo representado por um conjunto de fatores de risco cardiovascular, relacionados à deposição central de gordura e à resistência à insulina, aumentando em 2,5 vezes a mortalidade cardiovascular estimada (Brandão et al., 2005). Para diagnosticar presença de síndrome metabólica, muitos dados clínicos devem ser avaliados, incluindo resultados de exames laboratoriais, dentre os quais encontram-se os níveis de HDL, colesterol total, triglicerídeos e glicose.

Na psoríase, níveis reduzidos de HDL (lipoproteína de alta densidade) estão associados a maior inflamação, pior controle da doença e aumento do risco de comorbidades cardiovasculares. Na amostra, em relação aos níveis de HDL, 54% estão em classificação de risco, em que 31,8% das mulheres têm HDL reduzido (risco aumentado), contra 22,2% dos homens. Já na categoria “sem risco” temos o percentual de 25,8% para os homens e 20,2% para as mulheres.

O colesterol total elevado é um dos fatores de risco para doenças cardiovasculares, e há uma relação crescente entre dislipidemia (alterações no colesterol e triglicerídeos) e psoríase. A maioria dos indivíduos da amostra está na categoria de baixo risco (57,6% do total), onde homens (30,7%) têm uma proporção um pouco maior do que mulheres (26,9%) nesse grupo. Mulheres (14,6%) apresentam uma proporção maior de colesterol total em nível moderado do que os homens (11,2%) e também no nível alto risco em que mulheres (10,0%) têm uma porcentagem maior nesse grupo do que os homens (6,6%).

Em pacientes com psoríase, há uma prevalência maior de triglicerídeos elevados devido à inflamação crônica e à relação com a síndrome metabólica. As mulheres (30,5%) têm uma proporção um pouco maior no grupo de baixo risco do que os homens (27,9%). Em torno de 41,6% do total da amostra apresentam triglicerídeos elevados, o que é um número significativo, com um percentual semelhante entre mulheres (21,1%) e homens (20,5%).

A maioria dos indivíduos não apresenta risco de glicose elevada (74,4% do total), o percentual é ligeiramente maior em mulheres (38,1%) do que em homens (36,3%). No entanto, 25,6% do total apresenta glicose elevada, o que representa um número

considerável em que homens e mulheres têm exatamente a mesma proporção de risco (12,8%), sugerindo que o aumento da glicemia pode estar mais associado a fatores metabólicos gerais do que a diferenças sexuais.

Na amostra vimos que, em relação aos níveis de HDL, 54% estão em classificação de risco, para colesterol total são 42,4% se encontram em risco moderado-alto, seguidos por 41,6% em altos níveis de triglicerídeos e 25,6% estão com níveis de glicose de risco. Mesmo que não seja possível relacionar que todos os resultados de risco estejam presentes em toda a amostra, podemos inferir que muitos dos indivíduos estão em risco para desenvolver síndrome metabólica ou já a possuem e não foram diagnosticados.

Segundo as Diretrizes Brasileiras de Obesidade, ABESO (2016), o diagnóstico da síndrome metabólica inclui: obesidade central (medidas de circunferência abdominal conforme a etnia (cm) para homens e mulheres) e mais de 2 dos seguintes critérios: triglicerídeos ≥ 150 mg/dl ou tratamento para dislipidemia; HDL < 40 mg/dl em homens e HDL < 50 mg/dl em mulheres, pressão sistólica ≥ 130 mm Hg ou diastólica ≥ 85 mm Hg ou tratamento de hipertensão; glicose em jejum ≥ 100 mg/dl ou diabetes tipo 2 diagnosticado.

Segundo Mazlin et al. (2012), estudos transversais não são capazes de estabelecer uma sequência temporal, portanto não está claro se a síndrome metabólica e seus componentes são causa ou consequência da psoríase. Contudo, os resultados encontrados na amostra evidenciam circunferência abdominal, resultados de HDL, triglicerídeos e glicose que sugerem casos de síndrome metabólica e alertam para a vigilância contínua quanto aos fatores de risco em pacientes com psoríase.

No acompanhamento da psoríase, é fundamental avaliar critérios como a gravidade da doença, o risco de desenvolvimento de artrite psoriásica e o impacto na qualidade de vida durante o tratamento. Para essa avaliação, são utilizados instrumentos validados na prática clínica: o *Psoriasis Area and Severity Index (PASI)* para mensuração da gravidade, o *Psoriatic Arthritis Screening and Evaluation (PASE)* para triagem do risco de artrite psoriásica e o *Dermatology Life Quality Index (DLQI)* para avaliar a qualidade de vida relacionada à psoríase.

A Tabela 7 apresenta a distribuição dos dados da amostra referente à avaliação realizada por meio desses instrumentos.

Tabela 7 – Instrumentos de Avaliação

<i>INSTRUMENTOS AVALIAÇÃO</i>	<i>SEXO</i>	<i>N</i>	<i>OMISSO</i>	<i>MÉDIA</i>	<i>MEDIANA</i>	<i>DESVIO PADRÃO</i>	<i>MÍNIMO</i>	<i>MÁXIMO</i>
<i>PASI</i>	<i>F</i>	96	553	14,85	13,00	9,53	3,80	57,0
	<i>M</i>	102	427	16,00	15,00	9,88	4,00	47,2
<i>PASE</i>	<i>F</i>	270	379	41,28	39,00	17,58	4	75
	<i>M</i>	223	306	31,66	26,00	16,56	5	72
<i>DLQI</i>	<i>F</i>	400	249	10,25	9,00	7,59	0	32,0
	<i>M</i>	357	172	9,30	8,00	7,49	0	47,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

Em virtude da distribuição dos dados não seguir um padrão de normalidade, utilizamos a mediana como medida de tendência central, visto que não sofre influência pela presença de outliers.

Em relação ao PASI, pela mediana, a psoríase pode ser classificada em moderada a grave tanto entre mulheres (13,00) quanto em homens (15,00), no entanto, é importante considerar que o número de valores ausentes (omissos=980) é significativo. Conforme Romiti et al. (2024), de acordo com o escore, se o valor do PASI for maior do que 10, a doença é classificada como um quadro moderado a grave de psoríase. O PASI também pode ser utilizado para o cálculo da porcentagem de melhora frente aos diferentes tratamentos da psoríase.

De acordo com (Chen et al., 2023), um estudo transversal na China descobriu que uma condição mais grave e um curso mais longo de psoríase foram associados a uma maior prevalência de AP. A duração da doença no grupo sem artrite foi mais curta (7,8 anos), com pontuação PASI de 6, enquanto a duração da doença no grupo com artrite foi maior (14,1 anos), com PASI pontuação de 9,7 comparando 1.397 pacientes com psoríase sem artrite com 112 pacientes com psoríase com artrite.

Mulheres apresentam mediana mais elevada no PASE (39,00) do que os homens (26,00), porém representam baixo risco para desenvolver artrite psoriásica (AP), considerando o valor de dados ausentes (omissos=685) que também é significativo. Segundo Patrick et al. (2011), o PASE consiste em 15 questões que avaliam sintomas e a função, com escores que classificam em baixo risco (15-47) e alto risco (48-75). As perguntas são pontuadas em uma escala numérica (intervalo de 1 a 5, com pontuação total possível de 75); aqueles indivíduos com maior probabilidade de ter APs terão pontuação mais alta do que indivíduos sem AP.

O PASE é uma ferramenta para identificar pacientes com sinais e sintomas que sugerem artrite inflamatória. Um estudo para identificar a frequência de AP não diagnosticada, utilizando como pontuação PASE ≥ 44 , demonstrou que embora as pontuações PASE ≥ 44 tenham sido mais frequentes em pacientes com psoríase moderada a grave (50%) do que doenças mais leves (29%), a frequência de APs não diagnosticadas não diferiu (10% e 8% respectivamente) (Patrick et al., 2011; Spelman et al., 2015).

O impacto da psoríase na qualidade de vida é maior em mulheres (9,00) do que entre os homens (8,00), no entanto, ambos os resultados representam um impacto moderado na qualidade de vida dos participantes, ao contrário do que afirma Pinto (2022), em que na avaliação da qualidade de vida através da escala específica para doenças dermatológicas, mais de um quarto dos doentes considera que a psoríase tem um impacto grave ou extremamente grave. O DLQI é o que apresenta menor valor de dados ausentes (omissos=421) entre os instrumentos de avaliação.

O DLQI é um questionário autoaplicável, para ser usado na prática clínica em pacientes com doenças cutâneas, constituído de dez questões relacionadas às experiências vivenciadas pelo paciente, na semana antecedente, com valores totais que variam entre 0 a 30, e quanto maior o valor, maior é a repercussão de ordem psicológica, social, escolar ou profissional da enfermidade no paciente, portanto, maior o grau de comprometimento de sua qualidade de vida (0-1 Nada; 2-5 Pouco; 6-10 Moderado; 11-20 Muito; 21-30; Muitíssimo) (Augusto et al., 2011; Sociedade Brasileira de Dermatologia, 2012).

Para Mello et al. (2014), o DLQI é um instrumento que fornece a medida mais confiável de avaliação de qualidade de vida e o mais utilizado por ser de fácil e rápida

aplicabilidade, no entanto, quando adotado em avaliação da qualidade de vida para pacientes com artrite psoriásica não obtêm o resultado esperado.

A Tabela 8 apresenta os resultados obtidos com a análise de regressão logística para o tempo de convivência com a psoríase dos pacientes atendidos em um Centro de Referência na Paraíba.

Tabela 8 – Análise de Regressão Logística para Tempo de Convivência com Psoríase em Pacientes de um Centro de Referência na Paraíba, Brasil, 2025 (n=274).

<i>VARIÁVEIS</i>	<i>ESTIMATIVA</i>	<i>ODDS RATIO</i>	<i>IC 95%*</i>	<i>P-valor**</i>
<i>Tipo Psoríase (Grandes Placas)</i>	<i>0,8018</i>	<i>2,23</i>	<i>(1,18-4,34)</i>	<i>0,015</i>
<i>História Familiar</i>	<i>0,9344</i>	<i>2,54</i>	<i>(1,34-5,04)</i>	<i>0,005</i>
<i>Artralgia</i>	<i>0,6526</i>	<i>1,92</i>	<i>(1,02-3,60)</i>	<i>0,041</i>

*IC95%: Intervalo de Confiança de 95%. **: Associação estatisticamente significativa. Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

Os indivíduos que apresentam tipo de psoríase grandes placas têm 2,23 vezes mais chances de conviver há mais de 10 anos com a doença quando comparados aos outros tipos de psoríase (OR=2,23[1,18; 4,34] $p<0,01$). Os indivíduos que possuem histórico familiar de psoríase possuem 2,54 vezes mais chance de ter psoríase há mais de 10 anos quando comparados com os pacientes sem histórico familiar (OR = 2,546 [1,342; 5,041], com $p < 0,01$). Aqueles indivíduos que referem queixa de artralgia possuem 1,92 vezes mais chances de ter psoríase há mais de 10 anos do que os que negam este dado clínico (OR=1,92 [1,02; 3,60], $p<0,05$).

Como terceiro objetivo, este estudo buscou analisar a prevalência de comorbidades e fatores de risco relacionados ao tempo de convivência com a psoríase. A análise de regressão logística para o tempo de convivência com a psoríase em pacientes de um centro de referência da Paraíba, identificou três variáveis com significância estatística para o desfecho (>10 anos): tipo de psoríase grandes placas ($p<0,01$); história familiar ($p<0,01$) e artralgia ($p<0,05$). Resultado semelhante foi encontrado no estudo de

Cordeiro Júnior et al. (2016) que encontrou predominância de psoríase vulgar, com algum tipo de comorbidade associada e parentes que tinham psoríase.

Como já visto neste estudo, a psoríase em placas foi o tipo de psoríase mais presente na amostra e pelo modelo de regressão foi relacionado a indivíduos que convivem com a psoríase há mais de anos. Os achados cutâneos associados à psoríase em placas, a forma mais comum de psoríase, geralmente incluem placas espessas, escamosas, eritematosas e bem circunscritas que costumam ser pruriginosas, as placas podem coalescer e cobrir grandes áreas da pele (grandes placas), mais comumente presente em áreas extensoras como cotovelos e joelhos, além da região lombosacral, umbigo e couro cabeludo (Betancourt et al., 2023; Moraes & Neto, 2022; Pimentel et al., 2022).

A presença da história familiar de psoríase foi associada a indivíduos que convivem há mais de 10 anos com a doença, ratificando estudos que revelam a predisposição genética um contribuinte chave para o desenvolvimento da psoríase. Os principais genes envolvidos são o antígeno leucocitário humano (HLA) tipo Cw6 (PSOR1) e, em segundo lugar, o CARD14 (PSOR2), que é transmitido de forma autossômica dominante e pode se manifestar como psoríase eritrodérmica, psoríase pustulosa ou psoríase em placas. O PSOR1 tem 35-50% da herdabilidade da doença explicada por loci (Dand et al., 2020; G. R. Rodrigues et al., 2023).

Segundo Li et al. (2020), estudos epidemiológicos genéticos de base populacional, imunogenética, genes candidatos e, mais recentemente, GWAS (Genome-Wide Association Study) demonstraram uma forte base genética para a doença psoriática, quantificando a agregação familiar usando a prevalência de parentes de primeiro grau afetados.

A queixa de dor articular (artralgia) esteve associada há uma convivência acima de 10 anos com a psoríase, corroborando estudo de Raharja et al. (2021) que apresenta a artralgia como uma queixa que precede a doença articular em até 10 anos.

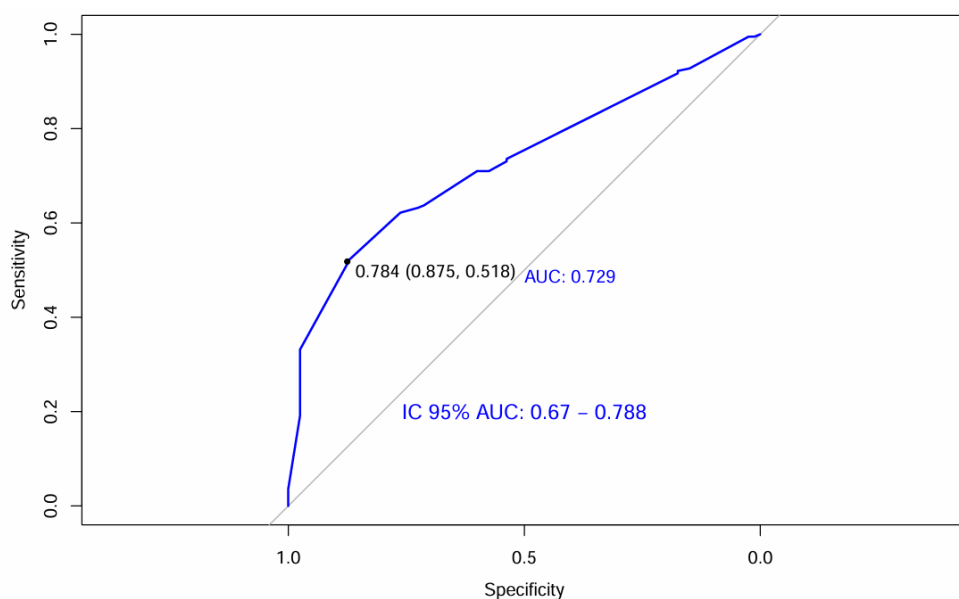
Se a artralgia está associada a um maior tempo de convivência com a psoríase, Chen et al. (2023) afirmam que é imprescindível nos casos de psoríase geriátrica com envolvimento articular, consultar com um reumatologista, a fim de avaliar a possibilidade

de artrite psoriática, fornecer tratamento precoce, melhorar o prognóstico e prevenir danos estruturais nas articulações.

Um atraso no diagnóstico de AP e no tratamento, mesmo que seja de 6 meses, pode levar à diminuição da qualidade de vida, aumento dos danos nas articulações e pior função física a longo prazo. Em articulações de pacientes com AP foram encontradas células T IL-17+ CD8+, e a quantidade dessas células detectadas parecem estar correlacionadas com a atividade da doença e progressão do dano articular (Thrastardottir & Love, 2018; Yan et al., 2018).

Para avaliar o desempenho do modelo de regressão logística na classificação de eventos binários aplicada no R[®], foram utilizados a curva ROC (Receiver Operating Characteristic) e AUC (Area Under the Curve), conforme Figura 5.

Figura 5 – Curva ROC e AUC



Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

A curva ROC, utilizada para analisar o desempenho do modelo de regressão, demonstrou uma maior sensibilidade (0,784) do que especificidade (0,518), tendo um

desempenho considerado moderado pela AUC (0,729), ratificando Hosmer & Lemeshow (2013), que considera AUC aceitável entre 0,7 e 0,8 e excelente com AUC entre 0,8 e 0,9.

A Tabela 9 apresenta os resultados da Odds Ratio e Razão de Prevalência calculados com o modelo de regressão.

Tabela 9 – Odds Ratio e Razão de Prevalência

<i>VARIÁVEIS</i>	<i>ODDS RATIO</i>	<i>IC 95%*</i>	<i>RAZÃO PREVALÊNCIA</i>	<i>IC 95%*</i>
<i>Tipo Psoríase (Grandes Placas)</i>	2,23	(1,18-4,34)	1,02	(0,80-1,29)
<i>História Familiar</i>	2,54	(1,34-5,04)	1,39	(1,12-1,72)
<i>Artralgia</i>	1,92	(1,02-3,60)	1,29	(0,99-1,67)

*IC95%: Intervalo de Confiança de 95%. Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

Em indivíduos com tipo de psoríase grandes placas (OR=2,23[1,18; 4,34] $p<0,01$), a chance de conviverem com a doença há mais de 10 anos é de 2,23 vezes maior do que para os indivíduos com menos de 10 anos de convivência com a doença. Para o mesmo grupo, a razão de prevalência calculada (RP= 1,02 [0,80; 1,29]) está contida dentro do intervalo de confiança de 95%, demonstrando que não há uma diferença significativa na prevalência da condição entre os grupos de grandes placas e outros tipos de psoríase.

Os indivíduos com artralgia têm 1,92 vezes mais chances de apresentar psoríase há mais de 10 anos em comparação aos que não têm essa condição (OR=1,92 [1,02; 3,60]) A razão de prevalência calculada (RP= 1,29 [0,99; 1,67], também sugere uma tendência de maior prevalência de psoríase há mais de 10 anos entre os indivíduos com artralgia do que os sem essa condição, mas como o resultado está dentro do intervalo de confiança de 95%, a evidência não é estatisticamente significativa.

No entanto, indivíduos com história familiar de psoríase têm 2,54 vezes mais chances de ter a doença há mais de 10 anos em comparação aos que não têm essa história (OR = 2,546 [1,342; 5,041]). Já a razão de prevalência (RP= 1,39 [1,12; 1,72]), sugere que a prevalência da psoríase há mais de 10 anos é significativamente maior entre aqueles com história familiar da doença, reforçando a relevância da história familiar na determinação da prevalência de psoríase.

A razão de prevalência (RP) da história familiar entre os indivíduos que convivem a mais de 10 anos com a psoríase, ratifica os resultados de estudos já mencionados, de que a herdabilidade é um fator determinante para o aparecimento de psoríase, associado aos fatores ambientais. Sendo a RP definida por quantos indivíduos expostos apresentam a doença ou condição em relação àqueles indivíduos não expostos e nosso resultado ter sido de 1,29, demonstra que a categoria estudada apresenta maior prevalência do evento do que a categoria de referência (Flório et al., 2023; Francisco et al., 2008).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados da pesquisa mostraram maior predominância de psoríase entre mulheres, faixa etária acima de 50 anos e com maioria de casos na mesorregião da mata paraibana, com baixo grau de escolaridade e maior percentual de casos entre indivíduos que são do lar ou aposentados.

Em relação aos dados clínicos/comorbidades vimos uma baixa prevalência de história familiar, fumantes, etilistas, TB latente e lesões bucais, uma representação significativa de hipertensos e diabéticos, mas um alto percentual de psoríase em placas, artralgia e sedentarismo na amostra. De acordo com a classificação de risco apresentada, é possível que muitos dos indivíduos apresentem síndrome metabólica associada à psoríase. A gravidade da psoríase na amostra foi considerada moderada a grave, com baixo risco para desenvolvimento de artrite psoriásica e impacto moderado na qualidade de vida.

Em virtude do caráter inflamatório da psoríase é indispensável implementar métodos de rastreio quanto aos fatores de risco e comorbidades, estabelecendo diagnóstico precoce e tratamento adequado, a fim de reduzir danos e melhorar a evolução da doença, especialmente aos indivíduos que convivem com a psoríase há mais de 10 anos.

A análise do modelo de regressão revelou que ter psoríase em grandes placas, história familiar e queixa de artralgia são variáveis associadas a pacientes que convivem com a psoríase há mais de 10 anos, com uma prevalência significante da história familiar, e por isso, são pacientes que estão mais expostos a desenvolverem comorbidades e maior gravidade da doença.

A pesquisa apresentou limitação quanto ao uso do banco de dados completo para a análise de regressão logística, o que limitou a análise e inferência sobre apenas 23% da amostra considerada. Além disso, ressaltou a necessidade de registros mais criteriosos nos prontuários de pesquisa utilizados pelo Centro de Referência a fim de permitir uma melhor coleta e análise de dados.

Os resultados deste estudo contribuem para entendermos o perfil epidemiológico dos pacientes com psoríase, usuários do Centro de Referência na Paraíba e também identificarmos fatores de risco e comorbidades que estão presentes nesta população. Acredito que além dos dados, estão os indivíduos que convivem com a psoríase, uma doença crônica e estigmatizante que tanto impacta a qualidade de vida dos mesmos e que requer nossa atenção e cuidado integral, através de políticas públicas que auxiliem no diagnóstico e tratamento precoce, bem como uma assistência humanizada e multidisciplinar.

REFERÊNCIAS

- ABESO. (2016). *Diretrizes Brasileiras de Obesidade* (M. C. Mancini, Org.; 4º ed).
- Almeida, K. N. A. (2021). *ESTUDO CLÍNICO, HISTOPATOLÓGICO E IMUNOHISTOQUÍMICO DE LESÕES CUTÂNEAS DE PACIENTES NÃO-CAUCASIANOS PORTADORES DE PSORÍASE VULGAR E GUTATA DO ESTADO DA PARAÍBA*.
- Amin, M., Lee, E., Tsai, T., & Wu, J. (2020). Psoriasis and Co-morbidity. *Acta Dermato Venereologica*, 100(3), 81–87. <https://doi.org/10.2340/00015555-3387>
- Amoy, M. F. L. F., Baptista, A. D., Campos, L. R. P., & Freitas, G. A. (2024). *Psoríase palmo-plantar de difícil tratamento: desafios clínicos em um relato de caso*. 57–57. <https://doi.org/10.29184/anaisscfmc.v32024p57>
- Andrees, V., Wolf, S., Augustin, M., Mohr, N., & Augustin, J. (2021). Regional variations and prevalence of psoriasis in Germany from 2010 to 2017: a cross-sectional, spatio-epidemiological study on ambulatory claims data. *BMJ Open*, 11(11). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-047806>
- Armelin, E., Fabri, E., Nascimento, C., Luisa Machado, B., & Regina Terra, M. (2016). *PSORÍASE E SUAS PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS*.
- Armstrong, A. W., Bohannon, B., Mburu, S., Coates, L. C., Ogdie, A., Alarcon, I., Kasperek, T., Frade, S., Barrio, S. F., & Augustin, M. (2023). Patient Perspectives on Psoriatic Disease Burden: Results from the Global Psoriasis and Beyond Survey. *Dermatology*, 239(4), 621–634. <https://doi.org/10.1159/000528945>

- Augusto, R., Torres, T., Aparecida Da Silva, S., Ferreira Magalhães, R., Moreno Morcillo, A., Neves, P. E., & Velho, F. (2011). Comparação entre questionários de qualidade de vida e sua correlação com a evolução clínica de pacientes com psoríase. Em *An Bras Dermatol* (Vol. 86, Número 1).
- Barreto, G. C. R. L., Lacerda, L. G., Coelho, V. A. T., Mendes, R. F., Nascimento, E. de S., Bigatello, C. S., de Araújo, L. B. S., Reis, L. H. G., e Souza, L. R. de F., & Coelho, T. (2023). TRATAMENTOS BIOLÓGICOS DA PSORÍASE. Em *Promoção da Saúde: conceito, estratégia e prevenção em pesquisa - Volume 2* (p. 183–195). Editora Científica Digital. <https://doi.org/10.37885/230613370>
- Bavière, W., Deprez, X., Houvenagel, E., Philippe, P., Deken, V., Flipo, R. M., & Paccou, J. (2020). Association between comorbidities and quality of life in psoriatic arthritis: Results from a Multicentric Cross-sectional Study. *Journal of Rheumatology*, 47(3), 369–376. <https://doi.org/10.3899/jrheum.181471>
- Betancourt, O. S. M., Fonseca, A. P. G., & Moreira, Z. R. da S. B. (2023). COMORBILIDADES NA PSORÍASE: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA. *REVISTA FOCO*, 16(8), e2754. <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v16n8-033>
- Bittencourt, H. R. (2015). *Regressão logística politômica: revisão teórica e aplicações*. <https://www.researchgate.net/publication/277818863>
- Brajac, I., & Gruber, F. (2012). History of Psoriasis. Em *Psoriasis - A Systemic Disease*. InTech. <https://doi.org/10.5772/27640>
- Brandão, A. P., Brandão, A. A., Nogueira, A. da R., Suplicy, H., Guimarães, J. I., & Oliveira, J. E. P. de. (2005). I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 84, 3–28. <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2005000700001>
- Brandão, G. V. C., Pereira, E. G., Haddad, G. R., Miot, L. D. B., Marques, S. A., & Miot, H. A. (2024). Caracterização clínica, fragilidade física e depressão em idosos com psoríase oriundos de centro de referência no Brasil: estudo transversal. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 99(1), 19–26. <https://doi.org/10.1016/j.abd.2023.01.001>
- Brasil. (2021). *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Psoríase*. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/protocolos-clinicos-e-diretrizes->
- Bu, J., Ding, R., Zhou, L., Chen, X., & Shen, E. (2022). Epidemiology of Psoriasis and Comorbid Diseases: A Narrative Review. Em *Frontiers in Immunology* (Vol. 13). Frontiers Media S.A. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2022.880201>
- Cardoso, A. L. (2023). *PERFIL DE COMORBIDADES EM PACIENTES COM PSORÍASE E ARTRITE PSORIÁSICA: ESTUDO DE CORTE TRANSVERSAL*.
- Castilho, A. C. da S., Lopes, C. de O. P., & Salles, B. C. C. (2021). Fisiopatologia da psoríase e seus aspectos imunológicos: uma revisão sistemática. *Research, Society and Development*, 10(11), e256101119346. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i11.19346>
- Cazzaniga, S., Heidemeyer, K., Dondi, L., Ronconi, G., Pedrini, A., Bellatreccia, A., Zhong, Y., Naldi, L., & Martini, N. (2023). Prevalence of psoriatic arthritis among patients with psoriasis in Italy. Em *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* (Vol. 37, Número 3, p. e306–e308). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1111/jdv.18528>

- Cesário, J. M. S., Flauzino, V. H. de P., & Mejia, J. V. C. (2020). METODOLOGIA CIENTÍFICA: PRINCIPAIS TIPOS DE PESQUISAS E SUAS CARACTERÍSTICAS. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, 5, 23–33. <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/educacao/tipos-de->
- Chen, C., Che, K., Guo, Y., Huang, Q., Hu, X., & Yu, B. (2023). Effect of the age of onset on epidemiology, clinical features, and comorbidity of geriatric psoriasis. *Journal of Dermatology*, 50(9), 1156–1161. <https://doi.org/10.1111/1346-8138.16856>
- Cohen, A. D., Sherf, M., Vidavsky, L., Vardy, D. A., Shapiro, J., & Meyerovitch, J. (2008). Association between psoriasis and the metabolic syndrome: A cross-sectional study. *Dermatology*, 216(2), 152–155. <https://doi.org/10.1159/000111512>
- Cordeiro Júnior, T. G. M., Andrade, B. D. P., Palitot, E. B., Piuvezam, M. R., & Mascarenhas, S. R. (2016). Profile of patients receiving medical care at a reference, support, and treatment center for psoriasis patients at a university hospital. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 91(5), 691–693. <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.201644945>
- Coutinho, L. M. S., Scazufca, M., & Menezes, P. R. (2008). Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. *Rev Saúde Pública*, 42, 992–998.
- Cruvinel, M. F., & Saturnino, A. S. G. (2017). PSORÍASE: ETIOLOGIA, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO. *Revista UNINGÁ Review*, 29(2), 70–74.
- Cruvinel, M. F., & Saturnino, A. S. G. (2023). Etiologia, aspectos clínicos e psicossociais da psoríase. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(1), 898–907. <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n1-069>
- Dand, N., Mahil, S. K., Capon, F., Smith, C. H., Simpson, M. A., & Barker, J. N. (2020). Psoriasis and genetics. Em *Acta Dermato-Venereologica* (Vol. 100, Número 100-year theme: Psoriasis, p. 54–64). Medical Journals/Acta D-V. <https://doi.org/10.2340/00015555-3384>
- Di Meglio, P., Villanova, F., & Nestle, F. O. (2014). Psoriasis. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*, 4(8). <https://doi.org/10.1101/cshperspect.a015354>
- Domínguez-Almendros, S., Benítez-Parejo, N., & Gonzalez-Ramirez, A. R. (2011). Logistic regression models. *Allergologia et Immunopathologia*, 39(5), 295–305. <https://doi.org/10.1016/j.aller.2011.05.002>
- Duarte, G., Oliveira, M., & Porto-Silva, L. (2015). Epidemiology and treatment of psoriasis: a Brazilian perspective. *Psoriasis: Targets and Therapy*, 55. <https://doi.org/10.2147/ptt.s1725>
- Duchatelet, S., Hovnanian, A., Smahi, A., Le G O, J., & Bachelez, H. (2005). Respiratory virus infection triggers acute psoriasis flares across different clinical subtypes and genetic backgrounds. Em *J Virol* (Vol. 79).
- Farias, D. C. de, Tosti, A., Chiacchio, N. Di, & Hirata, S. H. (2010). Aspectos dermatoscópicos na psoríase ungueal. *An Bras Dermatol*, 85, 101–103.
- Fávero, L. P., Belfiore, P., Silva, F. L. da, & Chan, B. L. (2009). Regressão Logística e Regressão Logística Multinomial. Em *Análise de Dados: Modelagem Multivariada para Tomada de Decisões* (p. 439–465). Elsevier.

- Feldman, S. R., Zhao, Y., Shi, L., Tran, M. H., & Lu, J. (2015). Economic and comorbidity burden among moderate-to-severe psoriasis patients with comorbid psoriatic arthritis. *Arthritis Care and Research*, 67(5), 708–717. <https://doi.org/10.1002/acr.22492>
- Ferdinando, L. B., Fukumoto, P. K., Sanches, S., Fabricio, L. H. Z., & Skare, T. L. (2018). Metabolic syndrome and psoriasis: A study in 97 patients. *Revista da Associacao Medica Brasileira*, 64(4), 368–373. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.64.04.368>
- Ferreira, A. C. A. de F., Anjos, F. S. A. dos, Yoshino, P. M., Hall, L. S., & Pinto, S. C. C. (2014). Psoríase Eritrodérmica: relato de caso e revisão bibliográfica. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 47, 185–193. <http://revista.fmrp.usp.br>
- Flório, F. M., Zanin, L., Santos Júnior, L. M. dos, Meneghim, M. de C., & Ambrosano, G. M. B. (2023). Tamanho do efeito em estudos observacionais na área de Saúde Bucal Coletiva: importância, cálculo e interpretação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(2), 599–608. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023282.09822022>
- Francisco, P. M. S. B., Donalisio, M. R., Barros, M. B. de A., Cesar, C. L. G., Carandina, L., & Goldbaum, M. (2008). Medidas de associação em estudo transversal com delineamento complexo: razão de chances e razão de prevalência. *Rev Bras Epidemiol*, 11, 347–355.
- Girolomoni, G., & Gisondi, P. (2009). Psoriasis and systemic inflammation: Underdiagnosed enthesopathy. Em *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* (Vol. 23, Número SUPPL. 1, p. 3–8). <https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2009.03361.x>
- Gonçalves, I. V., Parente, R. A., Silva, D. R. G., Cecílio, S. G., & Pereira, L. M. de O. (2023). TERAPIA BIOLÓGICA: UMA ALTERNATIVA NO TRATAMENTO DA PSORÍASE. *Revista Contemporânea*, 3(12), 31690–31710. <https://doi.org/10.56083/rcv3n12-348>
- Gonzalez, L. de A. (2018). *Regressão Logística e suas Aplicações*.
- Gottlieb, A., & Merola, J. F. (2020). Psoriatic arthritis for dermatologists. Em *Journal of Dermatological Treatment* (Vol. 31, Número 7, p. 662–679). Taylor and Francis Ltd. <https://doi.org/10.1080/09546634.2019.1605142>
- Griffiths, C. E. M., van der Walt, J. M., Ashcroft, D. M., Flohr, C., Naldi, L., Nijsten, T., & Augustin, M. (2017). The global state of psoriasis disease epidemiology: a workshop report. *British Journal of Dermatology*, 177(1), e4–e7. <https://doi.org/10.1111/bjd.15610>
- Hair, Jr. J. F., Black, W. C., & Sant’Anna, A. Schlup. (2000). *Análise multivariada de dados* (Vol. 6). Grupo A - Bookman.
- Healy, L. M. (2006). *Logistic Regression: An Overview*.
- Hosmer, D. W., & Lemeshow, S. (2013). *Applied Logistic Regression* (2º ed).
- Hulley, S. B., Cummings, S. R., Browner, W. S., Grady, D. G., & Newman, T. B. (2015). *Delineando A Pesquisa Clínica* (Artmed, Org.; 4º ed).
- Husni, M. E., Meyer, K. H., Cohen, D. S., Mody, E., & Qureshi, A. A. (2007). The PASE questionnaire: Pilot-testing a Psoriatic Arthritis Screening and Evaluation tool. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 57(4), 581–587. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2007.04.001>
- IBGE. (1990). *DIVISÃO DO BRASIL EM MESORREGIÕES E MICRORREGIÕES GEOGRÁFICAS* (J. R. Portela & M. G. Bulhões, Orgs.; Vol. 1).

- Kamiya, K., Kishimoto, M., Sugai, J., Komine, M., & Ohtsuki, M. (2019). Risk factors for the development of psoriasis. *International Journal of Molecular Sciences*, 20(18).
<https://doi.org/10.3390/ijms20184347>
- Kauark, F. da S., Manhães, F. C., & Medeiros, C. H. (2010). *METODOLOGIA DA PESQUISA: UM GUIA PRÁTICO* (1º ed). Via Litterarum.
- Kruger, K. W., Cezar, K., Vidal, A. R. C., Neto, D. A., Queiroz, M. R. P. de, & Lyon, S. (2024). Qualidade de vida de pacientes com Psoríase – uma revisão da literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, 7, 1–11.
- Li, Q., Chandran, V., Tsoi, L., O’Rielly, D., Nair, R. P., Gladman, D., Elder, J. T., & Rahman, P. (2020). Quantifying Differences in Heritability among Psoriatic Arthritis (PsA), Cutaneous Psoriasis (PsC) and Psoriasis vulgaris (PsV). *Scientific Reports*, 10(1).
<https://doi.org/10.1038/s41598-020-61981-5>
- Lima-Costa, M. F., & Barreto, S. M. (2003). Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 12(4), 189–201.
- Mahil, S. K., Wilson, N., Dand, N., Reynolds, N. J., Griffiths, C. E. M., Emsley, R., Marsden, A., Evans, I., Warren, R. B., Stocken, D., Barker, J. N., Burden, A. D., & Smith, C. H. (2020). Psoriasis treat to target: defining outcomes in psoriasis using data from a real-world, population-based cohort study. *British Journal of Dermatology*, 182(5), 1158–1166.
<https://doi.org/10.1111/bjd.18333>
- Mattos, A. B. N. de, & Ribeiro, M. G. (2024). Riscos cardiovasculares em pacientes com psoríase: Uma revisão sistemática. *Research, Society and Development*, 13(9), e7513946682. <https://doi.org/10.33448/rsd-v13i9.46682>
- Mazlin, M. B., Chang, C. C., & Baba, R. (2012). Comorbidities Associated With Psoriasis – Data from The Malaysian Psoriasis Registry. *Med J Malaysia*, 67.
- Mehrmal, S., Uppal, P., Nedley, N., Giesey, R. L., & Delost, G. R. (2021). The global, regional, and national burden of psoriasis in 195 countries and territories, 1990 to 2017: A systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2017. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 84(1), 46–52.
<https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.04.139>
- Mello, S. M. B., Medeiros, C. R., Silva, N. L. silvério, & Neves, A. N. (2014). PRINCIPAIS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM PSORÍASE: REVISÃO DE LITERATURA. *REVISTA DE TRABALHOS ACADÊMICOS UNIVERSO RECIFE*, 1.
- Melo, M. L. C. (2023). *PREVALÊNCIA DE QUEIXAS REUMATOLÓGICAS EM PORTADORES DE PSORÍASE*.
- Mendonça, L. F. de;, Sá, C. A. L. de;, Mota, R. C., Carvalho, L. L. de;, Figueiredo, S. B. C. de;, Oliveira, D. F. de S., Amaral, V. R., & Bomtempo, C. F. (2022). Psoríase: revisão bibliográfica. *Brazilian Journal of Development*, 8(6), 47432–47440.
<https://doi.org/10.34117/bjdv8n6-307>
- Miatton, A., Buja, A., Cozzolino, C., Damiani, G., & Cohen, A. (2023). The psoriasis comorbidome. *Population Medicine*, 5. <https://doi.org/10.18332/popmed/165253>

- Miot, H. A. (2019). Anomalous values and missing data in clinical and experimental studies. Em *Jornal Vascular Brasileiro* (Vol. 18). Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular. <https://doi.org/10.1590/1677-5449.190004>
- Monteiro, L. N., Coelho, A. C. B., Naves, E. B., Vieira, E. B., Ambrozio, G. de O., Banhos, H. D. S., Melo, L. de L. L. de, Melo, R. L. de, Melo, T. L. de, & Rodrigues, W. C. (2022). Singularidades da psoríase ungueal - manifestações clínicas, tratamento e prognóstico. *Brazilian Journal of Development*, 8(3), 18770–18782. <https://doi.org/10.34117/bjdv8n3-218>
- Moraes, L. G. A., & Neto, D. J. (2022). Risanquizumabe no tratamento de psoríase em placas moderada a grave: relato de caso. *Brazilian Journal of Development*, 8(1), 3439–3455. <https://doi.org/10.34117/bjdv8n1-226>
- Moscardi, E. R., & Ogava, S. E. N. (2017). PSORÍASE: ETIOLOGIA, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO. *Revista UNINGÁ Review*, 29(2), 70–74.
- Naldi, L., Conti, A., Cazzaniga, S., Patrizi, A., Pazzaglia, M., Lanzoni, A., Veneziano, L., & Pellacani, G. (2014). Diet and physical exercise in psoriasis: a randomized controlled trial. *British Journal of Dermatology*, 170(3), 634–642. <https://doi.org/10.1111/bjd.12735>
- Nikam, R. V., Gowtham, M., More, P. S., & Shinde, A. S. (2023). Current and emerging prospects in the psoriatic treatment. *International Immunopharmacology*, 120, 110331. <https://doi.org/10.1016/J.INTIMP.2023.110331>
- Olejnik, M., Adamski, Z., & Dorocka-Bobkowska, B. (2023). Psoriasis: From antiquity to the present. *Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology*, 89(1), 149–153. https://doi.org/10.25259/IJDVL_1200_2021
- Organização Mundial da Saúde, & Psoríase Brasil. (2017). *Psoríase no mundo*.
- Papaléo, C. de L. M. (2009). *ESTIMAÇÃO DE RISCO RELATIVO E RAZÃO DE PREVALÊNCIA COM DESFECHO BINÁRIO*.
- Parisi, R., Iskandar, I. Y. K., Kontopantelis, E., Augustin, M., Griffiths, C. E. M., & Ashcroft, D. M. (2020). National, regional, and worldwide epidemiology of psoriasis: Systematic analysis and modelling study. *The BMJ*, 369. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1590>
- Pascoal, G. N., Barreto, M. V., Nardelli, C., De Moraes, I. M. P., Caldeira, L. B., Valente, G. da C., Fontana, L. L., Concetto, M. B., & De Sousa, R. B. B. (2023). Psoríase: aspectos etiopatogênicos, métodos diagnósticos e condutas terapêuticas. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(3), 13189–13206. <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n3-373>
- Patrick, D., Husni, M. E., Amit, G., & Qureshi, A. A. (2011). Psoriatic Arthritis Screening and Evaluation (PASE) questionnaire and the role of dermatologists: A report from the GRAPPA 2009 Annual Meeting. *Journal of Rheumatology*, 38(3), 548–550. <https://doi.org/10.3899/jrheum.101118>
- Paula, G. A. (2024). *MODELOS DE REGRESSÃO com apoio computacional*.
- Pimentel, J. P., Vieira, R. de A., Vieira, G. de A., Lacerda, B. S., Almeida, R. do N., Lisboa, L. C. C., & Siqueira, E. C. de. (2022). Uma abordagem geral da Psoríase: revisão de literatura. *Revista Eletrônica Acervo Médico*, 20, e11125. <https://doi.org/10.25248/reamed.e11125.2022>
- Pinto, A. de S. (2022). A Epidemiologia Desconhecida da Psoríase. *Gazeta Médica*, 9, 55–59.

- Polo, T. C. F., & Miot, H. A. (2020). Aplicações da curva ROC em estudos clínicos e experimentais. Em *Jornal Vascular Brasileiro* (Vol. 19, p. 1–4). Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular. <https://doi.org/10.1590/1677-5449.200186>
- Raharja, A., Mahil, S. K., & Barker, J. N. (2021). Psoriasis: A brief overview. Em *Clinical Medicine, Journal of the Royal College of Physicians of London* (Vol. 21, Número 3, p. 170–173). Royal College of Physicians. <https://doi.org/10.7861/CLINMED.2021-0257>
- Rezende, J. M. de. (2014). PSORÍASE. PSORÍACO, PSÓRICO, PSORIÁTICO, PSORIÁSICO. *Revista de Patologia Tropical*, 43(1). <https://doi.org/10.5216/rpt.v43i1.29379>
- Richardson, S. K., & Gelfand, J. M. (2008). Update on the Natural History and Systemic Treatment of Psoriasis. *Advances in Dermatology*, 24, 171–196. <https://doi.org/10.1016/j.yadr.2008.09.006>
- Rocha, D. M., & Junior, O. M. R. (2021). Novos tratamentos farmacológicos utilizados na psoríase: revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 10(15), e312101522717. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i15.22717>
- Rodrigues, A. P., & Teixeira, R. M. (2009). Desvendando a psoríase. *RBAC*, 41, 303–309.
- Rodrigues, G. R., Figueiredo, M. C., Ravazzi, C. A., Carolina, M., Bronharo, G., Stucchi D' Alkmin, N., Cappi, J., & Braz, M. (2023). PSORÍASE VULGAR GRAVE COM RESPOSTA SATISFATÓRIA AO USO DE ANTI-INTERLEUCINA 12/23 (USTEQUINUMABE): RELATO DE CASO. *Cuid. Arte Enferm.*, 17, 310–316.
- ROMITI, L. R., SOBREIRA FERRAZ EGIDIO, L., LUCAS VICENTINI PEREIRA, E., PERRELLI ANDRADE LIMA, R., & SAMPAIO MENDES, R. (2024). TRATAMENTO DA PSORÍASE NA ERA DOS IMUNOBIOLÓGICOS. Em *Dermatologia e Procedimentos Estéticos - Edição IX* (p. 227–236). Guilherme Barroso L. De Freitas. <https://doi.org/10.59290/978-65-6029-136-2.27>
- Romiti, R., Carvalho, A. V. E. , Duarte, G. V. , & Grupo de Trabalho do Consenso Brasileiro de Psoríase da Sociedade Brasileira de Dermatologia. (2020). *PSORÍASE 2020 ALGORITMO DE TRATAMENTO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA* (3º ed). <https://www.anaisdedermatologia.org.br/pt-consenso-brasileiro-psoríase-2020-e-articulo-S2666275221002216>
- Romiti, R., Magalhães, R. F., & Duarte, G. V. (2024). Cumulative life course impairment in patients with dermatological diseases, with a focus on psoriasis. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 99(2), 269–276. <https://doi.org/10.1016/j.abd.2023.08.006>
- Santos, J. B. dos, Oliveira, G. S. de, Azevedo, M. A. de, & Cruz, R. B. (2020). Psoríase ungueal: da Identificação a abordagem profissional. *REVISTA IBERO-AMERICANA DE PODOLOGIA*, 2(1), 158. <https://doi.org/10.36271/iajp.v2i1.17>
- Santos, M. A. L., Lima, C. dos S., Góes, H. F. de O., Paixão, G. M., & Rodrigues Neto, T. dos S. (2013). PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM PSORÍASE. *Rev.para.med*, 27. <https://doi.org/10.26694/jcshuufpi.v6i1.3610>
- Santos, V. de P., Ferreira, F. R., Medeiros, A. P. P. de, & Mandelbaum, S. H. (2016). Coexistência de psoríase e comorbidades relacionadas à síndrome metabólica. *Rev Soc Bras Clin Med.*, 95–100. <http://www.rcpals.com/downloads/2007files/>

- Sargi, M. P., Rayse, J., Silva, M., Roberto, C., & Carmo, S. (2024). AMOSTRAGEM E ANÁLISE DE DADOS: UM ESTUDO DE CASO SOBRE PESQUISAS ELEITORAIS BRASILEIRAS DE 2022. *GETEC*, 14, 1–18. <https://orcid.org/0009-0008-3678-7235>. Orcid:<https://orcid.org/0000-0002-3806-9228>.
- Sarkhani, M., Rostami Mogaddam, M., Fattahzadeh-Ardalani, G., & Fouladi, N. (2023). Evaluation of the relationship between migraine and psoriasis: a case-control study. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 98(3), 316–323. <https://doi.org/10.1016/j.abd.2022.04.009>
- Schoenardie, B. O., Oliveira, R. A., Hanemann, T., Schoenardie, A. O., Ribeiro, A. L., & Boza, J. C. (2024). Necessidades não atendidas no manejo da psoríase na América Latina: revisão sistemática. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 99(2), 244–258. <https://doi.org/10.1016/j.abd.2023.04.006>
- Silva, B. F. P., & Faro, A. (2019). Regulação emocional e sintomas depressivos em pacientes portadores de psoríase. *Revista de Psicologia*, 28(2). <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2019.55656>
- Silva Neto, Z. G. (2020). *CURVA ROC PARA COMPARAÇÃO DE MODELOS DE PREDIÇÃO PARA VARIÁVEIS DICOTÔMICAS*.
- Silveira, M. B. G. da, Barbosa, N. F. M., Peixoto, A. P. B., Xavier, É. F. M., & Xavier Júnior, S. F. A. (2021). Aplicação da regressão logística na análise dos dados dos fatores de risco associados à hipertensão arterial. *Research, Society and Development*, 10(16), e20101622964. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i16.22964>
- Sociedade Brasileira de Dermatologia. (2012). *CONSENSO BRASILEIRO DE PSORÍASE 2012 - GUIAS DE AVALIAÇÃO E TRATAMENTO* (2º ed). www.sbd.org.brwww.sbd.org.brCONSENSOBRASILEIRODEPSORÍASE2012
- Spelman, L., Su, J. C., Fernandez-Peñas, P., Varigos, G. A., Cooper, A. J., Baker, C. S., Lee, M., Ring, J. M., & Thirunavukkarasu, K. (2015). Frequency of undiagnosed psoriatic arthritis among psoriasis patients in Australian dermatology practice. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 29(11), 2184–2191. <https://doi.org/10.1111/jdv.13210>
- Stokar, E., Goldenberg, G., & Sinai, M. (2014). The History of Psoriasis Corresponding Author. *PSORIASIS FORUM*, 20(0), 152–156.
- Strohal, R., Kirby, B., & Puig, L. (2014a). Psoriasis beyond the skin: An expert group consensus on the management of psoriatic arthritis and common co-morbidities in patients with moderate-to-severe psoriasis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 28(12), 1661–1669. <https://doi.org/10.1111/jdv.12350>
- Strohal, R., Kirby, B., & Puig, L. (2014b). Psoriasis beyond the skin: An expert group consensus on the management of psoriatic arthritis and common co-morbidities in patients with moderate-to-severe psoriasis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 28(12), 1661–1669. <https://doi.org/10.1111/jdv.12350>
- Suga, J. L. (2021). *PSORÍASE MODERADA À GRAVE: IMPLICAÇÕES E TERAPIAS INDICADAS*.
- Takeshita, J., Grewal, S., Langan, S. M., Mehta, N. N., Ogdie, A., Van Voorhees, A. S., & Gelfand, J. M. (2017). Psoriasis and comorbid diseases: Implications for management. Em *Journal of the American Academy of Dermatology* (Vol. 76, Número 3, p. 393–403). Mosby Inc. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2016.07.065>

- Tampa, M., Mitran, M. I., Mitran, C. I., Matei, C., & Georgescu, S. R. (2024). Psoriasis: What Is New in Markers of Disease Severity? *Medicina*, 60(2), 337. <https://doi.org/10.3390/medicina60020337>
- Tang, X., & Chen, L. (2022). The risk of organ-based comorbidities in psoriasis: a systematic review and meta-analysis. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 97(5), 612–623. <https://doi.org/10.1016/j.abd.2021.10.007>
- Teixeira, P. M., Felipe, E., Cardoso, S., Vinagre, C., Franco, P., Vinagre, V., Brito Da Silva, M., & Kerber, K. (2023). TRATAMENTO DA PSORÍASE EM ADULTOS: REVISÃO DE LITERATURA. *RECIMA21*, 4. <https://doi.org/10.47820/recima21.v4i6.3326>
- Thrastardottir, T., & Love, T. J. (2018). Infections and the risk of psoriatic arthritis among psoriasis patients: a systematic review. Em *Rheumatology International* (Vol. 38, Número 8, p. 1385–1397). Springer Verlag. <https://doi.org/10.1007/s00296-017-3873-4>
- Torres, T., Henrique, M., Oliveira, H., Rodrigues, M., Ferreira, P., Moraes, P., Alves, S., Lopes, T. C., & Cernadas, R. (2020). Management of psoriasis by family physicians: Referral algorithm and shared management with dermatology. *Acta Medica Portuguesa*, 33(13). <https://doi.org/10.20344/AMP.13159>
- Vilefort, L. A., Silva, H. S. e, Vilela, L. C., Tanaka, V. Y. T., Vianna, R. M., Sá, Y. A. de, Lisboa, A. C. C., Oliveira, M. S., Duarte, A. C. S., & Rezende, O. G. M. (2022). Aspectos gerais da psoríase: revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Científico*, 42, e10310. <https://doi.org/10.25248/reac.e10310.2022>
- Villarreal, N. A. G., Vélez, Y. T. G., Angulo, B. A. E., & Recalde, E. X. D. (2022). Psoriasis, diagnóstico y tratamiento. *RECIAMUC*, 6(1), 311–318. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.\(1\).enero.2022.311-318](https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.(1).enero.2022.311-318)
- Yamaguchi, K., Hayashi, T., Takahashi, G., Momose, M., Asahina, A., & Nakano, T. (2018). Successful Certolizumab Pegol Treatment of Chronic Anterior Uveitis Associated with Psoriasis Vulgaris. *Case Reports in Ophthalmology*, 9(3), 499–503. <https://doi.org/10.1159/000495655>
- Yan, D., Ahn, R., Leslie, S., & Liao, W. (2018). Clinical and Genetic Risk Factors Associated with Psoriatic Arthritis among Patients with Psoriasis. *Dermatology and Therapy*, 8(4), 593–604. <https://doi.org/10.1007/s13555-018-0266-x>

ANEXOS

ANEXO 1 – APROVAÇÃO CEP/CCM/UFPB

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



Continuação do Parecer: 7.208.756

Declaração de Pesquisadores	TERMO_PESQUISADORES.pdf	08/10/2024 18:25:50	ANA CARLA AQUINO DE ARAUJO FALCONE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DISPENSA_TCLE.pdf	08/10/2024 18:22:05	ANA CARLA AQUINO DE ARAUJO FALCONE	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	carta_anuencia_pesquisador.pdf	08/10/2024 13:01:06	ANA CARLA AQUINO DE ARAUJO FALCONE	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	08/10/2024 12:57:20	ANA CARLA AQUINO DE ARAUJO FALCONE	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_Pesquisa.docx	08/10/2024 12:52:27	ANA CARLA AQUINO DE ARAUJO FALCONE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PB.docx	23/08/2024 15:18:58	ANA CARLA AQUINO DE ARAUJO FALCONE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 06 de Novembro de 2024

Assinado por:
ANA ALINE LACET ZACCARA
(Coordenador(a))

ANEXO 2 – CARTA DE ANUÊNCIA REDE DE PESQUISA



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
Rua Estanislau Eloy, s/nº - Bairro Castelo Branco
João Pessoa-PB, CEP 58050-585
- <http://hulw-ufpb.ebserh.gov.br>

Carta - SEI nº 110/2024/SGPITS/GEP/HULW-UFPB-EBSEH

João Pessoa, data da assinatura eletrônica.

CARTA DE ANUÊNCIA PROVISÓRIA

1. Informo para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, estar ciente do projeto de pesquisa: **“TEMPO DE DIAGNÓSTICO DA PSORÍASE: IMPACTO NA OCORRÊNCIA DE COMORBIDADES E ARTRITE PSORIÁTICA EM PORTADORES DE PSORÍASE DE JOÃO PESSOA - PB”**, sob a responsabilidade do Pesquisador Principal **ANA CARLA AQUINO DE ARAUJO FALCONE**.
2. Declaro ainda conhecer e cumprir as orientações e determinações fixadas na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde e demais legislações complementares.
3. No caso do não cumprimento, por parte do pesquisador, das determinações éticas e legais, a Gerência de Ensino e Pesquisa tem a liberdade de retirar a anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.
4. Considerando que esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua submissão ao CEP. **Após a aprovação, o pesquisador deverá inserir o parecer no sistema Rede Pesquisa para obtenção da Carta de Anuência Definitiva.**

(assinada eletronicamente)

Annelissa A.V. de Oliveira

Matrícula: 115****

Chefe da Unidade de Gestão da Pesquisa

Portaria - SEI nº 2167, de 20 de setembro de 2023



Documento assinado eletronicamente por **Annelissa Andrade Virginio de Oliveira, Chefe de Unidade**, em 17/06/2024, às 15:31, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **39900213** e o código CRC **D1BF9918**.

Referência: Processo nº 23539.016983/2024-17 SEI nº 39900213

ANEXO 3 – PRONTUÁRIO DE PESQUISA PSORÍASE

1. <u>Identificação – Dados Biográficos</u> 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. <u>Sócio-econômicos</u> 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. <u>História da Psoríase</u>

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

Idade de Início: _____ anos

() 0 a 9 anos () 10 a 19 anos () 20 a 29 anos () 30 a 39 anos

() 40 a 49 anos () 50 a 59 anos () acima de 60 anos () não lembra

Quanto tempo demorou para o diagnóstico:

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

Quanto tempo demorou para ser atendido por um ESPECIALISTA?

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

Qual especialidade fez o diagnóstico da psoríase?

() dermatologista () reumatologista () clínico geral () geriatra () pediatra

() ginecologista () outro _____ () Não sabe

Paciente do serviço desde que ano: _____

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

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

Local de início

() 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 () Invertida () Eritrodérmica

O que mais incomoda na Psoríase

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

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

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

Quantas crises no último ano

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

Já foi internado por causa da psoríase?

() sim () não () não lembra

Quantas vezes no último ano?

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

PDI: _____ **Fenômeno de Koebner:** _____ (Sim/Não)

Prurido: _____

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Alteração Ungueal _____ (Sim/Não)

() unhas das mãos () unhas dos pés () Ambos () Não se aplica

() 1-3 () 4-6 () 7-10 () 11-13 () 14-16 () 17-20

- ☐ fragmentação da unha, crumbling ☐ hemorragia em estilhas subungueal
☐ leuconíquia ☐ paroníquia ☐ perda da unha (onicomadese)
☐ red spots ☐ traquioníquia ☐ psoríase pustulosa ungueal
☐ unha com manchas de óleo ☐ unha com manchas salmão
☐ unha descolada, onicólise ☐ unha grossa, hiperqueratose subungueal
☐ paroníquia psoriásica com formação de linhas de Beau
☐ unha com pontinhos, depressões cupuliformes, pitting
☐ No momento sem alteração, porem já tive no passado

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

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

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

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

- () metotrexato () acitretina (neotigason®) () ciclosporina () hidroxiureia
() Ácido fumárico () Azatioprina (imuran®) () Colchicina () dapsona

6. Artrite Psoriásica

Dores articulares _____ (Sim/Não)

Idade de Início: _____ Anos

() Axial () Periférica

() Rigidez matinal () Entesite () Dactilite

Tempo de duração: _____ PASE: _____

7. Comorbidades

DOENÇA	ANO DE DIAGNÓSTICO	MEDICAÇÕES UTILIZADAS
Alergias		
Hipertensão arterial		
Diabetes mellitus		
Cardiopatias		
Dislipidemia		
Doença tireoidiana		
Doença inflamatória intestinal		
Doença ocular		
Amigdalites de Repetição		
Uveíte		
Doença Hepática		
Coagulopatias		
Depressão		
Outras		

8. História Médica - Dados da Saúde

Sinais Vitais: FC _____ FR _____ PA _____ T _____

Adoece com frequência? _____ (Sim/Não)

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

Já se submeteu a cirurgias? _____ Qual: _____

Teve hemorragia? _____ Outra complicação: _____

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

Outras Doenças na Família: _____ Especificar: _____

9. Histórico Vacinal

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

() Sim, tomei TODAS as vacinas na infância e TODAS no adulto

() Não, apenas tomei TODAS as vacinas na infância, e POUCAS no adulto

() Não, apenas tomei TODAS as vacinas na infância, e NENHUMA no adulto

() Não me lembro de ter sido vacinado

VACINAS	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: _____ Quadril: _____

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: _____

() 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:

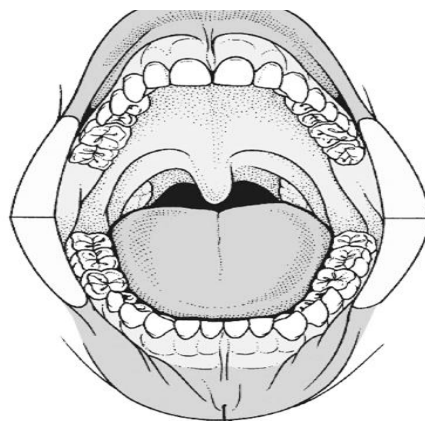
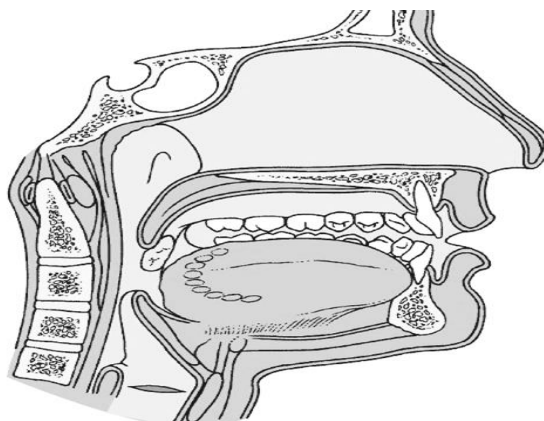
() Braquifacial () Mesofacial () Dolicofacial

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

Graduação 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:

☐ Morde Objetos ☐ Morde lábios ☐ Bruxismo ☐ Apertamento

Uso prolongado:

☐ Mamadeira ☐ Chupeta ☐ Falta de Aleitamento Materno

14. Avaliação da Voz

Variação no tom e no ritmo da voz: ☐ manhã ☐ tarde ☐ noite

Tensão ao comunicar-se com outras pessoas: ☐ nunca ☐ às vezes ☐ sempre

Voz rouca e seca: ☐ sim ☐ não

Esforço na voz para sair: ☐ nunca ☐ às vezes ☐ sempre

Falha na voz no meio da fala: ☐ nunca ☐ às vezes ☐ sempre

Há uma dificuldade das pessoas lhe compreender ao telefone: ☐ sim ☐ não

Faz alguma atividade que exige o uso da voz fora do ambiente de trabalho: ☐ sim ☐ não

Qual: _____

Quanto aos seus hábitos vocais:

☐ Grita ☐ Fala muito ☐ Fala realizando atividades Físicas ☐ Fala carregando peso

☐ Bebe água durante o uso da voz

Sensações com a garganta durante a fala:

☐ Picada ☐ areia ☐ Bola ☐ Pigarro ☐ Tosse Seca ☐ Dor ao falar

☐ Dificuldade ao engolir ☐ Garganta Seca ☐ Esforço ao falar ☐ Cansaço ao falar

Sinais e sintomas:

☐ Roquidão ☐ Perda da Voz ☐ Perda da voz ☐ Voz fina/ grossa ☐ Voa fraca

Ao abrir a boca ao mastigar:

☐ Estalos ☐ Sensação de areia ☐ Desvio de queixo

☐ Dificuldade de abrir a boca e morder o alimento

ANEXO 4 – PASI

Quadro 1 - Índice de Gravidade e Extensão das Lesões Psoriásicas Utilizadas para Cálculo do PASI (adaptado de Feldman SR e Krueger GG) (42)

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

Quadro 2 - Cálculo do *Psoriasis Area and Severity Index* (PASI) (adaptado de Feldman SR e Krueger GG) (42)

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)				

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

** Baseado no Quadro 1.

ANEXO 5 – PASE

Os seus distúrbios	Falso	A maioria das vezes falso	Não sei	A maioria das vezes verdadeiro	Definitivamente verdadeiro
1. Eu me sinto cansado na maior parte do dia.	1	2	3	4	5
2. Minhas juntas doem.	1	2	3	4	5
3. A minha coluna dói.	1	2	3	4	5
4. Minhas juntas ficam inchadas.	1	2	3	4	5
5. Minhas juntas ficam quentes.	1	2	3	4	5
6. As vezes, um dedo da mão ou do pé fica inchado por inteiro, parecendo uma salsicha.	1	2	3	4	5
7. Eu percebi que a dor nas minhas juntas passa de uma para a outra, por exemplo, meu punho dói alguns dias, depois o meu joelho e ai vai.	1	2	3	4	5

Nota dos Sintomas – máximo 35 pontos.

Faça a soma dos itens 1 a 7 e anote aqui o resultado _____ (A).

A sua capacidade nas atividades diárias	Falso	A maioria das vezes falso	Não sei	A maioria das vezes verdadeiro	Definitivamente verdadeiro
8. Eu sinto que o problema das minhas juntas esta afetando a minha capacidade de trabalhar.	1	2	3	4	5
9. O problema das minhas juntas afetou a minha capacidade de cuidar de mim, por exemplo, colocar roupa ou escovar os dentes.	1	2	3	4	5
10. Eu tive dificuldade para colocar anéis nos meus dedos ou o meu relógio.	1	2	3	4	5
11. Eu tive dificuldade para entrar ou sair de um carro.	1	2	3	4	5
12. Eu não consigo ser tão ativo quanto costumava ser.	1	2	3	4	5
13. Eu me sinto rígido para mais de duas horas quando acordo de manhã.	1	2	3	4	5
14. A manhã é o pior momento do dia para mim.	1	2	3	4	5
15. Demoro alguns minutos para conseguir me movimentar normalmente, em qualquer momento do dia.	1	2	3	4	5

Nota Funcional – máximo 40 pontos.

Faça a soma dos itens 8 a 15 e anote aqui o resultado _____ (B).

NOTA MÁXIMA DO QUESTIONÁRIO (PASE) – MÁXIMO 75 PONTOS.

SOME (A) + (B) E ANOTE AQUI O RESULTADO FINAL _____ (C).

ANEXO 6 – DLQI

ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA EM DERMATOLOGIA - DLQI-BRA

Este questionário visa a medir o quanto o problema de pele que você tem afetou sua vida durante a semana que passou.

Escolha apenas uma resposta para cada pergunta e marque um X sobre a alternativa correspondente.

1. O quanto sua pele foi afetada durante a semana que passou por causa de coceira, inflamação, dor ou queimação?

3 realmente muito	2 bastante	1 um pouco	0 nada
-------------------	------------	------------	--------

2. Quanto constrangimento ou outro tipo de limitação foi causado por sua pele durante a semana que passou?

3 realmente muito	2 bastante	1 um pouco	0 nada
-------------------	------------	------------	--------

3. O quanto sua pele interferiu nas suas atividades de compras ou passeios, em casa ou locais públicos, durante a semana que passou?

3 realmente muito	2 bastante	1 um pouco	0 nada/sem relevância
-------------------	------------	------------	-----------------------

4. Até que ponto sua pele interferiu na semana que passou com relação às roupas que você normalmente usa?

3 realmente muito	2 bastante	1 um pouco	0 nada/sem relevância
-------------------	------------	------------	-----------------------

5. O quanto sua pele afetou qualquer uma das suas atividades sociais ou de lazer na semana que passou?

3 realmente muito	2 bastante	1 um pouco	0 nada/sem relevância
-------------------	------------	------------	-----------------------

6. Quão difícil foi para você praticar esportes durante a semana que passou?

3 realmente muito	2 bastante	1 um pouco	0 nada/sem relevância
-------------------	------------	------------	-----------------------

7. Sua pele impediu que você fosse trabalhar ou estudar durante a semana que passou?

3 sim	0 não	0 sem relevância
-------	-------	------------------

Em caso negativo, sua pele já foi problema para você no trabalho ou na vida escolar?

2 bastante	1 um pouco	0 nada
------------	------------	--------

8. Quão problemática se tornou sua relação com o(a) parceiro(a), amigos próximos ou parentes, por causa de sua pele?

3 realmente muito	2 bastante	1 um pouco	0 nada/sem relevância
-------------------	------------	------------	-----------------------

9. Até que ponto sua pele criou dificuldades na sua vida sexual na semana que passou?

3 realmente muito	2 bastante	1 um pouco	0 nada/sem relevância
-------------------	------------	------------	-----------------------

10. Até que ponto seu tratamento dermatológico criou problemas para você na semana que passou?

3 realmente muito	2 bastante	1 um pouco	0 nada/sem relevância
-------------------	------------	------------	-----------------------