



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA

**LOANA MARQUEZ ANDRADE
MÁRJORIE SOUZA BANHOS
THAÍS MESQUITA MEDEIROS**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM
PSORÍASE. Serviço de Dermatologia UFPA/FSCM-PA, janeiro de 2002 a
abril de 2007**

**Belém
2007**

**LOANA MARQUEZ ANDRADE
MÁRJORIE SOUZA BANHOS
THAÍS MESQUITA MEDEIROS**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM
PSORÍASE. Serviço de Dermatologia UFPA/FSCM-PA, janeiro de 2002 a
abril de 2007**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado para obtenção de grau
em Medicina pela Universidade
Federal do Pará.

Orientadora: Prof^a Dr.^a Sílvia
Ferreira Rodrigues Müller .

**Belém
2007**

**LOANA MARQUEZ ANDRADE
MÁRJORIE SOUZA BANHOS
THAÍS MESQUITA MEDEIROS**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM
PSORÍASE. Serviço de Dermatologia UFPA/FSCM-PA, janeiro de 2002 a
abril de 2007**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado para obtenção de grau
em Medicina pela Universidade
Federal do Pará.

Banca examinadora:

Orientadora

Nome/ Instituição

Nome/ Instituição

Aprovado em: ___/___/___

Conceito: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais que muitas vezes abriram mão de seus sonhos para tornarem os meus reais, ao meu irmão, ao meu amor Giuseppe e meus amigos por serem fonte de constante incentivo e acima de tudo a Deus pela oportunidade de exercer a medicina.

Thaís Mesquita Medeiros

Aos meus pais, Eduardo e Rute, pela dedicação, amor e incentivos a minha formação profissional.

À minha avó, Carolina, pelo exemplo de vida e fé.

Aos meus tios, Daniel e Vera, pelo carinho e apoio.

Às minhas irmãs, Valéria e Lígia, pela união e amizade.

Às minhas amigas Thaís, Márjorie, Dani, Bruna, Alzira e Daia companheiras em toda trajetória da faculdade.

Loana Marquez Andrade

À Deus, pela vida, força e saúde que me possibilitaram alcançar mais essa vitória;
Ao meu pai, Paulo Banhos, pelo incentivo de sempre e pela total confiança em minha capacidade;

À minha mãe, Silvia Banhos, pelo exemplo de vida e dedicação desmedida à família;

À minha avó, Nazaré Souza, por tudo que fez por mim;

Ao meu avô, Hélio Hugo da Costa Souza (in memoriam);

Ao meu marido, Sergio Carepa, pelo amor e companheirismo;

Aos meus tios, primos e primas;

À Loana Marquez e Thaís Medeiros, minhas companheiras de trabalho;

Aos meus amigos e colegas de turma, por termos caminhado juntos nessa conquista;

Márjorie Souza Banhos

AGRADECIMENTOS

À Professora Dr^a. Sílvia Ferreira Rodrigues Müller, pelo apoio a este projeto e por seus ensinamentos profissionais e éticos.

À Professora Sílvia Bahia, pela disponibilidade e atenção.

Aos pacientes, por contribuírem com suas histórias de vida sem as quais não seria possível a realização desta pesquisa.

Aos funcionários do Serviço de Dermatologia, do Departamento de Patologia Tropical e FSCM-PA, pelo atendimento e auxílio a consulta dos prontuários.

“O futuro pertence àqueles que acreditam na beleza dos seus sonhos”
Eleanor Roosevelt

RESUMO

A psoríase tem um importante impacto na qualidade de vida e bem estar dos portadores da doença. Diferentes estudos relatam prejuízos de ordem social, física e psicológica aos pacientes. **Objetivos:** Avaliar a qualidade de vida dos pacientes com diagnóstico de psoríase, matriculados no Serviço de Dermatologia UFPA/ FSCM-PA, no período de janeiro de 2002 a abril de 2007. **Casuística e Métodos:** Os pacientes foram selecionados a partir do livro de matrícula do serviço ambulatorial. Em seguida, foi agendada uma entrevista, na qual se respondia o protocolo padrão do estudo; aplicava-se o Índice de Incapacidade causado pela Psoríase (PDI), instrumento que propõe a avaliação da qualidade de vida; e classificava-se a extensão da doença, utilizando como parâmetro a palma da mão do paciente como equivalendo a 1% de sua superfície corporal. **Resultados:** Trinta pacientes compareceram à entrevista e concordaram em participar do estudo. Houve prevalência do sexo feminino com 66,7% e a média de idade foi de 51,1 anos. A maioria dos entrevistados apresentava a forma clínica vulgar (93,3%). A média do índice de incapacidade da psoríase (PDI) foi 12,1 representando um comprometimento de 26,8% da qualidade de vida global. Das áreas pesquisadas pelo PDI a mais afetada foi a das atividades diárias que alcançou 36,7% da incapacidade máxima. Pacientes com psoríase grave (>10% da SAC afetada), apresentaram maior comprometimento da qualidade de vida do que os pacientes com psoríase moderada (2% a 10% da SAC) e estes por sua vez apresentaram maior prejuízo do que aqueles com psoríase leve ($p = 0.0338$). Foi encontrada também relação estatisticamente significativa entre pacientes mais jovens e maiores valores de PDI.

Conclusão: A psoríase tem um impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes, havendo uma correlação entre gravidade das lesões e maior prejuízo na qualidade de vida, cuja percepção foi pior em pacientes mais jovens, com idade entre 21 e 40 anos, indicando que indivíduos nessa faixa etária são mais afetados pelo estigma da doença.

Palavras chaves: Psoríase, qualidade de vida e Índice de Incapacidade da Psoríase (PDI).

ABSTRACT

Background: Psoriasis has a profound effect on the lives and well being of patients with the disease. Different studies have reported of social, physical and psychological disadvantages in patients with psoriasis **Objectives:** To evaluate the quality of life of the patients with diagnosis of psoriasis registered in the Service of Dermatology UFPA/ FSCM-PA, in the period of January of 2002 to the April of 2007. **Patients and Methods:** The patients had been selected from the book of register of the service. After that, an interview was set, in which, they answered the protocol standard of the study; the Psoriasis Disability Index (PDI) was applied, instrument that considers the evaluation of the quality of life. The extension of the illness was classified using as parameter the palm of the hand of the patient as being equivalent 1% of its corporal surface. **Results:** Thirty patients had appeared to the interview and had agreed to participate of the study. The majority of cases were females (66,7%) and the mean age was 51,1 years. Most respondents were diagnosed with chronic plaque psoriasis (93,3%). The mean value of PDI was 12, 1 which represents a percentage of global disability the 26,8%. Disability was greatest for the individual PDI area related to activities of daily living (36,7%). Patients with severe psoriasis (>10% of body surface area), present greater impact of quality of life than patients with moderate psoriasis (2%- 10% of body surface area) and these in turn present greater damage of that those with little involvement of psoriasis ($p = 0,0338$). The correlation between the PDI and young patients was statistically significant. **Conclusion:** Psoriasis causes a negative impact of the patient's quality of life, having a correlation between gravity and a bigger damage of the quality of life. One worse perception of the quality of life in younger patients (between 21 and 40 years old) was also found. Possibly these patients are more affected by the stigma of the illness

Key words: Psoriasis, quality of life, Psoriasis Disability Index.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
1.1. Objetivo Geral	11
1.2. Objetivos Específicos	11
2. REVISÃO DE LITERATURA	12
3. CASUÍSTICA E MÉTODOS	20
4. ASPECTOS ÉTICOS	23
5. RESULTADOS	24
6. DISCUSSÃO	38
7. CONCLUSÃO	44
REFERÊNCIAS	45
APÊNDICES	49
ANEXOS	51

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, maior atenção está sendo direcionada aos aspectos psicossociais das doenças crônicas da pele. A psoríase, uma das dermatoses que mais causa restrições aos pacientes, pode ser vista sob este enfoque, sendo considerada em um contexto em que os prejuízos físicos, psíquicos e sociais possuem igual relevância (BONAMIGO; SILVA; MÜLLER, 2006, p.144).

A psoríase é uma dermatose crônica com fases de remissão, caracterizada por lesões eritemato-descamativas. Tem distribuição universal com prevalência de 2 %. Ocorre igualmente em ambos os sexos, sendo mais freqüente na terceira década de vida (CARNEIRO; AZULAY-ABULAFIA; AZULAY, 2004, p.71) .

Fatores psicossociais podem contribuir para a exacerbação da psoríase em percentual que varia de 40% a 80 % dos casos. Esta doença pode afetar a vida profissional, social e privada do portador. O impacto na qualidade de vida dos pacientes deve ser destacado e atrair a atenção do profissional de saúde. (HAYNAL; PASINI; ARCHINARD, 2001, p.342).

Em um estudo realizado no Reino Unido envolvendo 369 pacientes com psoríase grave, observou-se que a doença provocou grande impacto na qualidade de vida. Constatou-se que apenas 150 dos 369 psoriásicos estavam trabalhando, e, desses, 59% apresentavam grau de absenteísmo bastante elevado em virtude da doença (média de 29 dias sem trabalhar por ano) (FINLAY; COLES, 1995).

Doenças cutâneas causam grande impacto na vida dos pacientes. Esse fato começou a ser avaliado de maneira sistemática, a partir da década de 80. Desde então, houve maior interesse no desenvolvimento de métodos para medir a qualidade de vida nas doenças dermatológicas (FINLAY, 1997).

Martins, Arruda e Mugnaini (2004, p.521-35) validaram para a língua portuguesa o questionário Psoriasis Disability Index (PDI, Anexo A), elaborado por Finlay, com a necessidade de se obter informações mais detalhadas sobre a qualidade de vida dos brasileiros portadores de psoríase.

A psoríase é a doença eritemato-descamativa mais comumente reconhecida, cuja patogênese é complexa e multifatorial. O aspecto dermatológico da lesão traz prejuízo estético ao indivíduo comprometido causando constrangimento e prejudicando suas atividades laborativas e sociais (UTJEK et al., 2007).

Este estudo busca enriquecer o conhecimento a cerca do perfil clínico-epidemiológico dos portadores de psoríase e avaliar o impacto na qualidade de vida desses pacientes. Ressalta-se que este tema não havia sido abordado no Serviço de Dermatologia da Universidade Federal do Pará (UFPA)/ Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCM-PA), considerado como referência para doenças dermatológicas no Pará .

1.1. Objetivo Geral

- Avaliar a qualidade de vida dos pacientes com diagnóstico de psoríase matriculados no Serviço de Dermatologia UFPA/ FSCM-PA no período de janeiro de 2002 à abril de 2007.

1.2 Objetivos Específicos:

- Identificar a forma clínica mais prevalente da doença.
- Traçar o perfil demográfico dos pacientes.
- Conhecer as repercussões da psoríase na qualidade de vida relacionada com a saúde, avaliada por meio do questionário Índice de Incapacidade causado pela Psoríase (Psoriasis Disability Index , PDI) validado para língua portuguesa.
- Classificar clinicamente os pacientes considerando a gravidade da doença.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Historicamente, a psoríase (erupção sarnenta) já era conhecida desde os tempos mais remotos, existindo sua descrição e tratamento no Papiro de Ebers, datado de 1550 a.C. Foi descrita modernamente por Robert Willan em 1801. Esta doença é uma afecção típica da espécie humana, não podendo ser reproduzida experimentalmente (COSTA, 2005, p. 06)

A psoríase tem um negativo efeito na vida e no bem estar dos pacientes, esse impacto pode ser mais significativo quando comparado a outras doenças de pele. As lesões estão associadas à dor e debilidade, afetando a vida diária do portador em suas relações sociais e profissionais. Os pacientes com psoríase apresentam dificuldades psicossociais como ansiedade, tristeza, depressão e isolamento social (DUBERTRET et al., 2006).

Um dos instrumentos específicos de avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde que possui mais experiência no âmbito internacional é o Índice de incapacidade causada pela psoríase (PDI). Está adaptado a 13 idiomas e é utilizado em mais de 20 países e tem demonstrado amplamente sua validade, confiabilidade e sensibilidade (FORASTER et al, 2007).

A psoríase é uma dermatose crônica com fases de remissão, caracterizada por lesões eritemato-descamativas. Tem distribuição universal com prevalência de 2 %. Ocorre igualmente em ambos os sexos, sendo mais freqüente na terceira e quarta década de vida (CARNEIRO; AZULAY-ABULAFIA; AZULAY, 2004, p.71)

Cerca de 2 % a 4% da população branca é acometida. Entre os negros esta porcentagem é bem menor. É mais freqüente no sexo feminino antes da puberdade, enquanto que no homem o início é mais tardio entre os 15 e 30 anos. Em apenas 2% se instala após 60 anos. É comum haver história familiar. O estado geral do paciente não é afetado, exceto pelo estigma psicológico, a menos que haja artrite grave ou esfoliação resistente ao tratamento (COSTA, 2005, p.07)

Fatores psicossociais podem contribuir para a exacerbação da psoríase em percentual que varia de 40% a 80 % dos casos. Esta doença pode afetar a vida profissional, social e privada do

portador. O impacto na qualidade de vida dos pacientes que deve ser destacado e atrair a atenção do profissional de saúde. (HAYNAL; PASINI; ARCHINARD, 2001, p.342).

Segundo Tabora, Weber e Freitas (2005, p. 351), em um estudo realizado no serviço de dermatologia da Universidade Luterana do Brasil, a psoríase ocupou o segundo lugar (27,6%), juntamente com vitiligo, entre as doenças dermatológicas que se encontram no espectro dos transtornos psicocutâneos, perdendo apenas para acne vulgar com 28,9% .

De causa desconhecida, sabe-se, entretanto, que tem base hereditária, provavelmente multifatorial, o que significa dizer que é de herança poligênica e requer fatores ambientais para sua expressão. Estudos dos Antígenos Leucocitários de Histocompatibilidade (HLA) da classe I mostram uma associação com HLA-B, tipos B13, B17, B27, B37, B38, B39, DR4, DR7 e recentemente Cw6 e em japoneses Cw3 e Cw7 (CARNEIRO; AZULAY-ABULAFIA; AZULAY, 2004, p.71).

A partir da presença de um antígeno na pele, teria início o processo de captação do mesmo pelas células apresentadoras de antígeno, seu processamento e apresentação às células CD4, com proliferação de queratinócitos e liberação de citocinas. O fato desse processo ser continuado na psoríase, deve-se a falha dos queratinócitos em responder às citocinas supressoras produzidas pelas células CD4, como IFN gama, TNF alfa e TGF beta, que inibiriam a proliferação. (SAMPAIO; RIVITTI, 2001).

Estudos sugerem que os linfócitos de pacientes com a doença são capazes de induzir o crescimento anormal dos queratinócitos e vasos sanguíneos da derme. Se esses dados forem corroborados, a psoríase é um distúrbio do sistema imune capaz de provocar a ativação e o crescimento desordenado de certas células da pele (MURPHY; MIHM, 2000, p.1073).

Outras possíveis causas de psoríase, que podem explicar tanto a proliferação epidérmica como a inflamação, são defeitos bioquímicos específicos incluindo anormalidades no AMP cíclico, no ácido araquidônico e seus metabólitos, no metabolismo das poliaminas, proteases, anti-proteases e várias enzimas intracelulares (SAMPAIO; RIVITTI, 2001).

Na epiderme dos psoriásicos, há discreto aumento de produtos decorrentes da metabolização do ácido araquidônico, via ciclooxigenase, como as prostaglandinas; no entanto

existe um notável aumento de produtos da metabolização do ácido araquidônico via lipoxigenase, tais como leucotrienos e ácido eicosatetraenóico, potentes fatores quimiotáticos para leucócitos (CARNEIRO; AZULAY-ABULAFIA; AZULAY, 2004, p.71-2)

A anormalidade principal da psoríase é uma alteração na cinética celular dos queratinócitos, sendo a mais significativa o encurtamento do ciclo celular e o aumento da produção normal de células epidérmicas. Alguns estudos comprovaram que os fenômenos imunológicos são fatores importantes na patogenia da psoríase, visto que os medicamentos imunossupressores são extremamente eficazes para provocar remissão total da doença (FITZPATRICK et al., 1998, p78-79).

As lesões estabelecidas da psoríase possuem um quadro histológico característico. O aumento da renovação das células epidérmicas resulta em acentuado espessamento da epiderme (acantose) com alongamento regular das criptas interpapilares para baixo. O estrato granuloso está adelgado ou ausente, observa-se uma extensa camada paraceratótica subjacente, atrofia das áreas suprapapilares e papilas dérmicas com capilares dilatados e tortuosos. Os neutrófilos formam pequenos agregados no interior de focos espongiiformes da derme superficial (pústulas espongiiformes) e no estrato córneo paraceratótico (microabscesso de Munro). (MURPHY; MIHM, 2000, p.1073).

Diversos fatores têm sido implicados no desencadeamento ou na exacerbação da psoríase, como trauma cutâneo dos tipos físico, químico, elétrico, cirúrgico e inflamatório; infecções pelo estreptococo beta-hemolítico e pelo vírus da imunodeficiência humana; certas drogas como lítio, betabloqueadores, antimaláricos e antiinflamatórios não hormonais; estresse emocional; distúrbios endócrinos; ingestão aumentada de álcool; variações climáticas (SAMPAIO; RIVITTI, 2001).

As formas de apresentação clínica que comprometem a pele são: psoríase vulgar ou em placas, psoríase gutata ou em gotas, psoríase eritodérmica e psoríase pustulosa. (TAKAHASHI, 2006, p. 21).

A psoríase vulgar se manifesta tipicamente por lesões eritemato-descamativas, de limites bem precisos e em muitos casos com halo periférico claro (halo de woronoff), variando desde alguns milímetros a grandes placas. As lesões são geralmente simétricas e localizadas na face extensora dos membros, contudo há casos de localização em áreas de flexão, psoríase invertida, mais freqüente em melanodérmicos e pessoas com infecção pelo HIV. As lesões em geral não são

pruriginosas e há fenômeno de Köebner (CARNEIRO; AZULAY-ABULAFIA; AZULAY, 2004; SAMPAIO; RIVITTI, 2001).

O comprometimento do couro cabeludo constitui um problema especial, assim como a que atinge a área anogenital, essas duas áreas em geral são pruriginosas, resultando na liquenificação e koebnerização. Em geral a doença não causa queda de cabelos e são evidenciadas placas com descamação espessa em couro cabeludo, exsudação e fissuras, em especial atrás das orelhas (FITZPATRICK et al., 1997).

A forma em gotas caracteriza-se por lesões eritemato-escamosas de poucos milímetros a 1,5 cm de diâmetro em tronco e raiz de membros. Ocorre geralmente em crianças e adultos jovens e 56% a 85% dos doentes apresentam evidências de infecção estreptocócica uma a duas semanas antes do início do quadro, geralmente infecção de vias aéreas superiores. A resolução do quadro ocorre em poucos meses em 30% dos pacientes (TAKAHASHI, 2006, p. 23)

A psoríase é classificada como eritrodérmica quando toda a pele está acometida, ocorre um eritema universal com descamação discreta. A forma eritrodérmica pode ocorrer durante o curso da doença, mas em geral, é desencadeada por interrupções abruptas de corticoterapia ou exarcebações da doença em pacientes com AIDS. Além disso, a vasodilatação generalizada pode levar a perda excessiva de calor, alterando a termorregulação (SAMPAIO; RIVITTI, 2001).

Pequena percentagem dos pacientes com psoríase evolui com pústulas macroscópicas, sendo chamada psoríase pustulosa. Pode ocorrer acometimento localizado, sendo chamada de psoríase palmo-plantar ou a disseminação generalizada com formas agudas circinadas (von Zumbusch) e a gestacional (impetigo herpetiforme) (CARNEIRO; AZULAY-ABULAFIA; AZULAY, 2004, p.71)

Psoríase pustulosa aguda generalizada (von Zumbusch) é a forma clínica da psoríase potencialmente fatal, com início súbito, caracterizado por um eritema ardente que se dissemina em algumas horas, em seguida aparecem pústulas sobre as áreas vermelhas e ocorre a confluência dessas pústulas formando “lagos” purulentos. As lesões dermatológicas são acompanhadas de febre, fraqueza generalizada, mal estar grave e leucocitose. (FITZPATRICK et al., 1997).

Atualmente, emprega-se a nomenclatura psoríase pustulosa da gestação (PPG) ao impetigo herpetiforme, uma vez que as pústulas são estéreis e não há indícios de etiologia viral na história natural da doença, é uma afecção rara e potencialmente fatal, exacerbada pelas alterações hormonais da gravidez. As lesões típicas da PPG iniciam-se em área de dobras e disseminam-se centrifugamente atingindo todo corpo. Pode ocorrer queda do estado geral, febre, dor, diarreia e desidratação, taquicardia, delírio e convulsões (AZULAY-ABULAFIA et al., 2004)

A psoríase pode acometer, além da pele, mucosas, unhas e articulações. O envolvimento das mucosas é raro e não é específico. O acometimento de semimucosas é relativamente freqüente, especialmente os lábios em crianças e adolescentes e a glândula em homens adultos (TAKAHASHI, 2006, p. 23).

As unhas estão acometidas em 35-50% dos casos, com gravidade variável. As anormalidades ungueais podem ser depressões puntiformes, hiperqueratose subungueal, onicólise, onicorrexe e descoloração. Muitas vezes, o diagnóstico é confirmado após a exclusão de onicomicose dermatofítica ou pelo aparecimento de lesões cutâneas (CARNEIRO; AZULAY-ABULAFIA; AZULAY, 2004; FITZPATRICK et al., 1997; SAMPAIO; RIVITTI, 2001).

A artrite psoriática (AP) pertence ao grupo das espondiloartropatias soronegativas, tal grupo compartilha características como: associação com HLA-B27, artrite periférica assimétrica, sacroileíte, ausência de fator reumatóide e de nódulos subcutâneos (D'AMORIM; CICONELLI, 2004).

Em geral, a AP atinge 5-8% dos pacientes com psoríase cutânea, sendo que a psoríase precede a artrite em 68% dos casos, sucede em 21% e é simultânea em 11%. Na artrite psoriática ocorre associação de sinovite e entesite (KOWALSKI; CICONELLI, 2004).

Estudo de Machado et al. (2005) no ambulatório de psoríase do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba encontrou uma prevalência de 10% (n=30) de artrite psoriática em grupo de pacientes com psoríase cutânea, contudo 56% dos pacientes referiam artralguas.

A AP pode ser extremamente agressiva, deixando o paciente incapacitado para realizar funções do dia-a-dia, o diagnóstico é de exclusão e, se realizado na fase inicial, oferece

possibilidade de tratamento mais adequado, evitando complicações. O que define a presença da artrite é o exame físico adequado das articulações, já que o raio X pode estar normal (MACHADO et al, 2005).

O diagnóstico da psoríase, na maioria dos casos, pode ser feito baseado na história e no exame físico. Entretanto em pacientes com psoríase eritrodérmica, outras causas de eritrodermia generalizada devem ser excluídas. Quadros menos típicos podem exigir biópsia e exame histopatológico para o diagnóstico. (LIM, 2005, p.2878; TAKAHASHI, 2006, p. 26).

A curetagem metódica de Brocq possui um grande valor semiológico, evidenciando dois sinais clínicos: o sinal da vela e o sinal de Auspitz. O sinal da vela mostra as estratificações das escamas e o de Auspitz corresponde aos pequenos pontos de sangramento quando as escamas são removidas (orvalho sangrento). Este está ausente na psoríase invertida, pustulosa e na maioria dos casos de eritrodérmica (TAKAHASHI, 2006, p. 22).

O laboratório na psoríase é inespecífico com eventuais aumentos de ácido úrico nas formas extensas e ativas, assim como VHS, α_2 -globulina e proteína-C reativa. Nas formas pustulosas extensas, e sobretudo em formas agudas, encontra-se leucocitose. No impetigo herpetiforme é encontrada hipocalcemia (CARNEIRO; AZULAY-ABULAFIA; AZULAY, 2004, p.71)

Devido à patogênese da doença, ou seja, um desequilíbrio transitório entre moléculas, não havendo, portanto, um defeito estrutural nas células, o objetivo da terapêutica é a melhoria clínica evidente, e não a cura (CARNEIRO; AZULAY-ABULAFIA; AZULAY, 2004, p.71).

A maioria dos pacientes pode ser tratada com medicamentos de uso tópico, porém há formas graves, como a psoríase em placas - grave, pustulosa, artropática e eritrodérmica - que necessitam de medicamentos de uso sistêmico, como os agentes citotóxicos e os imunossupressores (ATAIDE et al, 2003).

No tratamento é importante ter a visão de que se trata de uma doença crônica, para assim estabelecer a associação de diferentes medicamentos ou modalidades terapêuticas, lembrando que se faz necessário o uso do esquema rotacional dos remédios, com o objetivo de não permitir que atinjam sua máxima toxicidade por uso prolongado (AZULAY et al, 1999, p.78). O tratamento vai depender do tipo de psoríase, da extensão do quadro e também

de fatores como idade, ocupação e condições gerais de saúde (SAMPAIO; RIVITTI, 2001, p.177).

Para psoríase leve a moderada, opta-se pelos tratamentos locais, podendo ser usados emolientes com ou sem o ácido salicílico, antralina e coaltar, calcitriol ou calcipotriol, tazaroteno e os mais recentes imunomoduladores para uso tópico, como o pimecrolimus e o tracolimus (CARNEIRO; AZULAY-ABULAFIA; AZULAY, 2004)

No caso da psoríase palmoplantar com ou sem acometimento ungueal, a apesar da pequena área envolvida, raramente o tratamento se limitará a produtos tópicos. Nesse caso é necessário o uso de medicação sistêmica como a dapsona, acitretin, o uso de psoraleno com UVA (PUVA) e os imunossupressores metotrexato ou ciclosporina. A psoríase do couro cabeludo requer inicialmente o reconhecimento de fatores que facilitem o fenômeno de Koebner, como no momento de pentear ou pela manipulação com arrancamento de escamas, além de xampus e eventualmente, soluções (CARNEIRO; AZULAY-ABULAFIA; AZULAY, 2004)

Quando a psoríase é moderada a extensa, iniciamos em geral com UVB de banda larga ou, mais recentemente, de banda estreita (NBUVB 311nm). A seguir, o uso do psoraleno com UVA (PUVA), método consagrado, sendo que provavelmente induz remissões mais prolongadas, porém o paciente deverá morar próximo ao centro de tratamento. Outras modalidades de fototerapia ainda em estudo são: uso de UVB sob a forma de laser e a terapia fotodinâmica. A terapêutica tópica ou sistêmica pode funcionar como coadjuvante da fototerapia, permitindo doses menores de exposição ao UV. O método REPUVA associa retinóide oral (acitretin) e PUVA, eventualmente podendo ser usada a isotretinoína oral (CARNEIRO; AZULAY-ABULAFIA; AZULAY, 2004).

Pacientes com quadros articulares leves podem ser tratados somente com antiinflamatórios não esteróides. No caso de uma ou duas articulações inflamadas, infiltração com hexacetonide de triancinolona pode ser útil. Está contra-indicada a infiltração quando houver placa de psoríase próxima à articulação, pois esta pode ser colonizada com estafilococos ou estreptococos e o procedimento pode causar infecção articular (CICORELI; KOWASKI, 2004, p.262).

Atayde et al (2003) relataram três casos de pacientes portadores de psoríase que utilizaram inadvertidamente doses elevadas de metotrexato e apresentaram ulceração das lesões cutâneas de psoríase. Os efeitos adversos cutâneos do metotrexato são raros, algumas vezes dose-dependente, outros idiossincrásicos ou relacionados com alteração de metabolização da droga, ou, ainda, interações medicamentosas.

Nos pacientes com artrite psoríase refratários a outros tratamentos, a ciclosporina A pode ser útil. Pacientes portadores do HIV tem contra-indicações ao uso de imunossuppressores (CICORELI; KOWASKI, 2004, p.262).

A chamada “terapia biológica” constitui o avanço mais recente no tratamento da psoríase está indicada naqueles casos resistentes à terapêutica convencional. (LIM, 2005, p.2879; AZULAY et al, 2004, p.79).

O alefacept é uma proteína de fusão que contém o sítio de ligação do antígeno-3 associado à função linfocitária, que se liga a marcadores CD2 na superfície das células T de memória, sendo este agente aprovado pelo FDA para tratamento da psoríase (LIM, 2005, p.2879). O etanercept é um bloqueador do fator de necrose tumoral (TNF) é aprovado no FDA para o tratamento da artrite psoriática; ele também tem demonstrado ser eficiente para as lesões de psoríase. (CARNEIRO; AZULAY-ABULAFIA; AZULAY, 2004; LIM, 2005, p.2879).

A artrite psoriática tem sido reconhecida como doença imunomediada, em que há participação de células T produtoras de citocinas (fator de necrose tumoral-alfa). O infliximab é anticorpo monoclonal que se liga e inativa o fator de necrose tumoral-alfa (LOYOLA et al, 2005).

O infliximab é usado na artrite reumatóide e tem sido relatado como medicação eficiente para lesões cutâneas de psoríase (LIM, 2005, p.2879). Apresenta como vantagem sobre a ciclosporina o tempo maior de remissão da doença, porém apresenta como fator limitante o alto custo e sua aplicação injetável (CARNEIRO; AZULAY-ABULAFIA; AZULAY, 2004)

Em estudo realizado por Olgive et al (2001) foram tratados com infliximab seis pacientes com artrite psoriática, considerados refratários à metotrexate, em razão das

crecentes evidências de participação do TNF na patogênese desses quadros. Em todos os seis pacientes houve melhora dos parâmetros analisados, porém, seu pequeno número e a falta de um grupo-controle não permitem maiores conclusões.

3 CASUÍSTICA E MÉTODOS

3.1 Tipo de estudo

O estudo epidemiológico é do tipo descritivo e transversal.

3.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada no serviço de dermatologia da UFPA/ FSCM-PA.

3.3 População de referência e de estudo

A população de referência foi constituída pelos pacientes com diagnóstico de psoríase e matriculados no serviço de dermatologia da UFPA/ FSCM-PA atendidos no período de janeiro de 2002 à abril de 2007.

3.4 Período da pesquisa

O período considerado para esta pesquisa foi de janeiro de 2002 à abril de 2007.

3.5 Critérios de inclusão da população de estudo

- Homens e Mulheres com idade superior a 16 anos.
- Ter sido matriculado período de estudo no serviço de dermatologia da UFPA/FSCM-Pa.
- Ter recebido o diagnóstico de psoríase.
- Possuir lesões de psoríase no momento da entrevista
- Possuir capacidade de compreender e concordar com os termos do estudo e de dar consentimento livre e esclarecido por escrito para participar do mesmo.

3.6 Critério de exclusão da população de estudo

- Impossibilidade de entrar em contato com o paciente para agendar a entrevista.
- Pacientes que não compareceram na entrevista.
- Pacientes que se recusaram a participar da pesquisa.

- Pacientes com história de doença psiquiátrica ou outras condições que poderiam interferir na capacidade de compreender as solicitações do estudo.

3.7 Variáveis estudadas

As variáveis estudadas foram:

- Formas clínicas da doença
- Fototipo (ANEXO B)
- Tempo de doença
- História familiar da doença
- Relação do início da doença com algum comprometimento emocional
- Características demográficas (idade, sexo, estado civil, ocupação, escolaridade).
- Comprometimento da qualidade de vida
- Área de superfície corporal acometida pela psoríase.

3.8 Procedimentos

Os números de registro dos pacientes com possível diagnóstico de psoríase no período de estudo, foram selecionados do livro de matrícula do serviço de dermatologia da UFPA/FSCM-PA. Dos 114 registros, apenas 78 pacientes tiveram o diagnóstico confirmado em seus prontuários. Dos 78 pacientes foram coletados o telefone de contato, o endereço e o tipo clínico da doença. As entrevistas foram agendadas através de ligação telefônica quando não foi possível a comunicação por telefone, foram enviadas cartas com o telefone de contato dos pesquisadores.

As entrevistas foram marcadas de acordo com a disponibilidade do paciente e mediante concordância em participar do estudo. A entrevista constituiu-se de três etapas: na primeira etapa o paciente respondeu as perguntas do protocolo padrão elaborado pelos autores do estudo (Apêndice A). Na segunda etapa, foi aplicado o questionário Índice de Incapacidade causado pela Psoríase (PDI - Anexo A) validado para língua portuguesa por Martins, Arruda e Mugnaine, o qual foi publicado em artigo nos Anais Brasileiros de Dermatologia no ano de 2004 com o título: Validação de questionário da qualidade de vida em pacientes com psoríase.

O PDI é um instrumento que propõe a avaliação da qualidade de vida de pessoas com psoríase, através de indicadores do impacto da doença sobre o estilo de vida e do cotidiano

em áreas específicas. Compreende 15 questões de múltipla escolha, sendo oito referentes a atividades rotineiras e hábitos, duas às relações interpessoais e cinco ao lazer. Cada questão apresenta quatro alternativas que se diferenciam pelo grau de intensidade do impacto da doença no cotidiano. As alternativas são pontuadas da seguinte forma: nada (zero pontos), um pouco (1 ponto), muito (2 pontos), muitíssimo (3 pontos). O PDI pode ser expresso em percentual, sendo a pontuação máxima (45 pontos) equivalente a 100% de incapacidade.

Na terceira etapa, a doença foi classificada de acordo com a sua extensão. Para avaliar a área afetada pela doença foi utilizada como parâmetro a palma da mão do paciente como equivalendo a 1% de sua superfície corporal (DUBERTRET et al., 2006). Sendo interpretada de acordo com o Consenso Brasileiro de Psoríase (2006) como leve nos pacientes que tiverem menos de 2% da superfície corporal afetada, moderada quando afetar 2% à 10% e grave acometendo mais que 10%.

Os dados obtidos foram incluídos em um banco de dados e analisados pelo programa Bioestat 4.0.

4 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa intitulada “**Avaliação da qualidade de vida dos pacientes com Psoríase. Serviço de Dermatologia UFPA/FSCM-PA, janeiro de 2002 a abril de 2007.**” envolve seres humanos de forma indireta e direta, pois manuseia dados e informações encontradas no prontuário e colhidas com os pacientes através de entrevista.

Os pacientes entrevistados assinaram previamente o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (Apêndice B), baseado nos quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

Os dados e informações foram registrados em protocolo padrão, sendo a identificação realizada somente através do número de registro no livro de matrícula dos pacientes, assegurando a confiabilidade e a privacidade do caso, cujo nome próprio em nenhum momento e em qualquer tempo será mencionado. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.

RESULTADOS

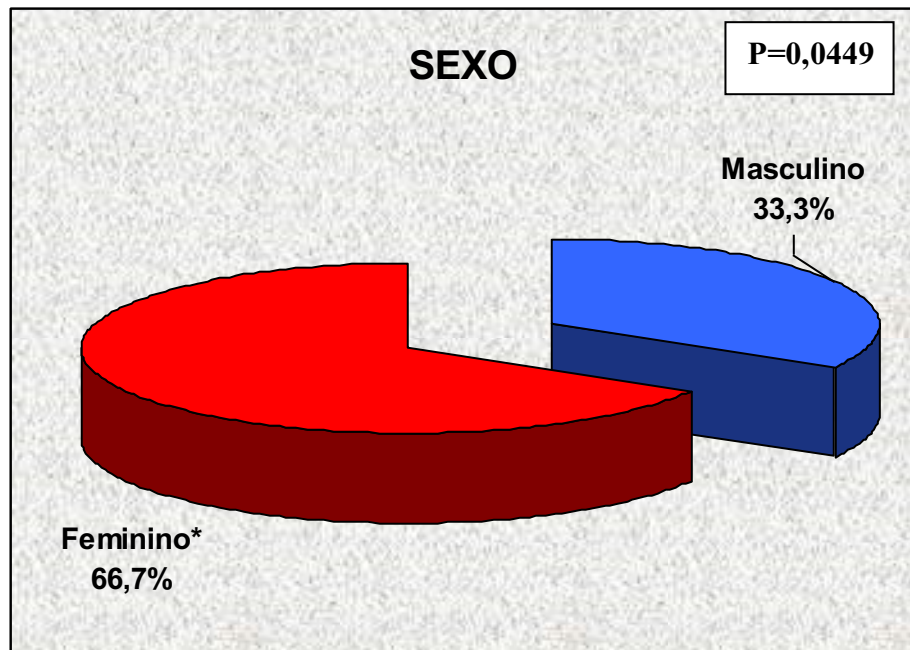
No período de janeiro de 2002 a abril de 2006 foram cadastrados 114 pacientes com o diagnóstico de psoríase no livro de matrículas do Serviço de Dermatologia UFPA/FSCM-PA. No entanto, apenas 78 pacientes tiveram diagnóstico confirmado em seus prontuários, dos quais 30 pacientes preencheram os critérios de inclusão do estudo.

Na amostra pesquisada encontrou-se prevalência do sexo feminino correspondendo a 66,7% (Figura 1). Em relação à faixa etária, observou-se maior ocorrência de indivíduos entre 41 a 60 anos (43,3%), 20% estavam distribuídos na faixa etária de 21 a 40 anos e 36,7% com idade superior a 60 anos (Figura 2). A média de idade encontrada foi de 51,1 anos, com a idade mínima de 23 anos e a máxima de 76 anos.

Tabela 1- Características demográficas dos pacientes com psoríase.

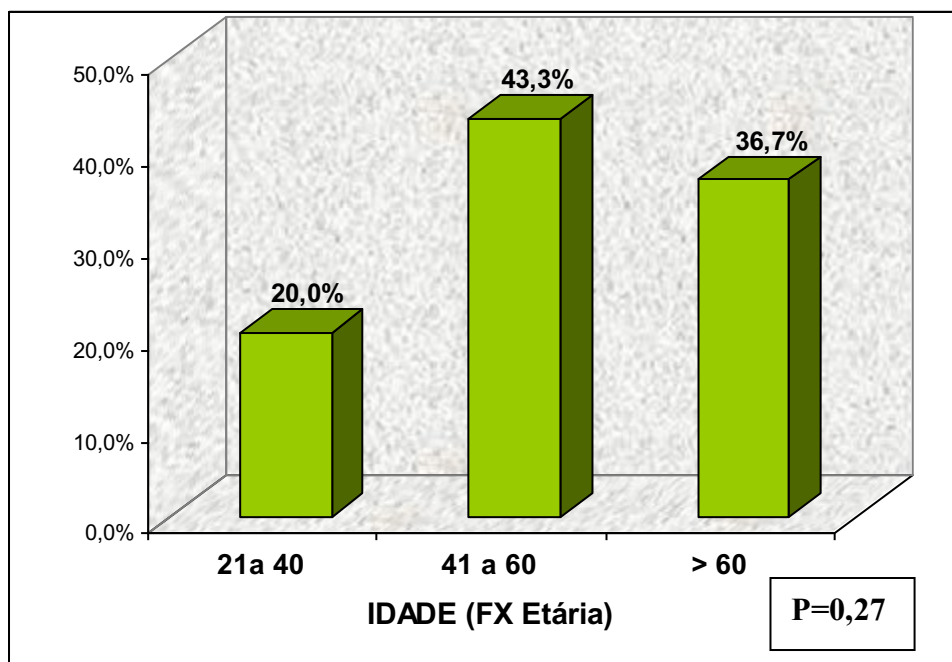
SÓCIO ECONÔMICO	Frequência	%	p-valor
IDADE (FX ETÁRIA)			0,2725
21a 40	6	20,0%	
41 a 60	13	43,3%	
> 60	11	36,7%	
SEXO			0.0449*
Masculino	10	33,3%	
Feminino*	20	66,7%	
ESCOLARIDADE			0.0037*
Ens. Fund. Incompleto	15	50,0%	
Ens. Fund. Completo	4	13,3%	
Ens. Médio Incompleto	2	6,7%	
Ens. Médio Completo	9	30,0%	
ESTADO CIVIL			0,5189
Solteiro	7	23,3%	
Casado	11	36,7%	
Amigado	5	16,7%	
Divorciado	1	3,3%	
Separado	1	3,3%	

FONTE: Protocolo de pesquisa.



FONTE: Protocolo de pesquisa

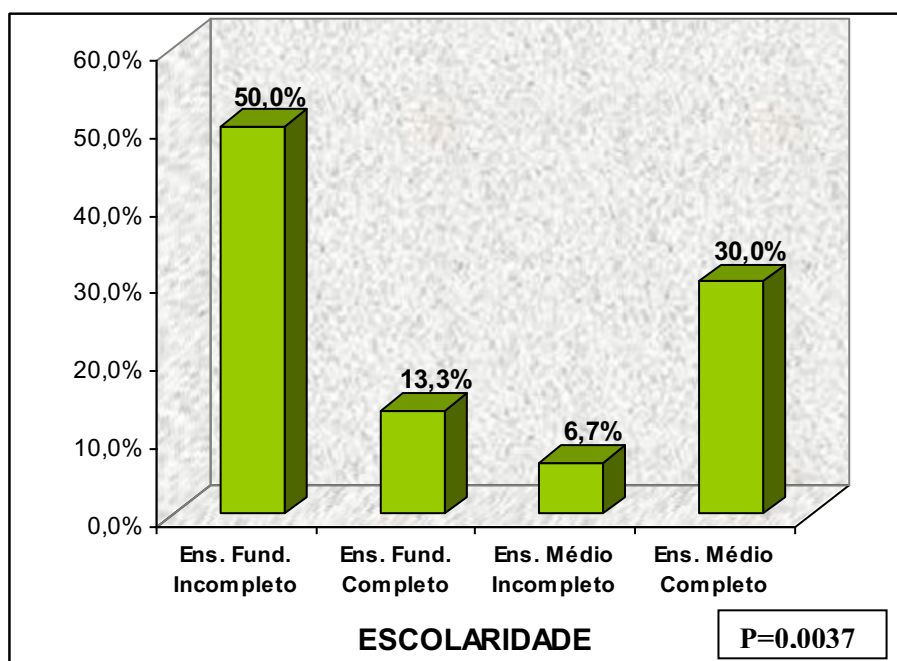
Figura 1 – Distribuição dos pacientes com psoríase por sexo.



FONTE: Protocolo de pesquisa

Figura 2- Distribuição dos pacientes com psoríase por faixa etária.

O grau de escolaridade mais freqüente na população estudada foi o Ensino Fundamental incompleto (50%). Seguido por Ensino Médio completo (30%), Ensino Fundamental completo (13,3%) e Ensino Médio incompleto (6,7%) (Figura3).



FONTE: Protocolo de pesquisa

Figura 3- Distribuição dos pacientes com psoríase por grau de escolaridade.

O fototipo III foi o mais prevalente na amostra estudada com 50% e em segundo lugar o fototipo IV com 36,7% dos pacientes. (Figura 4). No que diz respeito à forma clínica, a grande maioria dos indivíduos apresentavam a forma Vulgar (93,3%) (Figura 5). Quanto ao tempo de doença, 6,7% possuíam tempo de evolução inferior a 01 ano, 36,7% tinham de 1 a 5 anos, 33,3% de 5 a 10 anos e 23,3% tempo de doença superior a 10 anos (Figura 6).

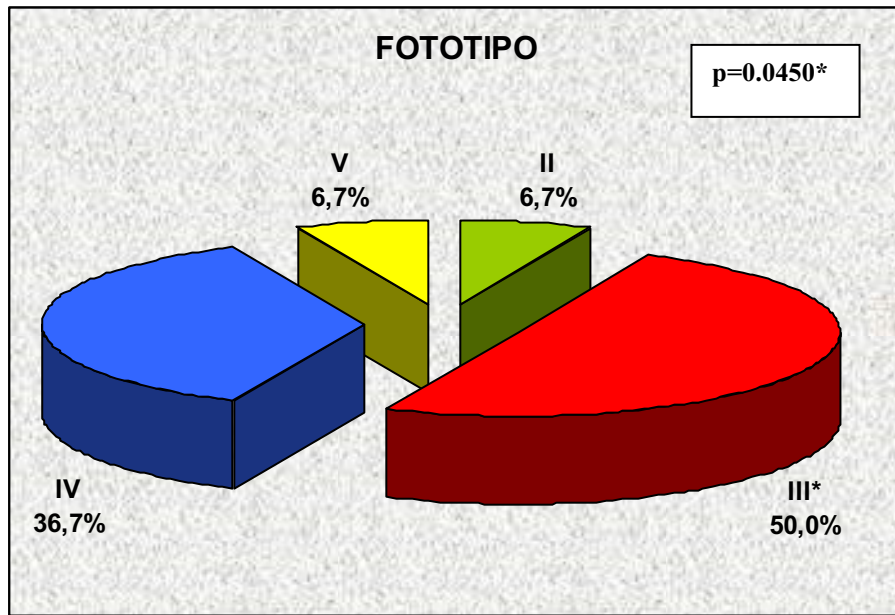
Dos entrevistados, 23,3% relataram presença de psoríase em parentes de primeiro grau, contudo este fato não representou dado estatisticamente significativo para presença da doença (figura 7). O comprometimento emocional relacionado ao início da doença foi

relatado por 33,3% dos pacientes, entretanto não constitui fator essencial no desencadeamento da psoríase p valor =0,449 (Figura 8).

Tabela 2- Características clínicas dos pacientes com psoríase.

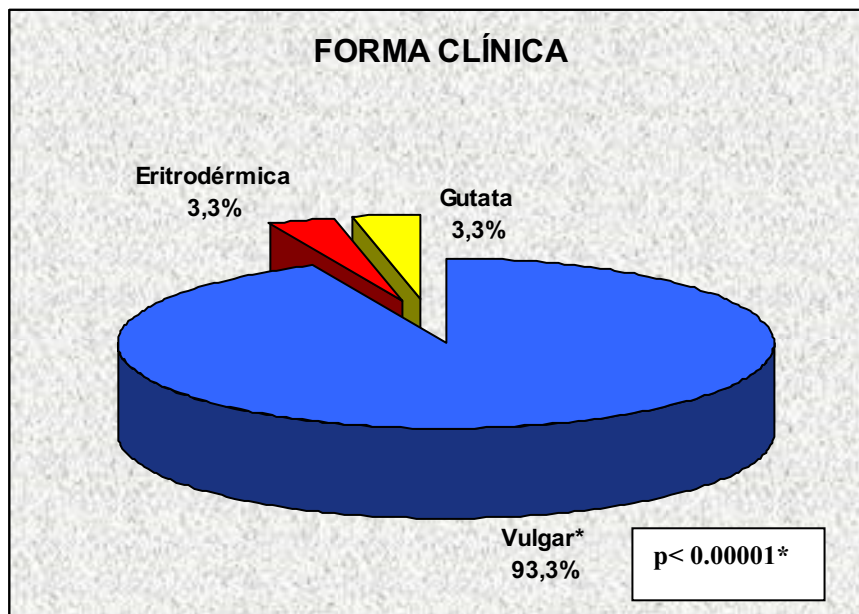
DADOS CLÍNICOS	Frequência	%	p-valor
FOTOTIPO			0.0450*
II	2	6,7%	
III*	15	50,0%	
IV	11	36,7%	
V	2	6,7%	
APRESENTAÇÃO CLÍNICA			
Vulgar*	28	93,3%	< 0.00001*
Eritrodérmica	1	3,3%	
Gutata	1	3,3%	
OUTRAS ÁREAS			
Unhas	9	30,0%	
Couro cabeludo	14	46,6%	
Articulações (artrite psoriática)	2	6,6%	
Semimucosas	1	3,3%	
TP DE DOENÇA (anos)			0,9048
Menos de 01	2	6,7%	
01 a 05	11	36,7%	
05 a 10	10	33,3%	
Mais de 10	7	23,3%	
CASOS NA FAMÍLIA			0.0062*
SIM	7	23,3%	
NÃO*	23	76,7%	
COMPROMETIMENTO EMOCIONAL			0.0449*
SIM	10	33,3%	
NÃO*	20	66,7%	

FONTE: Protocolo de pesquisa



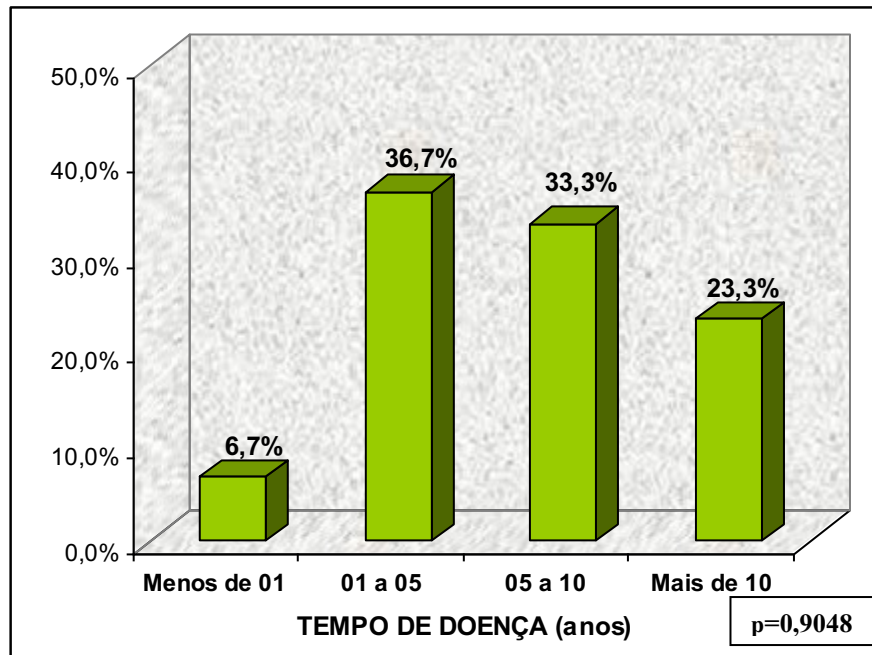
FONTE: Protocolo de pesquisa

Figura 4- Distribuição dos pacientes com psoríase de acordo com o fototipo.



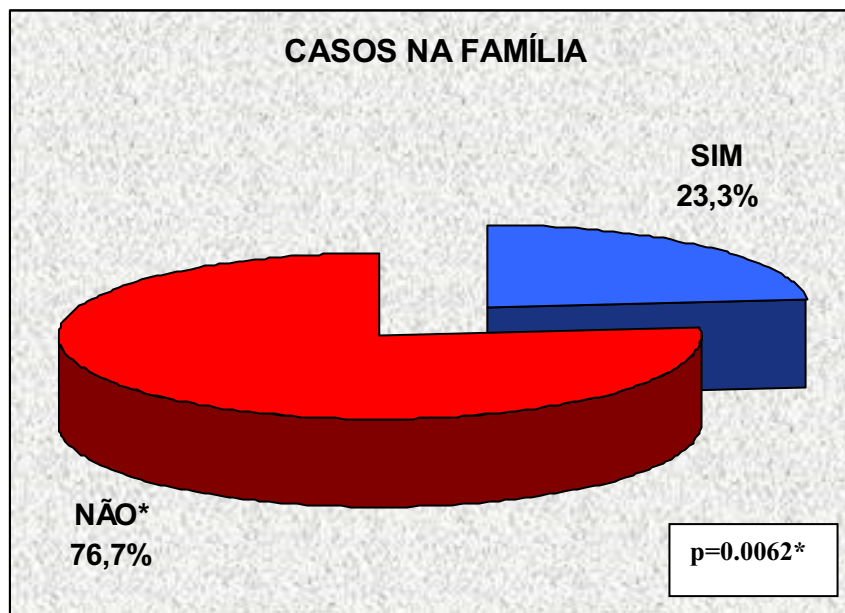
FONTE: Protocolo de pesquisa

Figura 5- Distribuição dos pacientes com psoríase de acordo com a forma clínica da doença.



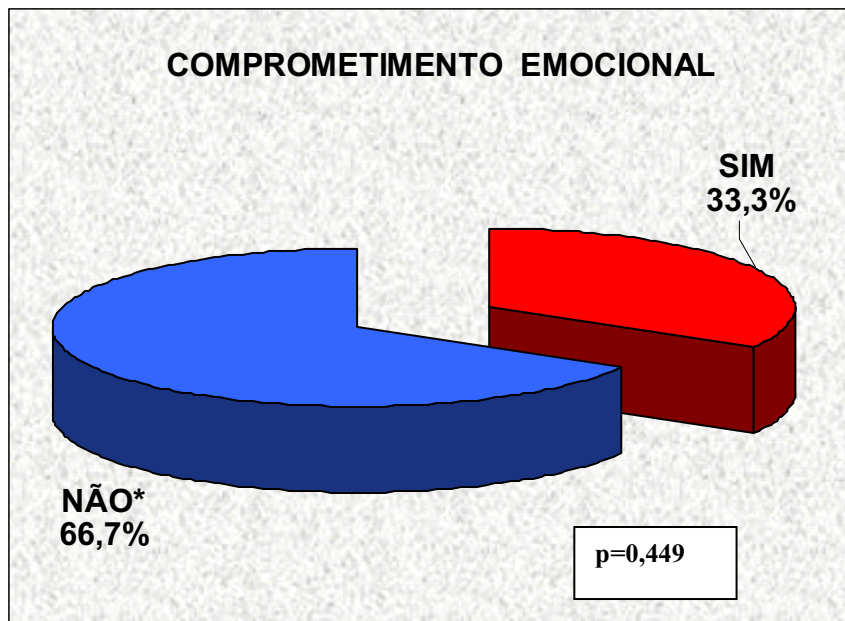
FONTE: Protocolo de pesquisa

Figura 6-Distribuição dos pacientes com psoríase de acordo com o tempo de doença.



FONTE: Protocolo de pesquisa

Figura 7- Percentual de pacientes que apresentam casos de psoríase em parentes de primeiro grau.



FONTE: Protocolo de pesquisa

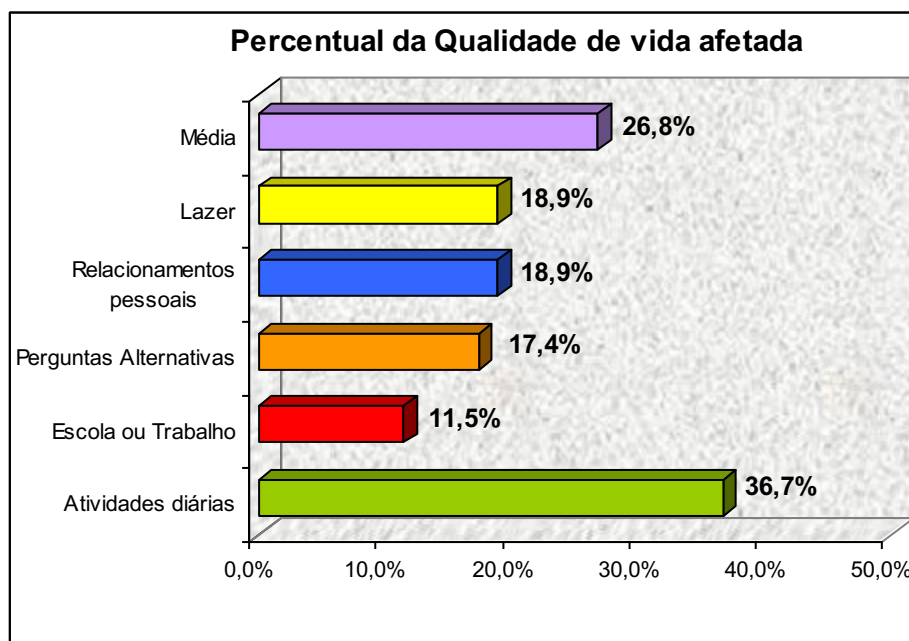
Figura 8-Percentual de pacientes que apresentaram comprometimento emocional relacionado ao início da psoríase.

A média geral de pontos do PDI foi 12,1, correspondendo a 26,8% de comprometimento da qualidade da vida global. A pontuação máxima obtida no PDI foi de 33 pontos e a mínima de 0. Em relação às áreas avaliadas no questionário, a mais afetada foi a das atividades diárias que apresentou 36.7% de comprometimento para esta área e em segundo lugar ficaram os relacionamentos pessoais e o lazer, ambos com 18,9% de comprometimento (tabela 3 e figura 9).

Tabela 3 – Pontuação média e Percentual de comprometimento da qualidade de vida em cada área específica do questionário (PDI).

PDI	Valor PDI Médio (% da qualidade de vida afetada)	Pontuação Máxima
Atividades diárias (05 itens)	5,5 (36,7%)	15
Escola ou Trabalho (03 itens)	1,0 (11,5%)	9
Perguntas Alternativas (03 itens)	1,6 (17,4%)	9
Relacionamentos pessoais (02 itens)	1,1 (18,9%)	6
Lazer (05 itens)	2,8 (18,9%)	15
Média (15 itens)	12,1	45

FONTE: Protocolo de pesquisa



FONTE: Protocolo de pesquisa

Figura 9 – Percentual da qualidade de vida afetada em cada área específica do questionário (PDI).

No questionário aplicado, o índice de incapacidade foi maior para as perguntas relacionadas às atividades dentro e fora de casa (questão 1) e atividades sociais (questão 11), sendo que 60% responderam muito ou muitíssimo para a questão 1 e 43% para a questão 11.

A pontuação mais baixa foi para as perguntas que consideraram a ocorrência de críticas ou proibições ao usar banheiros públicos (questão 13), o aumento do tabagismo/etilismo (questão 14) e as relações interpessoais (questão 10). Nesses, respectivamente, 10%, 10% e 17% dos entrevistados responderam muito ou muitíssimo.

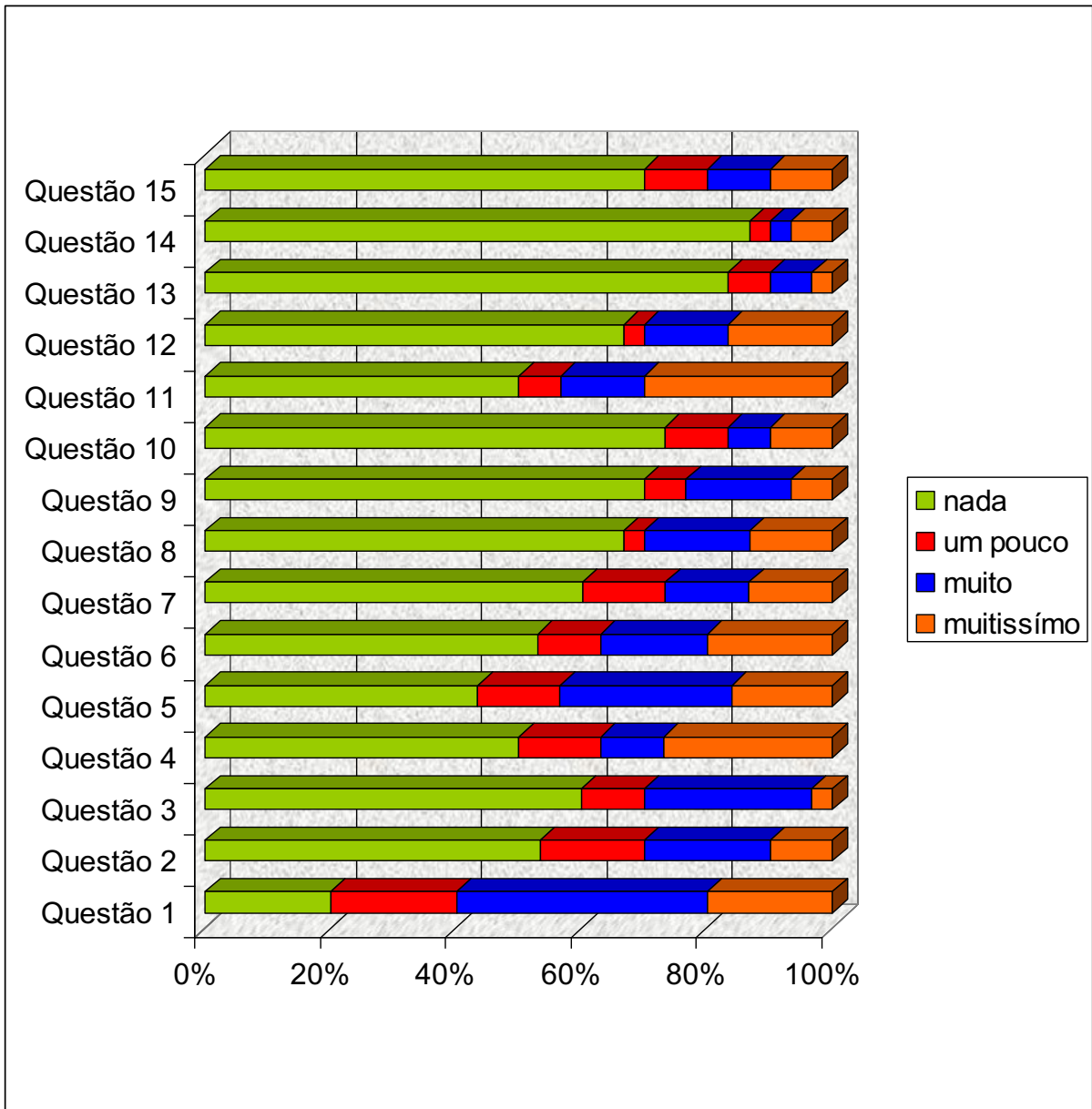


Ilustração 1

FONTE: Protocolo de pesquisa

Figura 10- Distribuição dos pacientes com psoríase de acordo com as respostas para cada pergunta do questionário (PDI).

Tabela 4- Legenda da Figura 9.

Questões	Conteúdo
Questão 1	Atividades dentro/ fora de casa
Questão 2	Escolha das roupas
Questão 3	Lavar/ Trocar roupas
Questão 4	Problemas no Barbeiro/ cabeleireiro
Questão 5	Mais banhos
Questão 6	Perder dias trabalho/ aula ou deixar de realizar suas atividades diárias
Questão 7	Impediu/ mudou o jeito de realizar as atividades
Questão 8	Afetou a carreira
Questão 9	Dificuldades sexuais
Questão 10	Relações pessoais
Questão 11	Atividades sociais
Questão 12	Dificuldades nos esportes
Questão 13	Criticado/ impedido de usar banheiros públicos
Questão 14	Aumento do tabagismo e etilismo
Questão 15	Casa mais desarrumada

FONTE: Protocolo de pesquisa

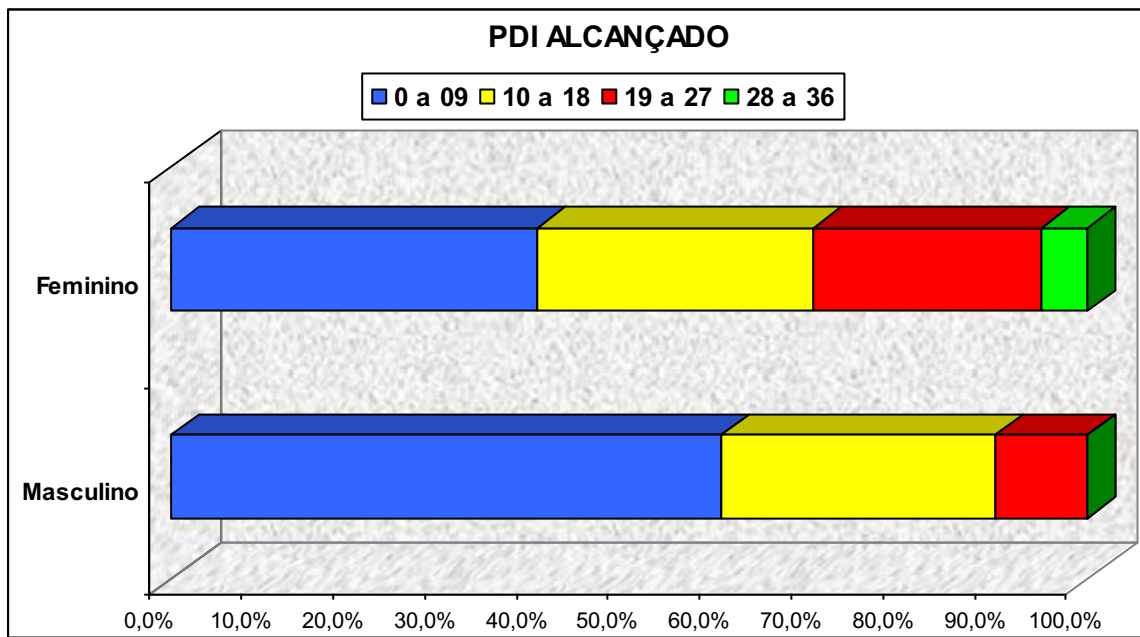
A maioria dos pacientes do sexo masculino (60%) apresentou pontuação menor ou igual a nove (9) no questionário, representando um comprometimento de até 20%. No sexo feminino 70% das pacientes apresentaram valores de PDI menor ou igual a 18, sendo que 40% pontuaram de 0 a 9 e 30% de 10 a 18 pontos. (Tabela 5 e figura11). Os homens apresentaram media do PDI de 9,6 e nas mulheres foi encontrado valor superior igual a 13,3 (Tabela 6), contudo a diferença entres essas médias não foi estatisticamente significativa $p = 0.1502$ (Teste t Student).

Tabela 5- Distribuição dos pacientes com psoríase por sexo, PDI alcançado e Percentual da qualidade de vida afetada.

PDI Alcançado	% da Qualidade de vida afetada	Masculino (n)%	Feminino (n)%
0 a 09	0 a 20%	(6) 60,0%	(8) 40,0%
10 a 18	>20% a 40%	(3) 30,0%	(6) 30,0%
19 a 27	>40% a 60%	(1) 10,0%	(5) 25,0%
28 a 36	>60% a 80%	(0) 0,0%	(1) 5,0%

$p = 0.6103$ (Qui-Quadrado)

FONTE: Protocolo de pesquisa



FONTE: Protocolo de pesquisa

Figura 11- Distribuição dos pacientes com psoríase por sexo e PDI alcançado.

Tabela 6- Média do PDI de acordo com o sexo.

SEXO	n	PDI MÉDIO
Mulheres	20	13,3
Homens	10	9,6

p = 0.1502 (Teste t Student)

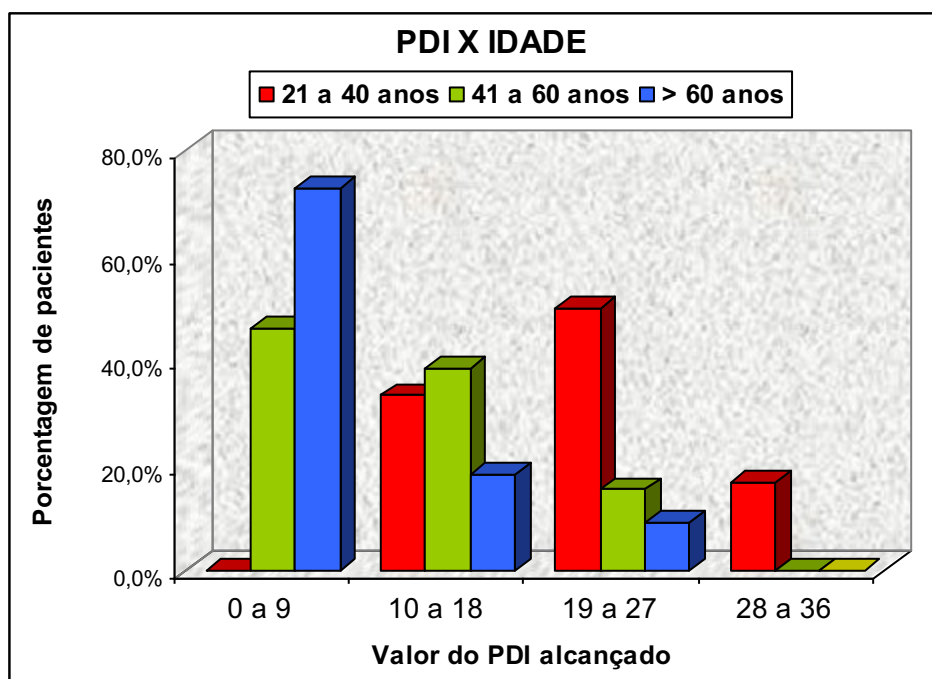
Em relação à faixa etária e ao índice de incapacidade (PDI), os pacientes de 21 a 40 anos alcançaram maior pontuação no questionário, dos quais 33,3% pontuaram de 10 a 18 e 50% apresentaram pontuação de 19 a 27 Já os pacientes da faixa etária de 41 a 60 anos e os maiores que 60 tiveram escores mais baixos (Tabela 7 e Figura 12). Foi encontrada associação entre maiores valores de PDI e pacientes mais jovens p = 0.0474 (Qui-Quadrado).

Tabela 7- Distribuição dos pacientes com psoríase por faixa etária e PDI alcançado

PDI Alcançado	% da qualidade de vida afetada	21 a 40 anos (n)%	41 a 60 anos (n)%	> 60 anos (n)%
0 a 9	0 a 20%	(0) 0,0%	(6) 46,2%	(8) 72,7%
10 a 18	>20% a 40%	(2) 33,3%	(5) 38,5%	(2) 18,2%
19 a 27	>40% a 60%	(3) 50,0%	(2) 15,4%	(1) 9,1%
28 a 36	>60% a 80%	(1) 16,7%	(0) 0,0%	(0) 0,0%

p* = 0.0474* (Qui-Quadrado)

FONTE: Protocolo de pesquisa



FONTE: Protocolo de pesquisa

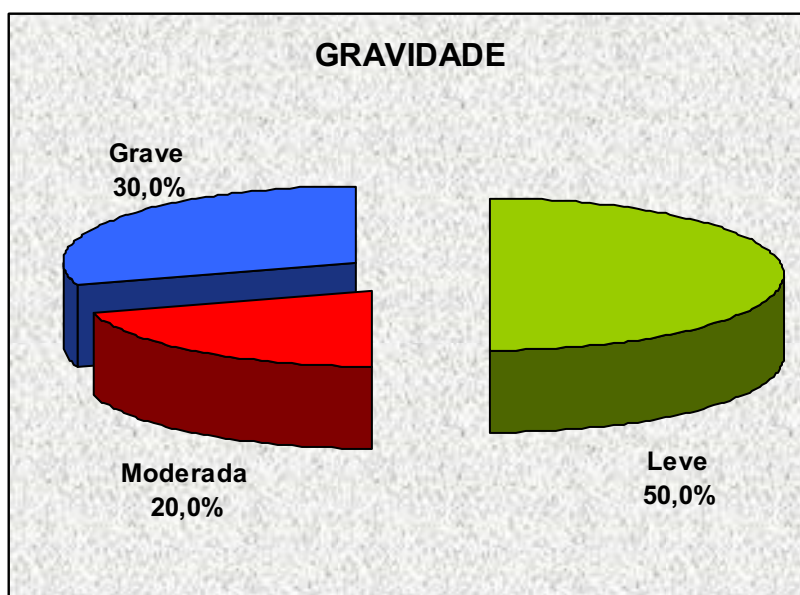
Figura 12-Distribuição dos pacientes com psoríase por faixa etária e PDI alcançado

Segundo a superfície de área corpórea (SAC) afetada, dos pacientes entrevistados, 50% apresentavam psoríase leve (< 2% SAC), 20% apresentavam psoríase moderada (2 a 10% da SAC) e 30% foram classificados como graves (> 10% da SAC). (Tabela 8 e Figura 13).

Tabela 8-Distribuição dos pacientes com psoríase de acordo com a superfície de área corpórea afetada (SAC).

GRAVIDADE	Freqüência	%
Leve (< 2% da SAC)	15	50,0%
Moderada (2 a 10% da SAC)	6	20,0%
Grave (>10% da SAC)	9	30,0%
TOTAL	30	100,0%

FONTE: Protocolo de pesquisa



FONTE: Protocolo de pesquisa

Figura 13-Distribuição dos pacientes com psoríase de acordo com a superfície de área corpórea afetada (SAC).

Os pacientes com psoríase leve, em sua maioria (71,4%) apresentaram PDI de 0 a 9. Dos que apresentavam comprometimento moderado houve prevalência do PDI 10 a 18 pontos e por fim, nos pacientes com psoríase grave 66,6% tinham PDI de 19 a 27. No entanto, não foi encontrada relação estatisticamente significativa entre PDI e superfície de área corpórea afetada com p valor igual a 0,121 (Tabela 9 e Figura 14)

Pacientes com psoríase grave, ou seja com mais de 10% de área corpórea afetada, apresentam maior comprometimento da qualidade de vida que os pacientes com psoríase moderada (2% a 10% de SAC) e estes por sua vez apresentam maior prejuízo do que aqueles que têm psoríase leve (Tabela 9).

Tabela 9 –Média do PDI dos pacientes com psoríase de acordo com a gravidade

GRAVIDADE	n	PDI MÉDIO
Leve (< 2% da SAC)	15	7,8
Moderada (2% a 10% da SAC)	6	14,3
Grave (> 10% da SAC)	9	17,7

p* = 0.0338* (Teste t - Student)

FONTE: Protocolo de pesquisa

6 DISCUSSÃO

A Psoríase é uma doença crônica inflamatória da pele com uma prevalência estimada de 2-8% em diferentes países. Essa patologia pode ter um impacto na qualidade de vida dos pacientes, pois afeta sua auto-percepção e seus relacionamentos sociais, podendo causar um substancial impacto emocional (ERMERTCAN et al., 2006, p.72).

Na pesquisa desenvolvida no Serviço de Dermatologia da UFPA/FSCM-PA foram encontrados 78 casos de psoríase confirmados através do exame histopatológico de janeiro de 2002 a abril de 2007, o que indica que aproximadamente 15 casos da doença são diagnosticados por ano. No entanto, por se tratar de uma dermatose que em sua forma clássica apresenta características marcantes (lesões eritemato-escamosas sobre as superfícies articulares com distribuição simétrica), observa-se que em alguns casos o recurso da biópsia para estudo histopatológico não foi solicitado, mantendo-se somente o diagnóstico clínico. Portanto, acredita-se que o número de casos de psoríase nesse período seja maior que 78.

Em vista da possibilidade do impacto da psoríase na qualidade de vida e considerando a ausência de um estudo que abordasse aspectos sociais e emocionais do portador de psoríase, optou-se por realizar essa pesquisa com pacientes matriculados no Serviço de Dermatologia nos últimos 5 anos.

Segundo Carneiro, Azulay-Abulafia e Azulay (2004), a psoríase tem distribuição universal, sendo rara em negros. É mais freqüente na terceira década de vida e acomete igualmente os sexos. Um estudo realizado em sete países europeus com filiados da EUROPSO (European Federation of Psoriasis Patient Associations) evidenciou que 51% (n= 17.990) dos entrevistados pertenciam ao sexo feminino e 49% ao sexo masculino, com média de idade de 50.9 anos (DUBERTRET et al., 2006).

No grupo estudado houve prevalência do sexo feminino com 66,7%. Essa predominância de mulheres respondendo aos questionários pode ser explicada pela maior atenção que essas têm em relação à pele e por serem mais preocupadas com o seu bem-estar físico, como observado na maioria das pesquisas envolvendo outros aspectos inerentes a saúde. Quanto à faixa etária, a maioria dos pacientes apresentava idade superior a 41 anos (80%) com média de 51,1 anos, o que está em acordo com dados da literatura. Quanto ao

estado civil, 53,4% dos entrevistados tinham união estável, com 36,7% casados e 16,7% amigados.

Os fototipos III e o IV foram os mais freqüentes, com 50% e 36,7%, respectivamente, o que pode ser explicado pelo fato desses fototipos predominarem na população do estado do Pará e conseqüentemente no serviço onde a pesquisa foi realizada.

A maioria da população possuía baixa escolaridade, sendo que 50% dos entrevistados não completaram o ensino fundamental e apenas 30% haviam concluído o Ensino médio. Esse fato pode ser justificado por ser o Serviço de Dermatologia UFPA/FSCM-PA uma referência em tratamento dermatológico do Sistema Único de Saúde, que sabidamente tem como usuários uma população de baixo nível sócio-econômico e conseqüentemente baixa escolaridade.

No Estudo de Dubertret et al. (2006) foi encontrada uma média de tempo de doença de 23 anos. Na pesquisa de Foraster et al. (2007), o tempo médio de doença foi de 18 anos. Em desacordo com os estudos citados, os entrevistados apresentavam um menor tempo de doença, dos quais 70% possuíam entre 1 e 10 anos de evolução, predominando o intervalo de 1 a 5 anos com 36,7%. Esse resultado pode ser justificado por se tratar de amostra constituída por pacientes matriculados nos últimos 5 anos, ou seja, que procuraram o Serviço mais recentemente.

A forma clínica predominante da psoríase foi a vulgar com 93,3 % da amostra. Essa prevalência foi semelhante às descritas nos estudos de Martins, Arruda e Mugnaini (2004) e Dubertret et al. (2006), nos quais a forma vulgar representou 93,3% e 75%, respectivamente, de suas populações de estudo. Foraster et al (2007) também encontrou a forma vulgar como a mais freqüente (80%). A predominância dos pacientes com menor gravidade (psoríase leve) na população estudada, pode ser justificada pelo fato da maioria dos entrevistados apresentarem a forma vulgar, como acima citado.

Lesões que se associam a forma vulgar, como já descrito anteriormente, (TAKAHASHI, 2006; CARNEIRO; AZULAY-ABULAFIA; AZULAY, 2004; FITZPATRICK et al., 1997; SAMPAIO; RIVITTI, 2001; D'AMORIM; CICONELLI, 2004) também foram encontradas no grupo estudado, como: lesões ungueais (9 pacientes- 30%),

acometimento do couro cabeludo (14 pacientes- 46,6%), artrite psoriática (2 pacientes- 6,6%) e lesões em semi-mucosas (1 paciente- 3,3%). Dessas lesões, observou-se que somente o acometimento das articulações (artrite psoriática) estava associado a um quadro de maior gravidade.

A psoríase não tem causa bem definida, sabe-se, entretanto, que tem base hereditária, provavelmente multifatorial, o que significa dizer que é de herança poligênica e requer fatores ambientais para sua expressão. Em gêmeos univitelinos a presença de psoríase foi de 70%, contra 23% em dizigóticos; a observação de psoríase intrafamiliar é comum (CARNEIRO; AZULAY-ABULAFIA; AZULAY, 2004, p.71). Em um estudo desenvolvido com chineses foi observada história familiar positiva para psoríase em 12,9% (YANG et al., 2005). Entretanto, no estudo em questão foi encontrado um maior percentual, no qual 23,3% dos pacientes entrevistados relataram presença de psoríase em parentes de primeiro grau. Apesar da história familiar positiva ter sido freqüente, não representou fator essencial para ocorrência da doença ($p=0,0062$).

Dos vários aspectos que interferem no aparecimento dessa dermatose, o estresse emocional é citado como um fator importante que influencia tanto no aparecimento como no agravamento das lesões, sendo a psoríase classificada como uma psicodermatose (BONAMIGO; SILVA e MÜLLER, 2006, p.144). No grupo estudado foi freqüente a presença de comprometimento emocional relacionado com o início da doença (33,3%), contudo esse dado não representou fator determinante para o desencadeamento da dermatose.

A psoríase tem um significativo impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes, estando associada com depressão e tendências suicidas. Além disso, ocorre a diminuição da produtividade e maior absenteísmo no trabalho (BHOSLE et al., 2006). O conceito "qualidade de vida" engloba vários aspectos, incluindo os fatores psicológico, social e físico (MARTINS; ARRUDA; MUGNAINE, 2004, p.521).

O Índice de Incapacidade da Psoríase (PDI) é uma escala de quinze itens auto-aplicativos que demonstram o comprometimento da qualidade de vida em áreas como: atividades diárias, trabalho, relações pessoais e lazer. As perguntas referem-se aos efeitos da psoríase no cotidiano (BHOSLE et al., 2006, p.1). Este índice é um quantificador da qualidade de vida, específico para portadores de psoríase, seus valores avaliam o grau de incapacidade

associado à doença. Contudo, não enfatiza fatores psicológicos bem como a auto-estima e o estresse do paciente (DUBERTRET et al., 2006).

Nos pacientes entrevistados a média do PDI foi de 12,06, representando um comprometimento de 26,8% da qualidade de vida global. Já em outro estudo realizado em Portugal e Espanha com 3.320 pacientes diagnosticados com psoríase moderada a grave, o PDI apresentou um valor médio de 8,93 (20%) (FOREST et al., 2007). Yang et al (2005) em estudo realizado em Cingapura com chineses, encontraram resultados superiores, nos quais o PDI médio foi de 37,4 (82,31%).

Nos pacientes entrevistados no Serviço de Dermatologia UFPA/FSCM-PA a maior incapacidade foi encontrada nas questões referentes às atividades rotineiras e hábitos (atividades diárias), nas quais o PDI foi de 36,7% do máximo de comprometimento da qualidade de vida para esses itens (15 pontos). As questões referem-se à quantidade de banhos, problemas no cabeleireiro, lavar e trocar roupas com maior frequência, vestir diferentes tipos e cores de roupas. Essas questões relacionam-se a atitudes que ocorrem na tentativa de preservar a aparência, uma vez que as lesões apresentam como características a descamação e o sangramento, que quando visíveis causam constrangimento (DUBERTRET et al., 2006).

É interessante destacar que as questões referentes às atividades de vida diárias também alcançaram maior pontuação no estudo de Dubertret et al. (2006) realizado em alguns países europeus, onde os costumes diferem bastante daqueles da população do estado do Pará, onde foi realizado o presente estudo.

No estudo desenvolvido no serviço de Dermatologia da UFPA/ FSCM-PA a pergunta que obteve maior índice de incapacidade foi a de numero 1 (Quanto a psoríase interferiu na realização de suas atividades dentro e fora de casa ?), em que 40% do pacientes responderam muito e 20% muitíssimo. Em discordância, Dubertret et al.(2006) encontraram um maior grau de incapacidade relacionado à escolha de roupas (questão 2) e a um maior número de banhos (questão 5). Talvez esse último item não tenha sido muito referido, por ser hábito regional tomar vários banhos ao dia, sendo assim o aumento do número de banhos pode passar despercebido, ou não constituir uma nova necessidade do paciente.

Em relação ao comprometimento sexual 24% dos pacientes responderam muito ou muitíssimo e 70% nada, quando questionados se a psoríase lhe causou dificuldades sexuais nas últimas quatro semanas. Tais dados indicam que essa questão não constituiu um problema para maioria dos pacientes, o que difere de resultados de outras pesquisas sob esse aspecto, como por exemplo: estudo realizado na Turquia com 78 pacientes portadores de psoríase e 58 indivíduos saudáveis, em que se pesquisou o comprometimento no relacionamento sexual de mulheres e homens usando como métodos de avaliação, respectivamente, o FSI (Female Sexual Function Index/ Índice da função sexual feminina) e IIEF (International Index of Erectile Function/ Índice Internacional da Função Erétil). Os resultados mostraram que pacientes com psoríase, especialmente as mulheres, apresentam maior comprometimento da função sexual quando comparados a pessoas saudáveis. Assim, concluiu-se que a psoríase tem um importante impacto no desempenho sexual. (ERMERTCAN et al., 2006).

Foraster et al. (2006) descreveram, em uma pesquisa com 3320 pacientes, uma pior percepção da qualidade de vida no sexo feminino, encontrando um PDI médio de 9,5 nas mulheres e 8,5 nos homens ($p < 0,001$). Possivelmente a valorização da estética e da beleza, além de uma importante cobrança em relação à aparência física, colaborem para uma pior auto-percepção nesse grupo. No grupo estudado, dentre os pacientes entrevistados ($n=30$) foi encontrada média de PDI mais elevada no sexo feminino (13,1) do que no sexo masculino (9,6), contudo essa diferença não foi estatisticamente significativa ($p = 0.1502$ - Teste t Student).

Em relação à faixa etária, no estudo realizado no serviço de Dermatologia da UFPA/ FSCM-PA foi encontrado correlação entre valores maiores do PDI e indivíduos mais jovens (entre 21 e 40 anos, com valor de $p = 0,0474$), o que está de acordo com dados da literatura. Foraster et al. (2007) também encontraram uma pior percepção da qualidade de vida em pacientes mais jovens (≤ 30 anos). Uttjek et al (2006) observaram que a aceitação da doença, bem como a rotinização do tratamento e o aprimoramento de estratégias psicológicas de aceitação da dermatose desenvolvem-se com a idade.

Uma das maiores dificuldades do portador de psoríase diz respeito ao estigma trazido pela exposição das lesões, principalmente nos doentes mais jovens. Entretanto, “ocultar” e “evitar” são estratégias de *coping* (enfrentamento) usadas em todas as idades (UTTJEK et al, 2006).

O *coping* é compreendido como os esforços cognitivos e comportamentais que as pessoas utilizam para enfrentar uma situação de estresse. Estratégias centradas na emoção são utilizadas quando os indivíduos percebem que os fatores estressantes não podem ser modificados e que, portanto, é preciso continuar interagindo com eles. O propósito é manter a esperança e o otimismo. Essas estratégias incluem a esquiva, a culpabilidade, o escape, o distanciamento, a atenção seletiva e a extração de aspectos positivos de acontecimentos negativos (FOLKMAN et al., 1986).

Os pacientes com psoríase do Serviço de Dermatologia UFPA/ FSCM-PA que apresentavam maior gravidade da doença (superfície de área comprometida maior que 10%) possuíam maior prejuízo na qualidade de vida, ou seja, valores mais elevados do PDI. Esse fato indica que a psoríase tem um impacto negativo na qualidade de vida o qual correlaciona-se com a gravidade da doença. Dubertret et al. (2006) e Foraster et.al.(2007) também demonstraram uma correlação entre gravidade e PDI. Por outro lado, Yang et. al. (2005) concluíram que as variáveis relacionadas com a gravidade da psoríase, como a duração e a extensão, apresentam pequena influência no PDI, sugerindo que a incapacidade nos pacientes com psoríase tem maior relação com conceitos e interesses sociais e seu próprio estado mental. Contudo é importante ressaltar que tal estudo foi desenvolvido na população chinesa, com um grupo de entrevistados em que predominou o sexo masculino.

O PDI apresenta limitações, pois se trata de um instrumento que valoriza mais a incapacidade do que a forma com que o indivíduo lida com seu estado de saúde. A escassa correlação entre as medidas objetivas de gravidade (extensão e tempo de doença) e as medidas subjetivas (PDI), em alguns estudos, indica a necessidade de melhor padronização nos métodos de medidas objetivas da gravidade para facilitar a avaliação em ambos os enfoques da psoríase. Além disso, os fatores emocionais não são levados em consideração no questionário (PDI), avaliando apenas o efeito negativo da psoríase nas atividades rotineiras, o que pode subestimar o comprometimento da doença sobre a qualidade de vida. (FORASTER et al., 2007).

CONCLUSÃO

O perfil epidemiológico do paciente com psoríase, que representa a amostra pesquisada, caracteriza-se por ser do sexo feminino, fototipo III, com idade média de 51,1 anos, vivendo em união estável e com ensino fundamental incompleto.

Em relação às características clínicas, predomina a forma vulgar com tempo de doença maior que cinco anos.

A presença de comprometimento emocional relacionado ao início da doença, embora tenha sido frequente, não representou fator determinante para o desencadeamento da psoríase.

A história familiar positiva não foi fator essencial para a ocorrência da psoríase, embora tenha sido relato comum entre os entrevistados.

A psoríase tem um impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes, havendo uma correlação entre gravidade e maior prejuízo na qualidade de vida.

Foi encontrada uma pior percepção da qualidade de vida em pacientes mais jovens, com idade entre 21 e 40 anos, indicando que indivíduos nessa faixa etária são mais afetados pelo estigma da doença.

REFERÊNCIAS

- 1- ATAÍDE, D.S.T.; ESMANHOTO, L. D. K ; HELMER K. A.; GUERRA I.R.C.; GUIMARÃES, C.C.G.; MORITZ, S. Ulceração das placas psoriáticas - efeito cutâneo adverso do metotrexato em altas doses no tratamento da psoríase: relato de três casos. *An. Bras. Dermatol.* v.78, n.6, 2003.
- 2- AZULAY-ABULAFIA, L; BROTAS, A; BRAGA, A.; VOLTA, A.C.; GRIPP, A.C. Psoríase Pustulosa da Gestação (Impetigo Herpetiforme): Relato de Dois Casos e Revisão da Literatura. **RBGO** - v. 26(2), 2004.
- 3- BONAMIGO, R.R.; SILVA, J.D.T; MÜLLER M.C.; Estratégias de coping e níveis de estresse em pacientes portadores de psoríase. **An Bras Dermatol.** 2006;81(2):143-9.
- 4-BHOSLE, M.J.; KULKARNIL, A.; FELDMAN, S.R.; BALKRISHNAN, R. Quality of life in patients with psoriasis. **Health and Quality of Life Outcomes**, 4:35, 2006.
- 5- CARNEIRO, S.C.S.; AZULAY- ABULAFI, L.; AZULAY, D.R In: AZULAY, R.D; AZULAY,D.R. **Dermatologia** 3^a.ed.Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. p.71-79.
- 6- COSTA, V.L.A. **Aspectos da Sexualidade do Portador de Psoríase – Relato de um caso** São Paulo, 2005 Monografia – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo /Departamento de Psiquiatria
- 7- D’AMORIM, A.B.; CICONELLI,R.M. Espondilite Anquilosante. In:SATO, E.I.**Guia de Reumatologia**. 1.ed. São Paulo, 2004. p.249-255.
- 8-DUBERTRET, L; MROWIETZ, U.; RANKI, A.; VAN DE KERKHOF, P.C.M.; CHIMENTI S.; LOTTI, T.;; SHAFER, G. European patient perspectives on the impact of psoriasis: the EUROPSO patient membership survey. **Br. Journal of Dermatology**, 155, p 729-736, 2006.
- 9- ERMERTICAN, T.A.; TEMELTAS, G.; DEVECI, A.; DINÇ, G.; GÜLER, H.B.; ÖZTÜRKCAN, S. Sexual dysfunction in patients with psoriasis. **Journal of Dermatology**, 33: 772-778, may, 2006

- 10- FINLAY AY. Quality of life measurement in dermatology: a practical guide. **Br. J. Dermatol.** 1997;136:305-14.
- 11- FINLAY AY, COLES EC. The effect of severe psoriasis on the quality of life of 369 patients. **Br. J. Dermatol.** 1995;132:236-44.
- 12- FINLAY AY. The Psoriasis Disability Index. Londres, 2006. Disponível em: < <http://www.dermatology.org.uk/index.asp?portal/quality>> Acesso em: 14/04/2007.
- 13- FITZPATRICK, T.B.; JOHNSON, R.A.; WOLFF, K. **Dermatologia Atlas e Texto.** 3 ed. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill; 1998. p. 76-93
- 14- FOLKMAN, S.; LAZARUS, R.L.; DUNKEL-SCHETTER, C.; DELONGIS, A.; & GRUEN, R. Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. **Journal of Personality and Social Psychology** 50, 992-1003, 1986
- 15- FORASTER, C.F.; GARCÍA-DIEZ, A.; TUDELA, L.L.; BERMÚDEZ-REY; LLACH, X.B. Impacto de la psoriasis em la calidad de vida relacionada com salud. **Méd clin (Barc)**, 2007; 128 (9) : 325-9.
- 16- GINSBURG I.H.; LINK B.G. Psychosocial consequences of rejection and stigma feelings in psoriasis patients. **In J. Dermatol.**32:578-91, 1993.
- 17- HAYNAL A, PASINI W, ARCHINARD M. **Medicina Psicossomática: abordagens Psicossociais.** São Paulo: Medsi; 2001. p.342–10.
- 18-KOWASKI, S.C; CICONELLI,R.M. Artrite Psoriática. In:SATO, E.I.**Guia de Reumatologia.** 1.ed. São Paulo, 2004. p.257-264.
- 19- LIM, H.W.Eczemas, fotodermatoses, doenças papulo-descamativas e eritemas figurados. In:GOLDMAN,L.; H; AUSIELLO,D.**Cecil tratado de medicina interna.** 22.ed. Rio de Janeiro, 2005. p.2878-2879.
- 20- LOYOLA, A.J.L.; CASTRO, L.C.M.; CHAIBUB, S.C.W.; XIMENES, A.C. Infliximab no tratamento da artrite psoriásica grave. **An. Bras. Dermatol**, v.80, n.5, 2005.

- 21- MACHADO, A.P.B; ATAÍDE, D.; SANDRI, C; VANDRESSEN, D; JORDÃO, J. Importância do raio X e exame físico no diagnóstico da artrite psoriática e sua prevalência no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (HUEC) **An Bras Dermatol.** 80 (Supl 3), 2005.
- 22- MARTINS G.A; ARRUDA L.; MUGNAINI A.SB. Validação de questionário de avaliação de qualidade de vida em pacientes com psoríase. **An Bras Dermatol.** 2004; 79(5)521-35.
- 23- MINGORANCE RC; LOUREIRO SR; OKINO L & FOSS NT. Pacientes com psoríase: adaptação psicossocial e características de personalidade. **Medicina**, Ribeirão Preto, 34: 315-324, jul./dez. 2001.
- 24- MURPHY, G.F.; MIHM, M.J. A pele. In: COTRAN, R.S.; KUMAR, V.; COLLINS, T. **Patologia Estrutural e Funcional** 6ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000
- 25- RAMOS E SILVA, J.; OLIVEIRA M.P. Psoríase Familiar.Considerações sobre a patogênese da psoríase. **Anais Bras Dermatol.** 1979 53(4)421-6
- 26- SAMPAIO, S.; RIVITTI, E. **A dermatologia básica**. São Paulo: Artes Médicas; 2001.
- 27- TABORDA, MLVV, WEBER MV, FREITAS ES. Avaliação da prevalência de sofrimento psíquico em pacientes com dermatose dos espectro dos transtornos psicocutâneos. **An Bras Dermatol.** 2005; 80(4):351-4.
- 28-TAKAHASHI, M.D. Manifestações clínicas e diagnóstico In: Sociedade Brasileira de **Consenso Brasileiro de Psoríase e Guias de Tratamento** . 2006. p.21-26
- 29- UNAEZE, J.; NIJSTEN, T.; MURPHY, A.; RAVICHANDRAN, C.; ROBERT S. Stern Impact of Psoriasis on Health-Related Quality of Life Decreases Over Time: An 11-Year Prospective Study. **Journal of Investigative Dermatology** 126, 1480–1489, 2006.
- 30-UTTJEK, M; NYGREN, L; STENBERG, B. DUFÅKER, M. Marked by Visibility of Psoriasis in Everyday Life. **Qual Health Res**, 17; 364, 2007.

31-YANG Y; KHOO L; GOH CL. The psoriasis disability index in Chinese patients: contribution of clinical and psychological variables. **International Journal of Dermatology**, 44,925-929, 2005.

32- ZALEWSKA A.; MINISZEWSKA, J; CHODKIEWICZ, J; NARBUTT, J.; Acceptance of chronic illness in psoriasis vulgaris patients. **JEADV**, 21, 235–242, 2007

APÊNDICE A

Avaliação da qualidade de vida dos pacientes com Psoríase. Serviço de Dermatologia UFPA/FSCM-PA, janeiro de 2002 a abril de 2007”

Protocolo

Nº. _____

Data da coleta do dado: ___/___/___

IDENTIFICAÇÃO:

Nº do prontuário: _____

1- Idade (anos):

A. 16-30 B. 31-45 C. 46-60 D. > 60

2- Sexo: F M

3- Fototipo: A. I B. II C. III D. IV E. V

4- Escolaridade (em anos de estudo concluídos):

1. Nenhuma 2. EF Inc 3. EF C 4. EM Inc 5. EM C 6. ES Inc
7. ES C

6- Ocupação: _____

7- Estado civil: A. solteiro B. casado C. amigado D. divorciado
 E. separado F. viúvo G. separado H. desquitado

8 - Forma clínica da doença: A. Vulgar _____ B. Pustulosa tipo _____
C. Eritrodérmica D. gutata E. Artrite psoriática G. Mucosa ou semimucosa

9- Tempo de doença:

1. Menos de 1 a 2. Entre 1 e 5 a. 3. Entre 5 a 10 4. Mais de 10 a

14. Se há casos na família : S N Grau de parentesco: _____

15. Se há relação entre o início da doença e algum comprometimento emocional: S N
Qual? _____

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PROJETO: “Avaliação da qualidade de vida dos pacientes com Psoríase. Serviço de Dermatologia UFPA/FSCM-PA, janeiro de 2002 a abril de 2007.””.

ESCLARECIMENTO DA PESQUISA

Nossa pesquisa consiste na utilização de prontuários dos pacientes matriculados no serviço de Dermatologia FSCM-Pa/ UFPA. Serão realizadas entrevistas com os mesmos e as informações colhidas serão utilizadas para obtenção dos dados necessários à realização da pesquisa sem qualquer risco aos sujeitos pesquisados. Esse estudo traçará perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com psoríase, bem como verificar o comprometimento da qualidade vida pelo quadro dermatológico. Desse modo, servirá posteriormente como suporte para traçar um planejamento que irá aperfeiçoar o atendimento das pessoas com psoríase.

O pesquisado é livre para participar e/ou retirar-se da pesquisa a qualquer momento, sem haver quaisquer forma de represália.

Prof^ª. Dr^ª. Silvia Rodrigues Ferreira Müller
CRM:

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa, que me sinto perfeitamente esclarecido sobre o conteúdo da mesma, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda que, por minha vontade, aceito participar da pesquisa cooperando com a coleta de material para exame.

Belém, 29/ 03/ 2007

Sujeito da pesquisa ou responsável

Responsável pela assistência:

Loana Marquez Andrade
Márjorie Souza Banhos
Thaís Mesquita Medeiros

Fone: 91 - 81951417 / 32338909
Fone: 91 – 81574344 / 32596507
Fone: 91 - 81163632 / 32643489

ANEXO A

ÍNDICE DE INCAPACIDADE CAUSADA PELA PSORÍASE (PDI)

POR FAVOR MARQUE COM UM "X" A MELHOR RESPOSTA PARA CADA PERGUNTA

Todas as perguntas referem-se às ÚLTIMAS 4 SEMANAS

ATIVIDADES DIÁRIAS:

1. Quanto sua psoríase interferiu na realização de suas atividades dentro e fora de casa?
o MUITÍSSIMO o Muito o Um pouco o Nada
2. Com que frequência você vestiu diferentes tipos ou cores de roupas por causa de sua psoríase?
o MUITÍSSIMO o Muito o Um pouco o Nada
3. Você teve que trocar de roupas ou lavá-las mais frequentemente do que faria?
o MUITÍSSIMO o Muito o Um pouco o Nada
4. Quanto sua psoríase foi para você um problema no cabeleireiro ou barbeiro?
o MUITÍSSIMO o Muito o Um pouco o Nada
5. Sua psoríase fez com que tomasse mais banhos do que de costume?
o MUITÍSSIMO o Muito o Um pouco o Nada

ESCOLA OU TRABALHO (se aplicável):

6. Quanto sua psoríase fez você perder dias de trabalho ou de aula nas últimas quatro semanas?
o MUITÍSSIMO o Muito o Um pouco o Nada
7. Quanto sua psoríase o(a) impediu de realizar alguma atividade no trabalho ou na escola nas últimas quatro semanas?
o MUITÍSSIMO o Muito o Um pouco o Nada
8. Sua carreira foi afetada por sua psoríase? (exemplos: promoção recusada, perda de emprego, solicitação para mudar de emprego).
o MUITÍSSIMO o Muito o Um pouco o Nada

SE VOCÊ NÃO ESTÁ NA ESCOLA OU NÃO TRABALHA: PERGUNTAS

ALTERNATIVAS

6. Quanto sua psoríase fez com que deixasse de realizar suas atividades diárias normais nas últimas quatro semanas?
o MUITÍSSIMO o Muito o Um pouco o Nada
7. Quanto sua psoríase mudou seu jeito de realizar as atividades diárias nas últimas quatro semanas?
o MUITÍSSIMO o Muito o Um pouco o Nada
8. Sua carreira foi afetada por sua psoríase? (exemplos: promoção recusada, perda de emprego, solicitação para mudar de emprego).
o MUITÍSSIMO o Muito o Um pouco o Nada

RELACIONAMENTOS PESSOAIS:

9. Quanto sua psoríase lhe causou dificuldades sexuais nas últimas quatro semanas?
o MUITÍSSIMO o Muito o Um pouco o Nada
10. Quanto sua psoríase lhe causou algum problema com seu (sua) parceiro(a), amigos mais próximos ou parentes?
o MUITÍSSIMO o Muito o Um pouco o Nada

LAZER:

11. Quanto sua psoríase impediu você de sair socialmente ou de realizar qualquer outra atividade?
o MUITÍSSIMO o Muito o Um pouco o Nada

12. Quanto sua psoríase dificulta a prática de algum esporte?

MUITÍSSIMO MUITO UM POUCO NADA

13. Quanto você não conseguiu usar, foi criticado ou impedido de usar banheiros públicos ou vestiários por causa de sua psoríase?

MUITÍSSIMO MUITO UM POUCO NADA

14. Quanto sua psoríase fez com que fumasse ou bebesse (bebidas alcoólicas) mais do que de costume?

MUITÍSSIMO MUITO UM POUCO NADA

15. Até que ponto sua psoríase ou seu tratamento fez com que sua casa ficasse desorganizada ou bagunçada?

MUITÍSSIMO MUITO UM POUCO NADA

Por favor verifique se você respondeu a todas as questões.

Obrigada por sua ajuda.

* Original em inglês disponível no site www.ukdermatology.co.uk

ANEXO B

Fototipos cutâneo

Classificação da pele de acordo com a sua cor

Fototipos*	Sensibilidade ao Sol
I - Branca (Pele clara, olhos azuis, sardentos)	Muito sensível
II - Branca (Pele clara, olhos azuis, verdes ou castanhos claros, cabelos louros ou ruivos)	Muito Sensível
III - Morena Clara (A média das pessoas brancas normais)	Sensível
IV - Morena Moderada (Pele clara ou morena clara, cabelos castanhos escuros e olhos escuros)	Pouco sensível
V - Morena Escura	Pouquíssimo sensível
VI - Negra	Insensível

- Segundo a Classificação de Fitzpatrick (1997)