Perfil epidemiológico e qualidade de vida na psoríase

Epidemiological profile and quality of life in psoriasis

Maria Eugênia de Bona Silveira[1], Gabriel Pelegrina Neto[1], Flávia Regina Ferreira[1]

Recebido da Universidade de Taubaté, SP, Brasil.

RESUMO

OBJETIVO: Identificar o perfil epidemiológico de pacientes com psoríase e avaliar o impacto da doença na qualidade de vida deles. **MÉTODOS**: Estudo transversal e descritivo, realizado em um ambulatório de referência, entre 2013 e 2014. Foram incluídos indivíduos de ambos os sexos com mais de 18 anos. Variáveis clínicas e epidemiológicas foram estudadas. Para análise do impacto na qualidade de vida, foi utilizado o *Dermatology Life Quality Index*. A severidade da psoríase foi determinada pelo uso ou não de terapia sistêmica. **RESULTADOS:** Foram incluídos 41 indivíduos, sendo a maioria formada por homens (52,2%), com idade média da amostra 54,2 anos (desvio padrão 13,0), brancos (76,0%), com predomínio de analfabetos e com Ensino Fundamental incompleto (37,0% cada). O uso de terapia sistêmica foi referido por 73,0% da amostra, sendo o metotrexato a medicação mais utilizada (63,1%). A forma clínica mais prevalente foi a generalizada (62,0%), com predomínio de casos de severidade moderada a grave (73,1%). O *Dermatology Life Quality Index* médio da amostra foi de 5,6 (desvio padrão de 5,1). **CONCLUSÃO:** Ressaltam-se a necessidade e a importância da avaliação global do paciente psoriático, permitindo individualizar tratamentos, melhorar a relação médico-paciente e obter melhores resultados que satisfaçam a ambos: profissional e paciente.

Descritores: Psoríase/epidemiologia; Qualidade de vida

ABSTRACT

Objective: To identify the epidemiological profile of, and to evaluate the impact on quality of life of patients with psoriasis. **METHODS:** Cross-sectional and descriptive study conducted at a reference outpatient clinic from 2013 to 2014. Individuals of both genders and over 18 years of age were included. Clinical and epidemiological variables were studied. The Dermatology Life Quality Index was used to analyze the impact on quality of life. The severity of psoriasis was determined by the use or not of systemic therapy. **RESULTS:** Forty-one individuals were included, with most of them being males (52.2%); mean age was 54.2 years (SD=13.0), white (76.0%), predominance of illiteracy and incomplete primary education (37.0% each); the use of systemic therapy was reported by 73.0%. Methotrexate was the most used medication (63.1%). The generalized form was the most prevalent (62.0%), with a predominance of moderate to severe severity (73.1%). The mean Dermatology Life Quality Index of the sample was 5.6 (SD=5.1). **CONCLUSION:** The need for the global evaluation of the psoriatic patient, along with its importance, are highlighted, allowing individualization of treatments, improvement of doctor-patient relationship, and achievement of better results that satisfy both the professional and the patient.

Keywords: Psoriasis/epidemiology; Quality of life

INTRODUÇÃO

A psoríase é uma doença inflamatória crônica da pele e das articulações, imunomediada, de base genética e com grande polimorfismo de expressão clínica.[1] Afeta entre 2 e 3% da população mundial e acomete igualmente ambos os sexos, principalmente entre a segunda e a quarta décadas de vida.[2] Associada à rápida proliferação epidérmica, caracteriza-se clinicamente por lesões eritêmato-descamativas, apresentando as formas clínicas vulgar ou em placas (localizada ou generalizada), invertida, gotada, eritrodérmica e pustulosa, sendo a forma em placas a mais prevalente (90%).[2-4]

A medida da extensão e a gravidade da psoríase baseiam-se na avaliação dos sinais e dos sintomas da doença e de seu impacto na qualidade de vida do indivíduo.[5]

Dermatoses como a psoríase, em geral, apresentam grande impacto na qualidade de vida e, há aproximadamente 10 anos, este fato passou a ser avaliado de forma sistemática. Desde então, houve maior interesse no desenvolvimento de instrumentos para mensurar a qualidade de vida na dermatologia.[5]

O *Dermatology Life Quality Index* (DLQI) é o instrumento mais utilizado para medir a qualidade de vida nos grandes estudos clínicos sobre psoríase. Este instrumento foi desenvolvido por Finlay e Khan (1994), tendo sido traduzido e validado

1. Universidade de Taubaté, Taubaté, SP, Brasil.

Data de submissão: 24/04/2017 – Data de aceite: 26/04/2017
Fontes de auxílio à pesquisa: não há.
Conflitos de interesse: não há.

Endereço para correspondência:
Flávia Regina Ferreira
Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário de Taubaté
Avenida Granadeiro Guimarães, 270 – Centro
CEP: 12020-130 – Taubaté, SP, Brasil
Fone: (12) 3625-7533 – E-mail: dermagica@uol.com.br

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté: nº 215.335.

© Sociedade Brasileira de Clínica Médica

para a língua portuguesa.[5,6] Contém dez questões relacionadas às experiências vivenciadas pelo paciente, na semana precedente à aplicação do questionário, sendo autoaplicável e podendo ser utilizado para diversas enfermidades dermatológicas, antes e após o tratamento. O escore final pode variar de zero a 30, sendo agrupado conforme o impacto na qualidade de vida em: zero a 1, se nada; 2 a 5, se pouco; 6 a 10, se moderado; 11 a 20, se muito; e 21 a 30, se muitíssimo.[7,8]

Medidas mais acuradas da qualidade de vida podem auxiliar nas tomadas de decisão, como, por exemplo, na introdução ou não de medicamentos de alto custo ou de alto risco. Ainda, o uso de medidas simples de avaliação de qualidade de vida é bem recebido pelos pacientes que desejam expressar suas ansiedades e preocupações.[5]

O objetivo deste estudo foi identificar o perfil epidemiológico de pacientes com psoríase e avaliar o impacto da doença na qualidade de vida deles.

MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal e descritivo realizado no Ambulatório de Psoríase do Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário de Taubaté (HUT), em Taubaté (SP), entre abril de 2013 e abril de 2014, com pacientes portadores de psoríase leve, moderada ou grave. O HUT é um hospital geral de ensino, considerado referência para o município e a região. Possui ambulatório especializado em psoríase, que tem como finalidade atender casos moderados a graves desta dermatose, com enfoque multidisciplinar e de multiespecialidades. Trata-se de um ambulatório de frequência semanal e baixa rotatividade de pacientes, por cuidar dos casos mais severos desta dermatose, e pela cronicidade e recorrência próprias da psoríase.

Foram incluídos neste estudo indivíduos de ambos os sexos e maiores de 18 anos. Foram utilizados dois questionários, sendo um geral e outro específico para qualidade de vida. Os questionários foram aplicados antes da consulta e após o consentimento do paciente, que assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O questionário geral contemplou sexo, idade (analisada de forma contínua e, posteriormente, categorizada em faixas etárias, em décadas), cor da pele, grau de escolaridade, renda familiar, tempo de doença, forma clínica da psoríase e grau de severidade. Para análise do impacto da psoríase na qualidade de vida, foi utilizado o DLQI (Figura 1).[8]

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

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

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

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

3 realmente muito	2 bastante	1 um pouco	0 nada

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/em 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/em 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/em relevância

Figura 1. *Dermatology Life Quality Index.*

Foram utilizados os programas computacionais Microsoft Excel 2010 e *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 22.0 (IBM Corp, Armonk, NY), para compilação e análise dos dados. Foram construídas tabelas e gráficos. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNITAU, sob número 215.335.

RESULTADOS

Foram incluídos 41 indivíduos atendidos neste ambulatório de referência no período do estudo, sendo 21 homens (52,2%). No momento da entrevista, a idade variou de 19 a 85 anos, com média de 54,2 anos (desvio padrão – DP de 13,0). A distribuição dos casos de psoríase, segundo a faixa etária, encontra-se na figura 2.

A cor da pele predominante na amostra foi a branca (76,0%). Os graus de escolaridade que predominaram na amostra foram o analfabeto e o Ensino Fundamental incompleto (37,0% cada), seguidos pelos Ensinos Fundamental completo (12%), Médio incompleto (10%) e Médio completo e Superior completo (2% cada). O perfil da renda familiar encontra-se na figura 3.

O tempo de doença foi referido por 33 indivíduos (80,5%). O tempo de doença predominante foi o superior a 10 anos (66,7%). Seis indivíduos (18,2%) referiram até 5 anos de doença e cinco (15,1%), entre 5 e 10 anos de doença.

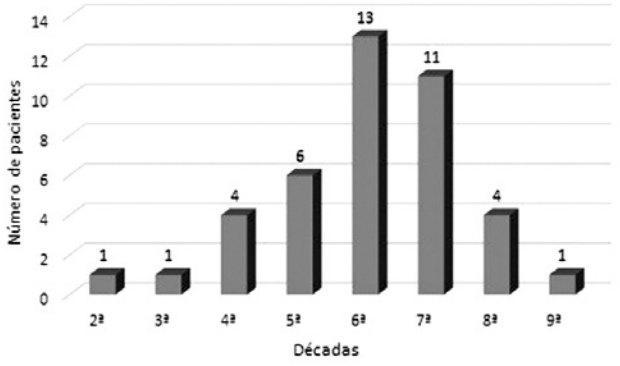


Figura 2. Casos de psoríase, segundo a faixa etária. Taubaté (SP), Brasil, 2013-2014.

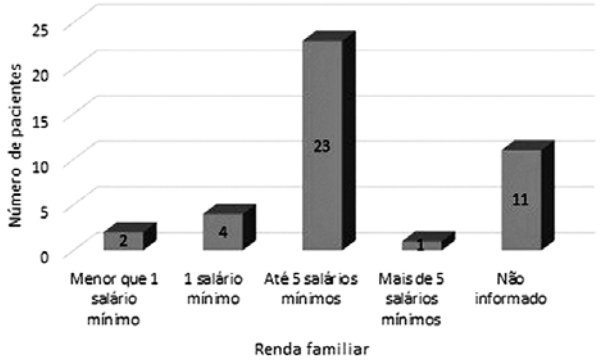


Figura 3. Perfil da renda familiar. Taubaté (SP), Brasil, 2013-2014.

Quanto ao tratamento, dos 41 indivíduos incluídos, 73,1% referiram tratamento sistêmico, e apenas 70,0% sabiam referir o tratamento realizado. Dos 21 pacientes que sabiam referir qual a terapia sistêmica era utilizada, 76,2% faziam uso de medicação sistêmica (oral ou injetável), 9,5% faziam fototerapia, e 14,3% combinavam medicação sistêmica e fototerapia. Dentre os medicamentos sistêmicos mais utilizados, encontramos o metotrexato (63,1%), os imunobiológicos (15,7%) e a acitretina (10,5%). O tratamento tópico isolado foi referido por 26,9% da amostra.

A forma clínica de psoríase mais prevalente foi em placas generalizada (62,0%). A forma em placas localizada esteve presente em 36,0% da amostra e a artropática foi encontrada em apenas um indivíduo da amostra (2%). O grau de severidade da psoríase que predominou foi o de moderada à grave (73,1%).

O DLQI médio da amostra durante o período do estudo foi de 5,6 (DP de 5,1). Entre os pacientes com psoríase de moderada à grave, observou-se DLQI médio de 5,7 (DP de 5,4), enquanto nos pacientes com formas leves o DLQI médio foi de 5,4 (DP de 4,6; p=0,9), mostrando que não houve diferença estatisticamente significante entre os grupos.

A distribuição das variáveis analisadas, segundo o grau de severidade da psoríase, encontra-se na tabela 1.

Na tabela 2, pode ser observado o DLQI médio segundo o grau de severidade da psoríase nas diferentes variáveis analisadas e respectivos desvios padrão. Analisando a tabela 2, observamos maior impacto na qualidade de vida dos pacientes com psoríase moderada à grave entre os homens, de pele amarela, com Ensino Médio incompleto, forma clínica localizada, na quarta década de vida, sem renda familiar informada e tempo de doença de 5 a 10 anos. Nos pacientes com psoríase leve, o maior impacto também foi no sexo masculino, entre os indivíduos de pele parda e na quarta década de vida, porém com nível de escolaridade inferior, forma generalizada da doença e tempo de doença superior a 10 anos.

DISCUSSÃO

A psoríase é uma doença prevalente e crônica, cujas características epidemiológicas em nosso meio ainda estão sendo delineadas. Daí a relevância de estudos nacionais e regionais, que revelem informações sobre o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes portadores desta dermatose, dados sobre os tratamentos utilizados, e informações sobre a evolução da doença e seu impacto na qualidade de vida.

É consenso literário que a psoríase afeta predominantemente brancos e ocorre igualmente entre homens e mulheres.[9-13] Os achados deste estudo concordam com a literatura. Santos et al. observaram predomínio do sexo feminino e de indivíduos pardos (faiodérmicos), possivelmente justificado nas diferenças genéticas e de fototipo regionais, por se tratar de um estudo realizado no Estado do Pará, onde a maioria da população, segundo censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), é parda.[14]

Mais da metade dos indivíduos entrevistados apresentava renda mensal entre um e cinco salários mínimos, e escolaridade

Tabela 1. Variáveis analisadas, segundo grau de severidade da psoríase. Taubaté (SP), Brasil, 2013-2014

Variável	Moderada a grave n (%)	Leve n (%)
Sexo		
Masculino	14 (46,7)	7 (63,6)
Feminino	16 (53,3)	4 (36,4)
Cor de pele		
Branco	23 (76,7)	8 (72,7)
Negro	1 (3,3)	-
Pardo	4 (13,3)	3 (27,3)
Amarelo	2 (6,7)	-
Escolaridade		
Analfabeto	1 (3,3)	-
Ensino Fundamental incompleto	10 (33,3)	5 (45,5)
Ensino Fundamental completo	4 (13,3)	1 (9,1)
Ensino Médio incompleto	3 (10,0)	1 (9,1)
Ensino Médio completo	11 (36,7)	4 (36,4)
Ensino Superior completo	1 (3,3)	-
Forma clínica		
Localizada	7 (23,3)	7 (63,6)
Artrite psoriática	-	1 (9,1)
Generalizada	23 (76,7)	3 (27,3)
Idade, em décadas		
Segunda	-	1 (9,1)
Terceira	1 (3,3)	-
Quarta	2 (6,7)	2 (18,2)
Quinta	5 (13,3)	1 (9,1)
Sexta	11 (36,7)	2 (18,2)
Sétima	9 (30,0)	2 (18,2)
Oitava	2 (6,7)	2 (18,2)
Nona	-	1 (9,1)
Renda familiar, salário mínimo		
Não informou	9 (30,0)	1 (9,1)
<1	-	2 (18,2)
1	5 (16,7)	-
2-5	16 (53,4)	7 (63,6)
>5	-	1 (9,1)
Tempo de doença, anos		
<5	2 (6,7)	4 (36,4)
5-10	3 (10,0)	2 (18,2)
>10	17 (56,7)	5 (45,4)
Não soube informar	8 (26,7)	-

até o Ensino Fundamental incompleto, indo ao encontro dos achados de Santos et al.[14] Este achado possivelmente seja explicado pelo fato de ser um serviço público de saúde, refletindo a situação socioeconômica da maioria dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), os quais, em geral, possuem baixas renda e escolaridade. Segundo dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), a média de salário *per capita* no Vale do Paraíba e região serrana do Estado de São Paulo é de R$895,15.[14,15]

Tabela 2. *Dermatology Life Quality Index* (DLQI) médio, segundo grau de severidade da psoríase nas diferentes variáveis analisadas e respectivos desvios padrão, Taubaté (SP), Brasil, 2013-2014

Variável	Moderada à grave DLQIB média (desvio padrão)	Leve DLQI média (desvio padrão)
Sexo		
Masculino	5,7 (6,7)	6,5 (5,4)
Feminino	5,6 (4,1)	3,5 (1,9)
Cor de pele		
Branco	5,8 (5,5)	5,4 (4,6)
Negro	0,0 (-)	-
Pardo	4,8 (2,9)	5,7 (5,7)
Amarelo	8,0 (9,9)	-
Escolaridade		
Analfabeto	0,0 (-)	-
Ensino Fundamental incompleto	5,3 (4,4)	6,6 (4,0)
Ensino Fundamental completo	3,8 (2,8)	3,0 (-)
Ensino Médio incompleto	8,0 (8,7)	2,0 (-)
Ensino Médio completo	6,9 (6,2)	5,5 (6,5)
Ensino Superior completo	1,0 (-)	-
Forma clínica		
Localizada	6,3 (8,4)	5,3 (4,0)
Artrite psoriática	-	3,0 (-)
Generalizada	5,4 (4,6)	7,0 (7,0)
Idade, em décadas		
Segunda	-	2,0 (-)
Terceira	1,0 (-)	-
Quarta	10,0 (-)	13,5 (2,1)
Quinta	6,2 (8,1)	1,0 (-)
Sexta	5,7 (4,9)	3,5 (3,5)
Sétima	4,6 (5,7)	6,0 (2,8)
Oitava	6,5 (0,7)	4,5 (2,8)
Nona	-	2,0 (-)
Renda familiar, salário mínimo		
Não informou	7,1 (7,2)	6,0 (-)
<1	-	3,0 (1,4)
1	5,2 (6,0)	-
2-5	4,9 (4,1)	5,1 (5,1)
>5	-	12,0 (-)
Tempo de doença, anos		
<5	2,0 (2,8)	3,5 (2,1)
5-10	8,0 (5,3)	4 (2,8
>10	5,4 (5,4)	7,6 (5,4)
Não soube informar	6,3 (6,1)	-

O tempo médio de doença foi variável na literatura. Os achados deste estudo com predomínio do tempo de doença de 10 anos ou mais foram compatíveis com os achados de Martins et al.[5] (11,3 anos) e podem ser explicados pela evolução crônica da psoríase. Santos et al., entretanto, observaram tempo de evolução bem inferior, variando de 1 a 5 anos incompletos.[14]

Em relação à forma clínica da psoríase, o predomínio da apresentação generalizada observada neste estudo é destacado também em outros estudos relevantes.[15] Menegon,[16] entretanto, em estudo realizado no Rio Grande do Sul, encontrou predomínio de formas localizadas. Talvez características locais, e diferenças genotípicas e fenotípicas favoreçam as apresentações encontradas. A forma em placas ou vulgar é a observada em cerca de 80 a 90% dos casos (quer de forma localizada ou generalizada).[17] A ausência de indivíduos com formas pustulosas e eritrodérmicas possivelmente seja explicada por se tratarem de apresentações menos comuns e mais graves da doença, em geral, acompanhadas por manifestações sistêmicas, requerendo cuidados hospitalares e não ambulatoriais (ambiente deste estudo). A forma artropática foi observada em apenas um indivíduo deste estudo, achado possivelmente justificado pela maior procura destes indivíduos por serviços de reumatologia.[14]

Quanto à severidade da psoríase, a maioria dos indivíduos desta amostra foi classificada como portadora de formas moderadas a graves, contrapondo os achados de Menegon.[16] Estes indivíduos faziam uso de tratamento sistêmico, no qual a droga mais utilizada foi o metotrexato. Esta droga é a primeira opção no tratamento sistêmico, sendo considerada efetiva, segura e de fácil acesso aos pacientes.[13,18,19]

A expressão "qualidade de vida" foi utilizada pela primeira vez pelo presidente americano Lyndon Johnson, em 1964, quando declarou "os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas". A qualidade de vida é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como percepção individual de um completo bem-estar físico, mental e social. Esta percepção varia entre indivíduos e é dinâmica. Indivíduos com expectativas diferentes, que apresentam quadro clínico semelhante, relatam qualidade de vida diversa.[20] Daí, a importância da utilização de instrumentos de avaliação que visem medir objetivamente a gravidade da doença e sua melhora clínica.

O DLQI é o instrumento mais utilizado para medir a qualidade de vida nos grandes estudos clínicos sobre psoríase. Estudo com 548 pacientes brasileiros com diversas doenças foram avaliados com o DLQI, sendo a média obtida de 7,7.[20] As doenças com maior impacto na qualidade de vida foram a psoríase (mediana 15,5), o vitiligo (13), a dermatite atópica (12) e a acne (10). Os dados deste estudo, em relação ao DLQI médio da amostra, foram bem inferiores ao registrado por Oyafuso e Bortoletto para psoríase. Mesmos nos pacientes com severidade moderada a grave, o DLQI médio não atingiu 6 pontos, refletindo pouco impacto desta dermatose na qualidade de vida desta população. Porém, temos que ressaltar possível viés nestes números, uma vez que os pacientes avaliados já se encontravam em acompanhamento e tratamento neste ambulatório de referência, com melhora do quadro clínico inicial. O DLQI baixo pode refletir, na verdade, o controle da dermatose com a terapêutica instituída, objetivo primordial de qualquer tratamento.

Com respeito aos fatores epidemiológicos relacionados à qualidade de vida, Oyafuso e Bortoletto[20] observaram que indivíduos mais jovens, solteiros e com doença de mais longa duração apresentaram pior qualidade de vida, o que foi compatível com os achados deste estudo, no qual adultos jovens (quarta década) e com tempo de doença entre 5 a 10 anos, ou acima disto, apresentaram os maiores escores de DLQI, mostrando maior impacto da dermatose em seu cotidiano. Na literatura, são escassos os trabalhos que analisam o DLQI segundo variáveis epidemiológicas. A maioria dos estudos avalia o DLQI pelos domínios mais afetados (por exemplo: lazer, trabalho, escola etc.). Acreditamos, com isto, que este estudo pode servir de base para futuros estudos nesta área e que é de grande importância para complementar conhecimentos até então estudados.

Ainda em relação aos fatores epidemiológicos, neste estudo observamos as maiores médias do DLQI no sexo masculino (tanto nas formas leves, como nas moderadas a grave). Possivelmente isto se deva a um fator cultural do nosso país: os homens evitam procurar auxílio médico e, quando o fazem, são menos assíduos e apresentam menor aderência ao tratamento, obtendo resultados inferiores e resultando em pior qualidade de vida.

Quanto à cor da pele, o maior DLQI foi observado nos indivíduos de pele amarela (8,0). Diferença cultural/expectativa diversa? Ou apenas uma coincidência (amostragem pequena) ou relação com outros fatores nestes indivíduos (por exemplo: extensão e localização) não analisados. Apesar de representarem apenas 5,0% da amostra, estudos maiores seriam interessantes para elucidar esta observação.

O impacto na qualidade de vida, segundo o grau de escolaridade, mostrou-se maior entre os indivíduos com Ensino Médio incompleto (8,0) e completo (6,9). Este achado pode ser devido a uma maior compreensão da doença por parte dos pacientes com maior grau de escolaridade e também sugere possível dificuldade de compreensão por parte dos pacientes menos alfabetizados do DLQI, resultando em escores menores nesta população.

Quanto à forma clínica, as formas localizada (moderada a grave) e generalizada (leve) apresentaram as maiores médias de DLQI. Este resultado pode ser explicado nas formas localizadas, possivelmente pela região corporal acometida não ocultada pela vestimenta; enquanto que, na generalizada, o maior acometimento corporal, por si só, é suficiente para justificar a pior qualidade de vida destes pacientes.

A variável renda mostrou DLQI médio mais elevado no grupo de indivíduos com renda indeterminada (não informada), o que inviabilizou a análise do impacto desta dermatose vinculado à renda desta população.

Este estudo apresenta possíveis limitações e vieses. O primeiro deles é ser de base hospitalar, sendo o ambulatório no qual este estudo foi realizado de referência para casos de psoríase de maior gravidade; daí, deve-se ter cuidado com a transposição externa destes achados. Pode ter influenciado nos dados encontrados o fato de os pacientes encontrarem-se em tratamento e a pequena amostragem.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu identificar o perfil epidemiológico dos indivíduos com psoríase atendidos neste ambulatório de referência, ressaltando características desta dermatose na população e traçando um paralelo com o *Dermatology Life Quality Index*, ou seja, com o impacto na qualidade de vida. Constituiu, portanto, estudo pioneiro na região e serve de base para estudos futuros.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Dr. Samuel Henrique Mandelbaum, chefe do Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário de Taubaté e médico responsável pelo ambulatório de psoríase, pela oportunidade da realização deste estudo.

REFERÊNCIAS

1. Duarte AA, Machado-Pinto J, Oliveira MF, Follador I. Artrite psoriática e comorbidades. In: Sociedade Brasileira de Dermatologia. Consenso Brasileiro de Psoríase 2012– Guias de avaliação e tratamento [Internet]. 2ª ed; Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Dermatologia; 2012. p. 41-8. [citado 2016 Nov 21]. Disponível em: http://formsus.datasus.gov.br/novoimgarq/24326/4057388_345331.pdf
2. Leitão AM. Dermatoses eritêmato-escamosas. In: Sittart JA, Pires MC. Dermatologia para o Clínico. São Paulo: Lemos; 1998. p. 103-24.
3. Takahashi MD. Manifestações clínicas, diagnóstico, diagnóstico diferencial. In: Sociedade Brasileira de Dermatologia. Consenso Brasileiro de Psoríase. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Dermatologia; 2009. p. 23-9.
4. Minelli L, Reis CR, Sonnenberger JC. Psoríase: como diagnosticar e tratar. Rev Bras Med. 2005;62(9):732-40.
5. Martins GA, Arruda L, Mugnaini AS. Validação de questionários de avaliação da qualidade de vida em pacientes de psoríase. An Bras Dermatol. 2004;79(5):521-35.
6. Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI)-a simple practical measure for routine clinical use. Clin Exp Dermatol. 1994;19(3):210-16.
7. Torres RA, Magalhães RF, Ferreira Velho PE, Silva SA, Morcillo AM. Comparação entre questionários de qualidade de vida e sua correlação com a evolução clínica de pacientes com psoríase. An Bras Dermatol. 2011;86(1):45-9.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Superintendência Geral de Atenção à Saúde. Índice de Qualidade de Vida em Dermatologia – DLQI – BRA [Internet]. Cuiabá (MT: 2012 [citado 2017 Abr 17]. Disponível em: http://www.sgas.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/sites/105/2016/04/Psoriase-%C3%8DQVD.pdf
9. Rodrigues AP, Teixeira RM. Desvendando a psoríase. Rev Bras Anal Clin. 2009;41(4):303-9.
10. Silva KS, Silva EA. Psoríase e sua relação com aspectos psicológicos, stress e eventos da vida. Estud Psicol. 2007;24(2):257-66.
11. Marques SA. Epidemiologia, genética e imunopatogênese. In: Sociedade Brasileira de Dermatologia. Consenso Brasileiro de Psoríase e Guias de Tratamento [Internet]. São Paulo: Sociedade Brasileira de Dermatologia; 2006. p.15-21. [citado 2016 Jul 21]. Disponível em: http://formsus.datasus.gov.br/novoimgarq/24326/4118143_345331.pdf
12. Almeida IM. Psoríase e factores de risco cardiovascular [dissertação], Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar: Universidade do Porto; 2011.
13. Marques AS, Miot LD, Pelafsky VP. Epidemiologia. In: Romiti R. Compêndio de Psoríase. 2a ed; Rio de Janeiro: Elsevier; 2013. p.11-22.
14. Santos MA, Lima CS, Góes HF, Paixão JGM, Rodrigues Neto TS. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes com psoríase. Rev Para Med. 2013;27(2).
15. Brasil. Ministério da saúde. DATASUS. Informações de saúde. Demográficas e socioeconômicas. Renda média domiciliar per capita [Internet]. Brasília: MS; 2010. [citado 2014 Set 18]. Disponível em http://tabnet.datasus.gov.br/tabcgi.exe?ibge/censo/cnv/rendasp.def
16. Menegon DB. Avaliação de comorbidades em pacientes com psoríase [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
17. Santos MF. Psoríase em placas. In: Romiti R. Compêndio de Psoríase. 2a ed; Rio de Janeiro: Elsevier; 2013. p.53-62.
18. Fagundes FP. Estudo epidemiológico clinico comparativo: Psoríase início precoce e tardio [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2007.
19. Kaur I, Dogra S, De D, Kanwar AJ. Systemic methotrexate treatment in childhood psoriasis: further experience in 24 children from India. Pediatr Dermatol. 2008;25(2):134-8.
20. Oyafuso LM, Bortoletto MC. Qualidade de vida. In: Romitti R. Compêndio de Psoríase. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010. p.130-7.