

CORPO DOR TRATAMENTO SINTOMAS DOENÇA
DISLIPIDEMIA ANSIEDADE ESCAMAS PLACAS
OBESIDADE DESCAMÇÃO SAÚDE SISTEMICA
LESÕES COMORBIDADES DIAGNÓSTICO
ARTICULAÇÕES DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL
COCEIRA PELE CRÔNICA
DIABETES COTOVELOS JOELHOS DOENÇA VASCULAR PERIFÉRICA
ARTRITE PSORIASICA AUTOIMUNE PACIENTE DERMATOLOGIA
ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO NÃO CONTAGIOSO
DOENÇAS CARDÍACAS



Fone: + 55 51 9 8501.8401
psoriase@psoriase.org.br
www.psoriase.org.br
f/psoriasebrasil

Relatório global sobre a psoríase.

Publicado pela Organização Mundial da Saúde em 2016
Sob o título Global report on psoriasis
© Organização Mundial da Saúde 2016
A Organização Mundial da Saúde concedeu tradução e direitos de publicação de uma edição em Português para a Psoríase Brasil, que é o único responsável pela qualidade e fidelidade da tradução em português. Em caso de divergência entre o Inglês e o Português, a edição original em Inglês será a edição autêntica.
Relatório global sobre a psoríase.
© Psoríase Brasil 2017



<http://www.psoríase.org.br>



[/psoríasebrasil](https://www.facebook.com/psoríasebrasil)

A Psoríase Brasil é uma Organização da Sociedade Civil, sem fins lucrativos, que tem como objetivo ações que resultem na melhoria da qualidade de vida das pessoas com psoríase e artrite psoriásica.

Diretoria

Presidente: Gladis Lima de Souza

Vice-Presidente: José Célio Peixoto Silveira

Equipe:

Jonas Leandro Flores (Coordenador Nacional)

Ana Paula Fett Dixon (Assessora de Comunicação)

Conteúdo

Prefácio	1
Agradecimentos	2
Acrônimos e abreviações	3
Capítulo 1. Introdução	4
O que é psoríase?	4
Por que um relatório global sobre a psoríase?	5
Capítulo 2. O ônus da psoríase	6
Incidência e prevalência	6
A psoríase está se tornando mais ou menos comum?	9
Ônus da incapacidade global em virtude da psoríase	9
Intervalos nos dados	11
Capítulo 3. Como a psoríase afeta as vidas das pessoas?	12
Introdução	12
Pele e unhas	12
Artrite psoriática	14
Doenças correlatas	15
Saúde psicológica e mental	15
Influências do local de trabalho	16
Participação social	16
Ônus socioeconômico	16
Medição do impacto da psoríase sobre a qualidade de vida	17
Capítulo 4. Melhora da qualidade dos cuidados para as pessoas com psoríase	19
Princípios do tratamento da psoríase	19
Tratamento das manifestações cutâneas	20
Tratamento da pessoa como um todo: além das manifestações cutâneas	21
Compreensão sobre os gatilhos	21
Barreiras para os cuidados de qualidade	21

Acesso inadequado aos cuidados de saúde	22
Ausência de ciência dos profissionais de saúde	22
Ausência de ferramentas padronizadas para o diagnóstico e o tratamento	23
Custo e disponibilidade de medicamentos essenciais	23
Dificuldades com a aderência	23
Discriminação	24
O que pode ser feito?	24
Acesso universal aos serviços de saúde e aos medicamentos essenciais	24
Necessidades dos pacientes e objetivos relacionados ao tratamento	24
Um modelo de cuidados centrados nas pessoas	25
Ferramentas padronizadas, diagnóstico e tratamento	26
Aumento da capacidade da força de trabalho hígida	27
Fortalecimento dos pacientes	27
Combate ao estigma e à discriminação	27
Capítulo 5. Recomendações	30
Ações para os governos e os elaboradores de políticas	30
Ações para os sistemas de saúde e os profissionais de saúde	31
Ações para as organizações de pacientes e a sociedade civil	31
Áreas de pesquisa prioritárias	31
Referências	33

Lista de figuras, tabelas e quadros

Lista de figuras

Figura 1. Sinopse sobre a psoríase como uma doença crônica, com uma alta comorbidade	5
Figura 2. Prevalência da psoríase, por sexo (fornecido o ano da pesquisa dos dados; não da publicação)	8
Figura 3. Mapa mundial que demonstra os DALYs em relação à psoríase por 100.000; taxas para todas as idades e ambos os sexos	10
Figura 4. Distribuição de DALYs em relação à psoríase, por 100.000, por sexo e faixa etária	11
Figura 5. Psoríase ungueal	14
Figura 6. Artrite psoriática	15
Figura 7. Algoritmo de tratamento da psoríase	19
Figura 8. Importância das necessidades dos pacientes relacionadas ao tratamento da psoríase	25

Lista de tabelas

Tabela 1. Resumo dos estudos sobre a prevalência da psoríase	7
Tabela 2. Tipos comuns de psoríase e suas manifestações	13
Tabela 3. Opções de tratamento para a psoríase	20
Tabela 4. Opções de tratamento da psoríase incluídos na Lista Modelo de Medicamentos Essenciais da OMS	20

Lista de quadros

Quadro 1. Modelo para a melhora dos cuidados da psoríase em base nacional: a experiência alemã	26
Quadro 2. Centro de Treinamento Regional em Dermatologia na República Unida da Tanzânia	27
Quadro 3. Campanha “Foque em mim, não na minha pele”	28
Quadro 4. Campanha “Nade pela psoríase”	29

Prefácio

A psoríase é uma doença cutânea comum, crônica e não transmissível, sem causa clara ou cura. O impacto negativo desta condição sobre as vidas das pessoas pode ser imenso. A psoríase afeta pessoas de todas as idades, e em todos os países. A prevalência da psoríase relatada nos países varia entre 0,09% e 11,43%, o que torna a psoríase um problema global sério, com no mínimo 100 milhões de indivíduos afetados mundialmente. A psoríase apresenta uma evolução dos sintomas imprevisível, uma diversidade de gatilhos externos e comorbidades significativas, incluindo artrite, doenças cardiovasculares, síndrome metabólica, doença intestinal inflamatória e depressão.

Em 2014, os Estados Membros reconheceram a psoríase como uma doença não transmissível (NCD) séria na resolução WHA67.9 da Assembleia Mundial da Saúde. A resolução destacou que muitas pessoas no mundo sofrem sem necessidade com a psoríase em virtude do diagnóstico incorreto ou tardio, de opções de tratamento inadequadas e do acesso insuficiente aos cuidados, e em virtude da estigmatização social.

Este Relatório global sobre a psoríase da OMS traz o impacto da psoríase na saúde pública ao foco. O relatório é redigido para ajudar a aumentar a ciência sobre a variedade de modos por meio dos quais a psoríase pode afetar as vidas das pessoas. Ele pretende fornecer aos elaboradores de políticas soluções práticas para melhorar os cuidados de saúde e a inclusão social das pessoas que vivem com a psoríase em suas populações.

O relatório destaca que uma grande parte do sofrimento causado por esta doença comum e complexa pode ser evitada. A melhoria do acesso ao diagnóstico inicial e ao tratamento adequado para a psoríase requer sistemas de cuidados de saúde universalmente acessíveis, que proporcionem o cuidado centrado nas pessoas para os pacientes com condições complexas e vitalícias. Os governos e outros parceiros têm um papel importante a ser desempenhado ao abordar as consequências sociais desnecessárias da psoríase, ao desafiar os mitos e os comportamentos que levam à exclusão dos pacientes dos ambientes de cuidados de saúde e da vida diária.

Dr. Oleg Chestnov

Diretor Geral Assistente

Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental

Organização Mundial da Saúde

Agradecimentos

Este relatório foi preparado por Irmina Maria Michalek e Belinda Loring, Departamento para o Tratamento de Doenças Não Transmissíveis, Incapacidade, Violência e Prevenção de Lesões, Organização Mundial da Saúde; e Swen Malte John, University of Osnabrueck, Alemanha.

Foram feitas contribuições para o relatório por Matthias Augustin, Barbra Bohannon, Sara Conyers, Kathleen Gallant, Melancia Jaime, Janice Johnson, Gary Lai, Ulrich Mrowietz, Michael P Schön, Astrid Sibbes, Judy Wallace e Shi Xingxiang.

As pessoas a seguir forneceram comentários úteis e a revisão técnica especializada: Ragnar Akre-Aas, Wolf-Henning Boehncke, Lars Ettarp, Silvia Fernandez Barrio, Christopher Griffiths, Josef de Guzman, Mahira Hamdy El Sayed, Alison Harvey, Susanne Hedberg, Peter van de Kerkhof, Etienne Krug, Mark Lebwohl, Leticia Lopez, Alan Menter, Jörg Prinz, Lone Skov, Mona Stähle, Cherian Varghese e Hoseah Waweru.

Acrônimos e abreviações

BSA	área de superfície corporal
CLCI	comprometimento do curso da vida cumulativo
DALY	ano de vida ajustado à incapacidade
DLQI	Índice de Qualidade de Vida Dermatológica
HRQoL	qualidade de vida relacionada à saúde
NCD	doença não transmissível
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
PASI	Índice de Área e Gravidade da Psoríase
QoL	qualidade de vida
EUA	Estados Unidos da América
UV	ultravioleta
WHA	Assembleia Mundial da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
YLD	anos vividos com incapacidade
YLL	anos de vida perdidos

Capítulo 1. Introdução

O que é psoríase?

Psoríase é uma doença crônica, não transmissível, dolorosa, desfigurante e incapacitante para a qual não há cura, e com grande impacto negativo sobre a qualidade de vida (QoL) dos pacientes. Ela pode ocorrer em qualquer idade, e é mais comum na faixa etária dos 50 aos 69 anos (1). A prevalência da psoríase relatada nos países varia entre 0,09% (2) e 11,4% (3), o que torna a psoríase um problema global sério.

A etiologia da psoríase permanece incerta, muito embora existam evidências em relação à predisposição genética (4). O papel do sistema imune na causa da psoríase também é um tópico de pesquisas importante. Embora exista uma sugestão de que a psoríase possa ser uma doença autoimune, ainda não foi identificado nenhum autoantígeno que possa ser responsável. A psoríase também pode ser provocada por gatilhos externos e internos, incluindo traumatismos leves, queimaduras solares, infecções, drogas sistêmicas e estresse (5).

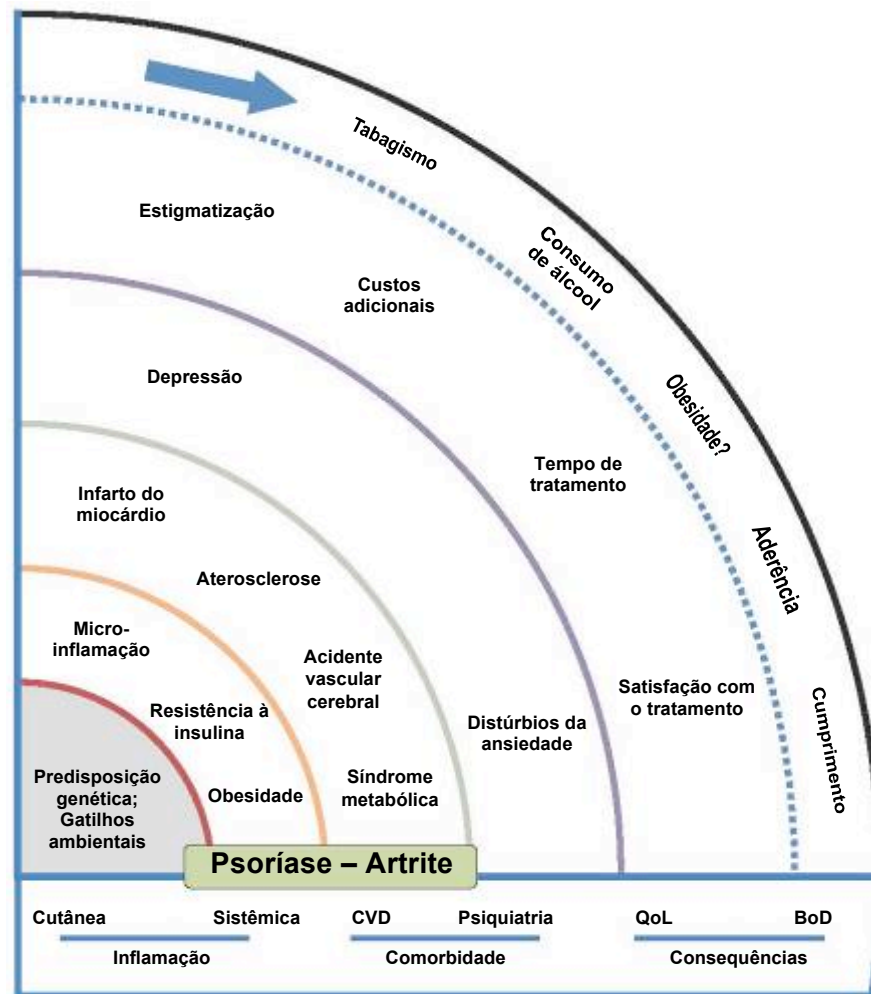
A psoríase envolve a pele e as unhas, e está associada a uma diversidade de comorbidades. As lesões cutâneas são pápulas e placas vermelhas localizadas ou generalizadas, na maior parte simétricas, nitidamente demarcadas, e normalmente recobertas por descamações brancas ou prateadas. As lesões causam prurido, ardência e dor. Entre 1,3% (6) e 34,7% (7) dos indivíduos com psoríase desenvolvem artrite inflamatória crônica (artrite psoriática), que leva a deformações articulares e incapacidade. Entre 4,2% e 69% de todos os pacientes que sofrem de psoríase desenvolvem alterações ungueais (8 a 10). Relata-se que os indivíduos com psoríase apresentam um maior risco de desenvolver outras condições clínicas sérias, tais como doenças cardiovasculares e outras doenças não transmissíveis (NCDs) (5,11,12).

A psoríase causa um grande ônus físico, emocional e social (13 a 15). Em geral, a QoL com frequência está significativamente comprometida (16 a 23). Desfiguração, incapacidade e perda acentuada da produtividade são desafios comuns para as pessoas com psoríase. Também existe um custo significativo para o bem-estar mental, tais como taxas mais altas de depressão, que levam a um impacto negativo para os indivíduos e a sociedade (24,25). A exclusão social, a discriminação e o estigma são psicologicamente devastadores para os indivíduos que sofrem de psoríase e as suas famílias. Não é a psoríase que causa a exclusão – é principalmente a reação da sociedade a ela, e isto pode mudar.

O tratamento da psoríase ainda é baseado no controle dos sintomas. Estão disponíveis terapias tópicas e sistêmicas, bem como fototerapia. Na prática, com frequência é utilizada uma combinação destes métodos. A necessidade de tratamento normalmente é vitalícia e tem por alvo a remissão. Até o momento, não existe uma terapia que possa dar esperanças de uma cura completa da psoríase. Além disso, o cuidado dos pacientes com psoríase não requer apenas o tratamento das lesões cutâneas e do envolvimento articular, mas também é muito importante identificar e tratar a comorbidade comum que já exista ou que possa se desenvolver, incluindo doenças cardiovasculares e metabólicas, bem como as condições psicológicas.

Em 2015, a noção é que a psoríase é uma doença complexa, que leva a diversas consequências para as vidas dos pacientes (Figura 1).

Figura 1. Sinopse sobre a psoríase como uma doença crônica, com uma alta comorbidade



BoD, ônus da doença; CVD, doença cardiovascular; QoL, qualidade de vida
 Fonte: Mrowietz et al. 2014 (26).

Por que um relatório global sobre a psoríase?

Em 24 de maio de 2014, a Sexagésima Sétima Assembleia Mundial da Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) adotou uma resolução sobre a psoríase (WHA 67.9). Todos os Estados Membros reconheceram o ônus da psoríase e se comprometeram a aumentar seus esforços para combater o estigma e a exclusão desnecessária das pessoas que vivem com a psoríase. Eles também reconheceram que muitas pessoas no mundo sofrem desnecessariamente com a psoríase em virtude do diagnóstico incorreto ou tardio, das opções de tratamento inadequadas e do acesso insuficiente aos cuidados. A resolução solicitou à OMS que preparasse um relatório global sobre a psoríase, que chamasse a atenção para o impacto da psoríase sobre a saúde pública. A resolução também encorajou os Estados Membros a se envolverem em esforços de defesa, para aumentar a ciência a respeito da doença psoríase e combater e eliminar a estigmatização sofrida por aqueles com psoríase.

A OMS reconhece a necessidade urgente de buscar esforços multilaterais para aumentar a ciência a respeito da doença psoríase e para combater a estigmatização sofrida por aqueles com psoríase. Este relatório é redigido para ajudar a aumentar a ciência sobre a variedade de modos por meio dos quais a psoríase pode impactar as vidas das pessoas. Ele tem por alvo fornecer aos elaboradores de políticas soluções práticas para melhorar os cuidados de saúde e a inclusão social dos indivíduos com a psoríase – e outras NCDs – na sociedade.

Capítulo 2. O ônus da psoríase

A psoríase ocorre mundialmente. Ela afeta homens e mulheres de todas as idades, independentemente da origem étnica, em todos os países (1). Os dados publicados sobre a prevalência da psoríase nos países variam entre 0,09% (2) e 11,4% (3). Na maior parte dos países desenvolvidos, a prevalência está entre 1,5 e 5% (27). Também existem evidências que sugerem que a prevalência da psoríase possa estar aumentando (3). Muitos estudos demonstraram que a psoríase pode impactar substancialmente a QoL, até mesmo quando uma área de superfície corporal (BSA) relativamente limitada é afetada (16,17,22, 28 a 32).

Incidência e prevalência

Existem muito poucos estudos sobre a incidência¹ da psoríase. O registro de casos de psoríase não é obrigatório, o que significa que é difícil encontrar dados confiáveis. Uma revisão da literatura publicada revelou apenas um punhado de estudos confiáveis sobre a incidência da psoríase. Um estudo demonstrou que a taxa de incidência da psoríase ajustada ao sexo e à idade em geral em Minnesota, nos Estados Unidos da América, entre 1980 e 1983, foi estimada em 0,60 por 1000 pessoas-anos (33). Um estudo de 511.532 indivíduos na Itália entre 2001 e 2005 relatou uma incidência da psoríase (adultos que receberam um diagnóstico de psoríase pela primeira vez) de 2,30 a 3,21 casos por 1000 pessoas-anos (12). Em 2012, um estudo de triagem da psoríase de 2 semanas, por meio de consulta clínica, foi realizado em três países simultaneamente – Argélia, Tunísia e Marrocos, nos quais a incidência da psoríase foi estimada em 10,36, 13,26 e 15,04 por 1000, respectivamente (34).

Relativamente mais estudos enfocaram na prevalência da psoríase. Uma revisão da literatura publicada encontrou 68 artigos e relatórios integrais que estimaram as taxas de prevalência em relação a 20 países (Tabela 1). Entretanto, deve-se observar que os dados que eles contêm são extremamente difíceis de comparar entre si, em virtude das diferentes metodologias dos estudos e das suas limitações. Os principais problemas são as diferenças na definição de prevalência (prevalência pontual, prevalência cumulativa, prevalência do período), na definição de caso de psoríase (autorrelatada, diagnosticada pelo médico), nas idades das populações estudadas (apenas crianças, apenas adultos, qualquer faixa etária) e nas técnicas de amostragem (questionários, exame clínico, combinação de exame clínico e questionário, dados de registro). Esta diferença na metodologia impactou claramente as taxas de prevalência. Dependendo da região, os estudos de prevalência variaram de 0,09% na República Unida da Tanzânia (2) a 11,4% na Noruega (3). Foi observada uma correlação muito fraca entre a latitude geográfica e a prevalência da psoríase (35). A psoríase aparenta ocorrer mais comumente nas populações do norte da Europa (3,36) e menos nas populações da Ásia oriental (37 a 45). Alguns estudos investigaram as diferenças étnicas na prevalência da psoríase. De acordo com um estudo de 2001 nos Estados Unidos da América, pessoas com ancestralidade caucasiana ou negra e outras apresentaram uma prevalência de 2,5%, 1,3% e 1,0%, respectivamente (14). Em outro estudo dos Estados Unidos da América de 2009 a 2010, estas diferenças foram maiores, com a prevalência em relação a caucasianos, negros, hispânicos e outros em 3,6%, 1,9%, 1,6% e 1,4%, respectivamente (46).

¹ Incidência e prevalência são termos correlatos. A prevalência se refere à proporção, em uma população, que se observa apresentar uma condição, dentre o número total de pessoas estudadas, enquanto a incidência se refere a novos casos dentro de um período especificado (normalmente um ano), divididos pelo tamanho da população.

Tabela 1. Resumo dos estudos sobre a prevalência da psoríase

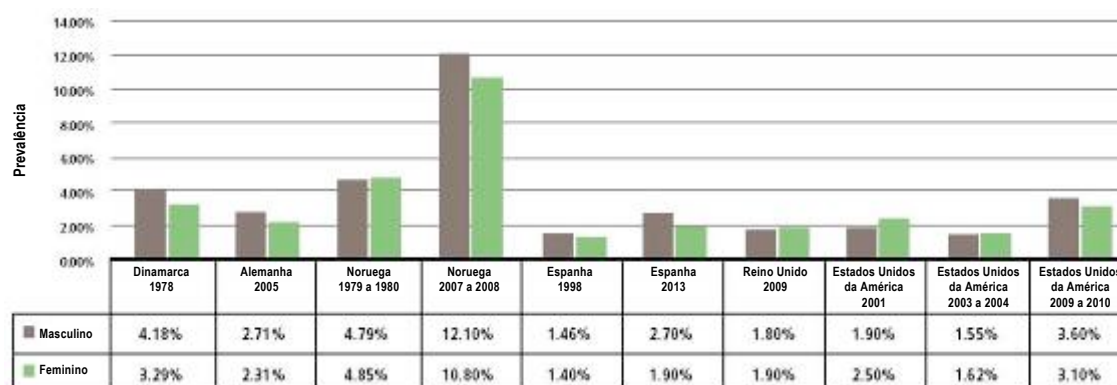
Localização geográfica	Ano(s) do estudo	Tamanho da amostra	Estimativa	Feminino	Masculino	Idades dos indivíduos (anos)
Crianças						
China, Taiwan (39)	2004	4.067	0,00%			6 a 11
China, Taiwan (38)	2005	3.273	0,00%			6 a 11
Egito (47)	2008 a 2009	2.194	0,05%			< 18
Egito (48)	2011 a 2012	6.162	0,06%			6 a 12
Alemanha (49)	2005	306.020	0,71%	0,76%	0,66%	< 18
Alemanha (50)	2007	1.215.684	0,40%	0,44%	0,35%	< 18
Alemanha (11,51)	2009	293.181	0,45%			< 18
Alemanha (52)	...	16.500	1,37%			0 a 17
Itália (53)	2006	145.233	0,09%			0 a 14
Itália (54)	2012	154.233	0,2%			0 a 14
Suécia (55)	1975 a 1976	8.298	0,30%	0,50%	0,10%	12 a 17
Adultos						
Austrália (56)	...	1.037	2,30%			...
Austrália (57)	1996	416	4,5%			≥ 18
Austrália (58)	1997 a 1998	1.457	6,6%	4,5%	8,9%	≥ 20
Brasil (13)	2011	12.000	1,3%			≥ 18
Croácia (59)	1987	6.711	1,21%			> 18
Dinamarca (60)	1978	3.892	3,73%	3,29%	4,18%	16 a 99
França (61)	2005	6.887	5,17%			≥ 15
Alemanha (62)	2004 a 2009	90.880	2,03%	1,78%	2,24%	16 a 70
Alemanha (63)	2001 a 2005	48.665	2,10%	1,9%	2,3%	16 a 70
Itália (64)	2003	3.660	3,10%			≥ 45
Noruega (3)	2008	10.302	11,43%	10,8%	12,1%	20 a 79
Noruega (65)	1979 a 1980	14.667	4,82%	4,85%	4,79%	20 a 54
Noruega (36)	2000 a 2001	18.747	6,1%			30 a 75
Noruega (66)	1998	8.045	4,2%			19 a 31
Suécia (67)	2004 a 2005	4.875	3,9%			18 a 84
Reino Unido (68)	...	58.257	1,3%			18 a 64
Estados Unidos da América (14)	2001	27.220	2,21%	2,5%	1,9%	≥ 18
Estados Unidos da América (46)	2009 a 2010	6.216	3,2%	3,1%	3,6%	20 a 59
Estados Unidos da América (69)	2003 a 2004	2.984	3,15%	3,18%	3,11%	20 a 59
Estados Unidos da América (70)	1998 a 2010	121.701		1,32%		30 a 55
Estados Unidos da América (70)	1991 a 2005	116.686		1,37%		25 a 42
Estados Unidos da América (70)	1986 a 2010	51.529			1,25%	40 a 75
Estados Unidos da América (71)	2011	799.607	0,51% a 1,13%			≥ 65
Estados Unidos da América (72)	2003 a 2006, 2009 a 2010	10.676	3,10%	3,0%	3,1%	20 a 59
Estados Unidos da América (73)	2001	2.443	1,3%			≥ 18
Estados Unidos da América (73)	2001	21.921	2,5%			≥ 18
Estados Unidos da América (74)	2001 a 2002	2.619.719	0,91%			...
Estados Unidos da América (74)	2001 a 2002	2.872.333	1,06%			...
Estados Unidos da América (75)	1991 a 2005	84.039		2,58%		41 a 58
Todas as idades						
China (37)	1984	6.617.917	0,123%	0,124	0,168	0 a 65+
China (40)	...	30.935	1,49%			todas as idades
China, Taiwan (41)	2000 a 2006	5.864	0,19%	0,16%	0,23%	todas as idades
China, Taiwan (76)	2006	23.000.000	0,235%			todas as idades
China (42)	1974 a 1981	670.000	0,35%			...
China (43)	...	17.345	0,47%			todas as idades
China (44)	...	7.747	2,14%			12 a 20
Dinamarca, Ilhas Faroé (77)	1947 a 1948	10.984	2,84%			todas as idades

Egito (78)	1994 a 1996	8.008	0,19%			todas as idades
Alemanha (79)	2005	1.344.071	2,53%	2,57%	2,79%	todas as idades
Alemanha (80)	2003	2.238.000	2,0%			todas as idades
Itália (81)	2006	4.109	2,9%			todas as idades
Japão (45)	2010 a 2011	128.000.000	0,44%			todas as idades
Noruega (82)	1985	10.576	1,41%	1,45%	1,37%	todas as idades
Noruega (83)	1991	2.508	1,40%			todas as idades
Noruega (83)	1991	442	1,10%			todas as idades
Polónia (84)	2005 a 2009	2.161.832	1,45%	1,46%	1,43%	todas as idades
Portugal (85)	1994	1.037	1,9%			todas as idades
Espanha (86)	1998	12.938	1,43%	1,40%	1,46%	todas as idades
Espanha (87)	2013	12.711	2,31%	1,9%	2,7%	todas as idades
Sri Lanka (88)	1997	1.806	0,44%			todas as idades
Suécia (89)	2001 a 2007	...	1,35%			todas as idades
Suécia (90)	1998 a 2010	...	1,95%			todas as idades
Tanzânia, República Unida da (2)	1994	1.114	0,09%			todas as idades
Tunísia (91)	...	5.778	0,57%			todas as idades
Reino Unido (92)	2009	7.520.293	1,87%	1,9%	1,8%	todas as idades
Reino Unido (93)	...	4.390	1,71%			todas as idades
Reino Unido (94)	1987 a 2002	7.533.475	1,52%			todas as idades
Reino Unido (95)	...	29.348	2,60%			todas as idades
Reino Unido (96)	2002 a 2003	789.335	0,8%			todas as idades
Reino Unido (97)	1999	252.538	0,73%			todas as idades
Estados Unidos da América (98)	1971 a 1974	20.749	1,43%			1 a 74
Estados Unidos da América (99)	2009	2.573	5,1%			todas as idades

Observação: = nenhum dado.

A psoríase é considerada igualmente prevalente em ambos os sexos (5). Entretanto, dentre todos os estudos que relataram a prevalência por sexo (Figura 2), alguns estudos indicaram que a psoríase é mais comum em homens. Os valores citados não são estatisticamente significativos. Esta questão requer investigação adicional e, em particular, a diferenciação dos fatores genéticos e comportamentais.

Figura 2. Prevalência da psoríase, por sexo (fornecido o ano da pesquisa dos dados; não da publicação)



A psoríase pode ocorrer em qualquer idade. Embora alguns estudos tenham indicado que a idade média do início da psoríase tenha sido aos 33 anos de idade, e que 75% dos casos ocorreram antes dos 46 anos de idade (93), outros sugeriram que o início da psoríase foi bimodal, com dois picos da doença – o primeiro entre 16 e 22 e o segundo entre 57 e 60 anos de idade (100).

A psoríase também ocorre em crianças. Entretanto, existem poucos estudos sobre a incidência ou a prevalência da psoríase em crianças, e aqueles que existem revelam variações entre a quase ausência de psoríase juvenil em Taiwan, China (38,39) e os 1,37% de prevalência vitalícia em crianças de 0 a 17 anos de idade na Alemanha (52). O maior estudo sobre a prevalência entre crianças foi realizado na Alemanha em 2007 (49). Os dados coletados a partir de uma base de dados de uma empresa de seguros de saúde de aproximadamente 1,3 milhões de indivíduos demonstraram que a prevalência da psoríase em crianças com menos de 18 anos de idade foi de 0,40%, que aumentou aproximadamente de modo linear ao longo do curso da vida. Em 2008 a 2009, um estudo de 2194 crianças no Egito (47) observou que a prevalência da psoríase entre pessoas com 18 anos de idade ou menos foi de 0,05%.

A psoríase está se tornando mais ou menos comum?

O rastreamento das tendências na incidência e na prevalência da psoríase é difícil, em virtude das diferentes metodologias de pesquisa sobre esta questão. Entretanto, é observada uma aparente tendência crescente em diversos países. A prevalência da psoríase na China em 1984 foi de 0,17%, enquanto que, 25 anos mais tarde, outro estudo observou que ela é de 0,59% (37,43). A prevalência na Espanha em 1998 foi de 1,43%, enquanto que, 15 anos mais tarde, foi relatada como 2,31% (86,87). Os dados sobre a prevalência nos Estados Unidos da América a partir da Pesquisa de Exame da Saúde e da Nutrição Nacional indicaram um aumento na prevalência, de 1,62% para 3,10%, de 2004 a 2010 (46,69). Entretanto, diferentes metodologias na condução destes estudos, especialmente em vista das diversas definições de caso de psoríase, não permitem uma avaliação clara da tendência crescente.

O estudo mais instrutivo das tendências na prevalência é um acompanhamento de 30 anos de uma coorte com base em população em Tromsø, na Noruega (3). As análises das tendências na prevalência durante 1979 a 2008 indicam que a prevalência da psoríase vitalícia autorrelatada (na mesma coorte) aumentou de 4,8% para 11,4%.

Ônus da incapacidade global em virtude da psoríase

O Estudo do Ônus da Doença Global em 2010 (1) foi uma tentativa de medir a extensão da incapacidade ou da perda de saúde em virtude de diferentes doenças. Uma das medidas comumente utilizada para esta medição é o ano de vida ajustado à incapacidade (DALY). O DALY é igual à soma dos anos vividos com incapacidade (YLDs) e dos anos de vida perdidos (YLLs). Um DALY é igual a um ano perdido de uma vida hígida.

$$\text{DALY} = \text{YLD} + \text{YLL} \quad 1 \text{ DALY} = 1 \text{ ano perdido de vida hígida}$$

As análises do Estudo do Ônus da Doença Global sugeriram que o ônus da psoríase é alto (1). O DALY médio global em relação à psoríase para 2010 foi estimado em 1.050.660, que é o dobro daquele da hepatite C aguda. As estimativas do ônus da doença global em relação aos países individuais são apresentadas no mapa na Figura 3.

Figura 3. Mapa mundial que demonstra os DALYs em relação à psoríase por 100.000; taxas para todas as idades e ambos os sexos

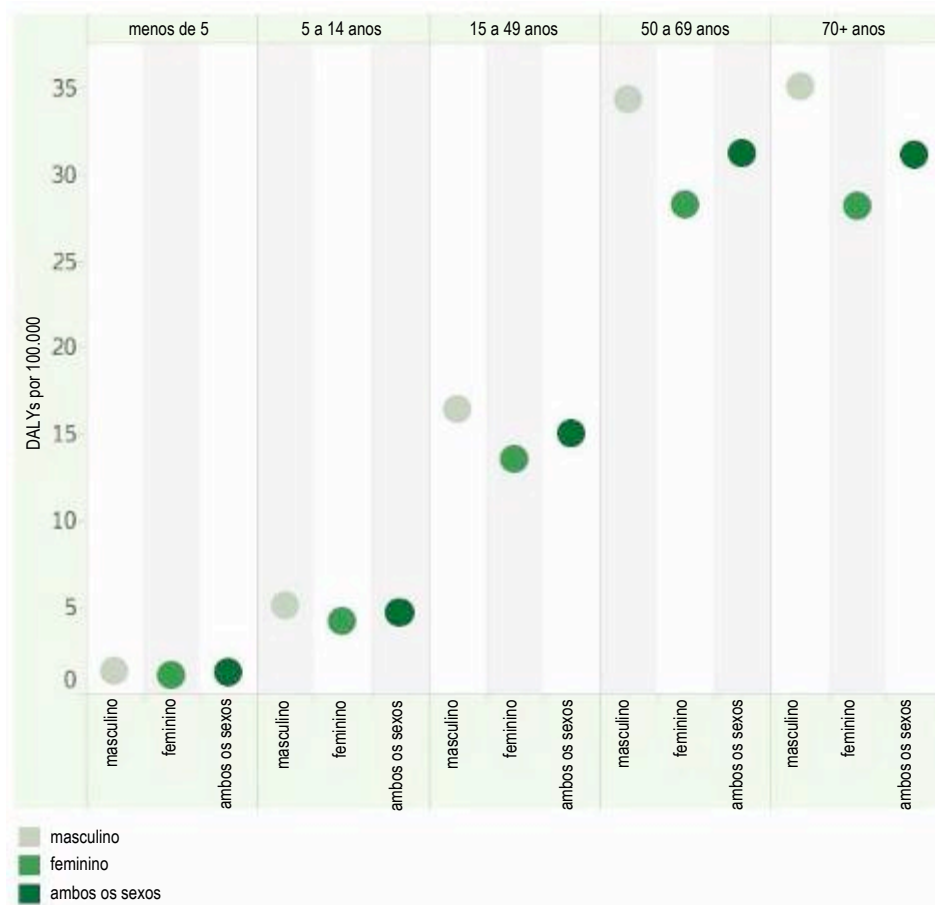


Fonte: Adaptada de IHME GBD 2010 (1).

Os DALYs em relação a ambos os sexos aumentaram linearmente com o aumento da idade até os 60 anos. O estudo demonstrou que o maior ônus da doença ocorreu no grupo dos 50 aos 69 anos de idade e que a psoríase causou um ônus de DALYs discretamente mais alto em homens adultos do que em mulheres adultas até os 75 anos de idade (Figura 4).

No Estudo do Ônus da Doença Global, o ônus específico para o paciente das doenças cutâneas crônicas, tal como a psoríase, pode ter sido subestimado, tendo em vista que os pesos da doença de base não foram derivados dos pacientes afetados. Diversos estudos demonstraram que as doenças cutâneas crônicas com alta estigmatização são percebidas de modo significativamente mais negativo pelos pacientes do que pelo público. Portanto, as limitações do Estudo do Ônus da Doença Global refletem um problema psicossocial importante para os pacientes com psoríase em geral: a ausência de ciência sobre o seu ônus específico por parte de outros. Publicações recentes sobre o ônus da doença global da psoríase e de doenças cutâneas delinearam esta discrepância de acordo com isto (101,102). Por este motivo, qualquer análise comparativa do ônus da doença entre as condições precisa equilibrar melhor o ônus objetivo e o subjetivo.

Figura 4. Distribuição de DALYs em relação à psoríase, por 100.000, por sexo e faixa etária



Fonte: Adaptada de IHME GBD 2010 (1).

Intervalos nos dados

Bons dados epidemiológicos são essenciais para o controle da doença e o adequado planejamento dos cuidados de saúde. Este capítulo ilustra os muitos intervalos nos dados da psoríase, e a dermatologia permanece um dos campos de estudos epidemiológicos mais negligenciados. Existe a necessidade de dados de melhor qualidade sobre a incidência e a prevalência da psoríase para entender melhor o tamanho e a distribuição do problema. Os dados de prevalência disponíveis têm origem em apenas 20 países, o que significa que existem enormes intervalos geográficos no conhecimento, especialmente de ambientes de baixa renda e renda intermediária. Com a finalidade de comparar a incidência e a prevalência da psoríase entre as regiões e rastrear as suas tendências ao longo do tempo, os dados devem ser obtidos da mesma maneira em diferentes locais, de um modo que possa ser reproduzido. São necessárias medidas padronizadas, incluindo avaliação diagnóstica uniforme, definição de idade adulta e métodos de determinação de casos, com a finalidade de fornecer uma percepção adicional de problemas dermatológicos, tal como a psoríase. A estimativa do ônus da doença em virtude da psoríase, tal como o Estudo do Ônus da Doença Global de 2010, deve ter por base métodos melhores e mais centrados nos pacientes. Isto inclui a consideração de medidas específicas da doença, em vez de medidas genéricas.

Capítulo 3. Como a psoríase afeta as vidas das pessoas?

Introdução

A psoríase é uma doença crônica, não transmissível, dolorosa, desfigurante e incapacitante para a qual não há cura, que se apresenta sem um quadro clínico único e típico. Ela pode se manifestar de muitas formas diferentes. Além do envolvimento da pele e das unhas, pode haver o desenvolvimento de artrite inflamatória (artrite psoriática). Os pacientes que sofrem de psoríase apresentam maior risco de desenvolver doenças cardiovasculares e outras NCDs (103). Além disso, a psoríase afeta a saúde mental e as pessoas que sofrem da doença apresentam estigma social significativo.

Ao avaliar a gravidade da psoríase, estão sendo utilizadas mais de 40 ferramentas diferentes (104). As medidas comumente utilizadas para a classificação da gravidade da psoríase incluem o Índice de Área e Gravidade da Psoríase (PASI), e a Avaliação Global do Médico. Os clínicos avaliam a gravidade da doença levando em consideração o grau de descamação, o eritema, a espessura das lesões cutâneas ou o tamanho da BSA ocupada pela psoríase. Medidas da QoL também são importantes.

Mulher, África do Sul: “Tenho psoríase desde os 26 anos de idade e agora tenho 54. No primeiro momento, eu achei que era caspa, tendo em vista que ela começou no meu couro cabeludo. Meus colegas de trabalho sugeriram todos os tipos de xampus, já que ela era visível (“a caspa”). Em seguida ela começou no meu corpo e consultei um dermatologista, e fui informada de que era psoríase. Comprei pomadas, as quais senti que não ajudavam. Escondi minha pele de todas as pessoas e comecei a usar um lenço no pescoço no trabalho. Eu me sentia rejeitada, tendo em vista que na maior parte dos ambientes de trabalho não era permitido usar um lenço no pescoço naquela época. Na época, eu sentia que a psoríase era a doença da qual ninguém falava, tendo em vista que as pessoas eram ignorantes e viravam seus rostos, ou faziam perguntas estúpidas, ou olhavam para você e achavam graça. Isto ainda acontece atualmente.”

Fonte: South Africa Psoriasis Association.

Pele e unhas






Com base no tipo de lesões cutâneas, na localização, na idade ao início e na evolução da doença, são utilizadas diversas classificações clínicas da psoríase (Tabela 2).

Os sintomas ligados à psoríase e relatados com mais frequência são (105):

- descamação da pele em 92%
- prurido em 72%
- eritema em 69%
- fadiga em 27%
- edema em 23%
- queimação em 20%
- sangramento em 20% dos indivíduos.

De acordo com outro estudo, floculação ou descamação fora da área do couro cabeludo ocorria em 89% e floculação ou descamação das áreas do couro cabeludo em 62% dos pacientes. Foram observados ou prurido ou arranhadura em 87%, erupção cutânea em 74%, dor cutânea em 62%, sangramento em 58%, eritema em 57%, exacerbações em 49%, dor articular em 42%, fissuras cutâneas em 39%, pele seca em 34%, desconforto físico em 32%, queimação em 28% e problemas ungueais em 22% (7).

Tabela 2. Tipos comuns de psoríase e suas manifestações

<p>Psoríase vulgar (psoríase em placas)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ O tipo mais comum de psoríase, afeta entre 58% (79) e 97% (45) de todos os pacientes. ■ Placas inflamatórias vermelhas, nitidamente demarcadas, elevadas, secas e de tamanhos diferentes, normalmente recobertas por descamações prateadas ou brancas. ■ Envolve o couro cabeludo e a área atrás das orelhas. as superfícies extensoras dos antebraços e das canelas (especialmente ombros e joelhos), tronco, face, palmas, solas e unhas. 	 <p>Psoríase vulgar em pacientes adultos. © Ulrich Mrowietz, Psoriasis Center Kiel.</p>
<p>Psoríase intertriginosa (psoríase em dobras e áreas genitais)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Afeta entre 12% (105) e 26% (21) de todos os casos de psoríase. ■ Áreas ou placas vermelho-escuro ou brancas, achatadas, nitidamente demarcadas e úmidas; normalmente estão ausentes descamações. ■ Afeta quase que exclusivamente locais flexurais do corpo – axilas, fossa antecubital, cristas inframamárias, umbigo, virilha, área genital, fenda glútea, fossas poplíteas e outras dobras corporais. 	 <p>Psoríase intertriginosa em pacientes adultos. © Ulrich Mrowietz, Psoriasis Center Kiel.</p>
<p>Psoríase gutata (psoríase em gotas)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Afeta entre 0,6% (45) e 20% (8) dos indivíduos diagnosticados com psoríase e normalmente ocorre na infância e na adolescência. ■ Pápulas e placas avermelhadas, semelhantes a gotas, que envolvem principalmente o tronco, os braços e as pernas. ■ O início está associado à infecção estreptocócica do trato respiratório superior e sintomas cutâneos anteriores (106). 	 <p>Psoríase gutata em uma menina de 8 anos de idade. © Michael P. Schön, Universitätsmedizin Göttingen.</p>
<p>Psoríase pustular</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Afeta entre 1,1% (45) e 12% (105) de todos os casos de psoríase. ■ Pústulas que se unem, preenchidas com pus não infeccioso. ■ Envolve pequenas áreas, tais como as palmas das mãos, pontas dos dedos, unhas e solas dos pés, ou toda a superfície corporal; pode ocorrer como um episódio único após um gatilho. 	 <p>Psoríase pustular generalizada em uma paciente adulta. © Michael P. Schön, Universitätsmedizin Göttingen.</p>
<p>Psoríase eritrodérmica</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Afeta entre 0,4% (45) e 7% (105) de todos os casos de psoríase. ■ Eritema intenso e esfoliação da maior parte da superfície corporal. ■ O tipo mais sério de psoríase, possivelmente de risco à vida, tendo em vista que pode levar à hipotermia, hipoalbuminemia e insuficiência cardíaca de alto débito. 	 <p>Psoríase eritrodérmica em um paciente adulto do sexo masculino. © Matthias Augustin, University Medical Center Hamburg.</p>

Com base em uma revisão da literatura, a prevalência da psoríase ungueal varia entre 4,2% (8) e 69% (9) de todos os pacientes que sofrem de psoríase. A psoríase ungueal pode ocorrer com o envolvimento da pele ou pode ocorrer isoladamente, sendo o único sintoma da psoríase. A psoríase ungueal não é apenas um problema de natureza estética, mas também pode restringir a destreza manual. A doença ungueal pode ser aguda ou crônica, com gravidade variada. Pode haver o envolvimento de uma única unha ou de todas as unhas, associado à destruição grave ou à perda da unha (Figura 5).

Figura 5. Psoríase ungueal



© Matthias Augustin, University Medical Center Hamburg.

A psoríase ungueal pode ser um fator de predisposição a infecções fúngicas ou bacterianas, que ocorrem em 4,6% a 30% dos casos de psoríase ungueal (107).

Os pacientes que sofrem de psoríase ungueal apresentam pontuações de gravidade da psoríase significativamente piores, em comparação aos pacientes sem envolvimento ungueal (108). Além disso, eles relatam uma QoL pior e um maior número de dias de incapacidade para o trabalho (108). Estes pacientes também apresentaram maior probabilidade de serem hospitalizados e sofriam de artrite psoriática com mais frequência.

Artrite psoriática

Além da pele, a psoríase pode estar associada a uma artrite inflamatória conhecida como artrite psoriática, que envolve as articulações da coluna e outras articulações. Isto ocorre sem a presença de anticorpos específicos no sangue (espondiloartropatia soronegativa). O fator reumatoide (anticorpo que ocorre na artrite reumatoide) também é negativo.

Uma revisão da literatura demonstrou que a artrite psoriática afeta entre 1,3% (6) e 34,7% (7) dos pacientes diagnosticados com psoríase. Não existem dados sobre a predileção sexual. Em uma população dos Estados Unidos da América, observou-se que a artrite psoriática ocorria com mais frequência em pacientes caucasianos do que em outros grupos étnicos (109). Dois grandes estudos alemães consecutivos de consultórios dermatológicos avaliaram a prevalência da artrite a partir dos exames por parte de reumatologistas em 2005 e 2007, a qual foi de 20,6% (10) e 19,6% (110), respectivamente.

Os sintomas clínicos são variáveis; entretanto, artrite periférica, espondilite, entesite (inflamação dos locais nos quais os tendões se inserem nos ossos), artrite em dedos e dactilite (edema profuso dos dedos das mãos ou dos pés) são consideradas as mais comuns (Figura 6). A artrite psoriática pode levar à dor crônica e alterações no aspecto físico. Os pacientes que sofrem de artrite psoriática apresentam redução da aptidão física, em comparação aos pacientes com psoríase sem ela (22). Tipicamente, a artrite psoriática ocorre juntamente com lesões cutâneas de longa duração, muito embora em casos raros ela ocorra isoladamente, na ausência da psoríase.

Figura 6. Artrite psoriática

© Matthias Augustin, University Medical Center Hamburg.

Doenças correlatas

Diversos estudos relataram a coexistência de psoríase e outras doenças sistêmicas sérias; as mencionadas com mais frequência são doenças cardiovasculares, síndrome metabólica, incluindo hipertensão, dislipidemia e diabetes mellitus, e doença de Crohn. Até mesmo crianças demonstraram aumento das taxas de comorbidades, em comparação às crianças não afetadas, ou àquelas com eczema atópico (11,49).

A maior parte das publicações discute a associação entre a doença cardiovascular e a psoríase. Os pacientes diagnosticados com psoríase apresentam um aumento do ônus da aterosclerose e da inflamação vascular subclínicas (111). Eles também apresentam níveis significativamente mais altos de lipídeos séricos, incluindo triglicerídeos e colesterol total, em comparação aos indivíduos hígidos (112). Além disso, a psoríase está associada à fibrilação atrial e ao acidente vascular cerebral, que podem ser agravados em pacientes jovens (113). Entretanto, deve-se observar que atualmente não se sabe se a psoríase é um fator de risco independente para o desenvolvimento da doença cardiovascular.

A obesidade ou o ganho de peso demonstraram ser fatores de risco independentes para a psoríase. O tabagismo é outro fator de risco (114). A frequência de síndrome metabólica, depressão e disfunção erétil também demonstrou ser significativamente mais alta em pacientes diagnosticados com psoríase (115). Em algumas doenças e subgrupos de pacientes, a psoríase demonstrou ser um fator de risco independente para a esteatose hepática não alcoólica (116). Apesar de um grande número de estudos sobre a associação da psoríase com comorbidades, a causalidade e a independência de algumas doenças correlatas permanecem incertas e requerem pesquisas adicionais (117,118).

Saúde psicológica e mental

A psoríase não é apenas uma doença que causa sintomas físicos dolorosos, debilitantes e altamente visíveis. Ela também está associada a um grande número de comprometimentos psicológicos. Por muitos motivos, a psoríase pode ser psicologicamente devastadora. As vidas dos pacientes se tornam especialmente difíceis quando a psoríase está presente em áreas altamente visíveis da pele, tais como a face e as mãos. Os problemas psicológicos correlatos podem afetar as atividades sociais e o trabalho no dia-a-dia. Ela causa vergonha, ausência de autoestima, ansiedade e aumento da prevalência de depressão (24,25). Os pacientes com psoríase relatam vivenciar raiva ou desesperança, e revelam uma mais alta taxa de ideações suicidas do que outros pacientes. Em um estudo de 127 pacientes com psoríase, 9,7% relataram o desejo de morrer e 5,5% relataram ideação suicida ativa na ocasião do estudo (119).

Influências do local de trabalho

No local de trabalho, a psoríase pode ser acionada ou agravada por meio do impacto mecânico ou outro impacto físico sobre os locais não protegidos do corpo (120). Em pacientes que se queixaram de dermatite ocupacional nas mãos, observou-se que a psoríase foi a causa da doença em 3,8% (121) a 6,5% (122) dos casos. Luvas especiais e outros equipamentos de proteção individual podem reduzir as lesões e possibilitar que a pessoa continue a trabalhar, o que de outro modo pode ser prejudicado (121,123).

Participação social

A psoríase pode afetar as relações no domicílio, na escola ou no trabalho, bem como as relações sexuais e, portanto, reduzir a QoL e causar tensão psicológica (15,17 a 19,32, 124 a 128). Os pacientes com frequência são estigmatizados e excluídos dos ambientes sociais normais, incluindo escolas, locais de trabalho e piscinas. Como resultado, com frequência eles evitam as atividades sociais e comumente relatam apresentar solidão, isolamento, sentimentos de não serem atraentes e frustração.

Um estudo conduzido nos Estados Unidos da América avaliou quais esferas das vidas dos pacientes sofriam mais (7). Foram consideradas sete áreas de impacto: emocional (humor, sentimentos); social (amigos, atividades); a família (atividades, responsabilidades); profissional (trabalho, carreira); função física; intimidade sexual; e vida estudantil. Os resultados demonstraram que 98% dos pacientes relataram que a psoríase teve impacto sobre a sua vida emocional, 94% sobre a sua vida social, 70% sobre a vida familiar, 68% sobre a sua carreira profissional, 38% sobre a função física, 17% sobre a intimidade sexual, e 21% sobre a sua vida estudantil. Estes valores foram, todos, mais altos em relação aos pacientes com artrite psoriática.

As oportunidades perdidas e o ônus da doença ao longo de uma parte significativa do período de uma vida podem ser cumulativas e, em muitos casos, são irreversíveis.

Gary, com uma paixão genuína pela natação, tem sido um paciente com psoríase crônica desde os 23 anos. Gary não foi admitido em piscinas públicas, tendo em vista que os nadadores fizeram queixas para os salva-vidas. Muito embora os salva-vidas saibam que a psoríase não é contagiosa e que não é transmitida por meio da água, eles não puderam ajudar, a não ser acalmando a situação ao pedir que ele saísse... O banho de sol moderado pode ser benéfico para a psoríase. Gary dirigiu-se a um parque público para um banho de sol em uma manhã de domingo. Quando Gary revelou a sua pele, com áreas vermelhas na parte superior do tronco, a mãe de uma menina se afastou com sua filha. Gary tentou explicar para ela que ninguém pode pegar psoríase ou transmiti-la para outras pessoas, mas ainda assim a jovem senhora não quis ouvir o que ele dizia e se recusou a acreditar nisto.



Fonte: © Hong Kong Psoriasis Patients Association.

Ônus socioeconômico

Em pacientes com psoríase, o comprometimento funcional, as oportunidades perdidas na vida profissional e a elevação do ônus econômico em relação às despesas do tratamento podem ser adicionados ao significativo ônus socioeconômico no nível individual (129 a 131). Os custos da psoríase são significativos para ambos os pacientes e o sistema de cuidados de saúde. O custo anual da psoríase nos Estados Unidos da América foi estimado em US\$ 11,5 bilhões em 2008, com os custos a serem pagos do próprio bolso dos pacientes responsáveis por 55% dos custos diretos totais da doença (132,133). Os dados de pesquisas dos Estados Unidos da América indicam que os pacientes com psoríase pagam em média US\$ 2.528,00 do seu próprio bolso a cada ano com os cuidados da psoríase, 34% dos quais são com medicamentos prescritos e sem prescrição médica (134). Na Suíça, as despesas a serem pagas do próprio bolso em virtude de cuidados ambulatoriais por paciente em 2005 variaram de CHF 600 a 1100 ao ano em relação à psoríase leve, até CHF 2400 a 9900 em relação à psoríase grave (135).

Jimmy, dos Estados Unidos da América, sofre de psoríase grave, que afeta 90% do seu corpo. Ele atualmente é uma pessoa sem residência, após ter perdido a sua capacidade de trabalhar em virtude das suas dolorosas placas psoriáticas que afetam as suas mãos. Foi negado a ele um leito em um abrigo, tendo em vista que a equipe estava preocupada que as suas lesões cutâneas fossem contagiosas. Jimmy atualmente não realiza qualquer tratamento eficaz e luta diariamente não apenas para prover para si próprio, mas também para tratar a sua pele dolorosa.

Fonte: National Psoriasis Foundation, Estados Unidos da América.

A incapacidade de trabalhar em virtude da psoríase aumenta com a gravidade da psoríase. Em um estudo alemão, os pacientes empregados perdiam uma média de 4,9 dias de trabalho por ano em virtude da psoríase (23). Em relação à psoríase grave, a incidência de hospitalizações é quase duas vezes mais alta do que em relação à psoríase leve (136). Além disso, os pacientes que sofrem de doença grave relatam um maior número de dias de ausência do trabalho ou da escola em virtude da psoríase (136).

No nível social, a psoríase, em virtude da sua alta prevalência e dos acentuados custos diretos e indiretos, pode resultar em ônus econômico considerável para os contribuintes, os pacientes e a sociedade em geral (129,131,137,138).

Medição do impacto da psoríase sobre a qualidade de vida

Além da avaliação das manifestações clínicas, uma medida da qualidade de vida relacionada à saúde (HRQoL) é um elemento importante na avaliação do avanço da doença e de seu impacto sobre a saúde e o bem-estar dos pacientes. As ferramentas da QoL estimam o impacto da doença sobre o bem-estar físico, mental, funcional e social a partir das perspectivas dos próprios pacientes. O Índice de Qualidade de Vida Dermatológica (DLQI), apesar das limitações metodológicas, atualmente é o método utilizado com mais frequência para avaliar a QoL em relação aos pacientes com diferentes condições cutâneas.

A HRQoL é significativamente comprometida nos pacientes com psoríase. Fatores tais como gravidade da doença, sexo, idade, locais anatômicos das lesões, envolvimento de comorbidade (por exemplo, artrite) e angústia psicológica podem, todos, estar associados à redução da HRQoL em pessoas com psoríase. O ônus do tratamento e o tempo necessário para o tratamento diário também são importantes prognosticadores da redução da HRQoL (139). Diversos estudos demonstraram evidências de um mais alto impacto sobre a QoL para as mulheres (139), embora outros estudos não tenham observado esta diferença. Contrariamente, um estudo iraniano sobre pacientes com psoríase demonstrou que o impacto negativo sobre a QoL dos pacientes foi mais alto para os homens do que para as mulheres (DLQI 11,0 versus 7,0) (21). O estudo também observou que o impacto sobre a QoL aumentou com o número de áreas envolvidas pela doença. O mais alto impacto negativo sobre a QoL foi observado quando a região do pescoço/decolte ou das mãos estava envolvida, e o mais baixo quando a virilha estava envolvida.

Astrid, mulher, 57, Países Baixos: “Ter uma doença cutânea séria em uma idade jovem é muito difícil. Ter psoríase significa que na sala de aula, ninguém quer se sentar perto de você. Ter psoríase significa nunca ser convidada para uma festa de aniversário e que ninguém quer ir à sua festa de aniversário. Ter psoríase significa não ter permissão para se unir às aulas de natação. Ter psoríase significa não poder participar de um clube esportivo, etc... Eu me apaixonei por um bom homem. Ele tinha conhecimento a respeito da psoríase, porque toda a sua família sofria de psoríase. Depois de nos casarmos, decidimos não ter filhos. Ambos temos uma psoríase franca e não queremos transmitir isto para uma criança. Nós não queríamos arriscar que uma criança tivesse uma vida terrível. Esta foi uma decisão muito difícil. Não ter filhos significa que você nunca terá crianças na sua casa. Nenhum amigo visitando, nenhuma nora ou genro, nenhum neto. Não temos pessoas pela casa e somos apenas duas pessoas que se sentam à ceia de Natal. Encontrar um emprego foi muito difícil. Pessoas que sofrem de psoríase não são desejadas. Outro problema foi encontrar uma casa. Queríamos comprar uma casa, mas em virtude da doença crônica, não conseguimos obter uma hipoteca. Agora temos que pagar um preço de aluguel muito alto, o que significa que não podemos sair de férias, etc... Também existem dificuldades práticas. Quando quero ir ao cabeleireiro, sempre tenho grandes problemas. As cabeleireiras não gostam de pessoas com psoríase. Quando saio para comprar roupas, não me permitem que algumas sejam provadas. Quando você vai ao provador, não é permitido que você devolva as roupas se elas não servirem. Você precisa comprá-las, ainda que elas não sirvam... Se eu não tivesse psoríase, a minha vida provavelmente seria completamente diferente. Talvez nós vivêssemos em uma bela casa. Provavelmente teríamos uma família: filhos e netos. Talvez eu conseguisse o emprego para o qual tive ensinamentos. Sem psoríase, poderíamos ter uma vida normal.”

Fonte: Psoriasis Vereniging Nederland.

Um estudo conduzido em uma grande população de pacientes europeus com psoríase demonstrou que o impacto geral da psoríase aumentou em combinação com a gravidade da doença (105). A psoríase foi um problema significativo para 15% dos pacientes com psoríase leve, 23% com psoríase moderada e 51% com psoríase grave. Além disso, 48% dos pacientes relataram que a sua incapacidade em virtude da psoríase teve um impacto modesto sobre as atividades da vida diária. Em menor extensão, a incapacidade também influenciou a carreira, a escola e as relações com os amigos. Diversas atividades diárias foram afetadas de modo adverso pela psoríase, incluindo escolha das roupas (54%), necessidade de mais banhos (45%), lavagem/troca das roupas com mais frequência (40%), atividades esportivas (38%), distúrbios do sono (34%), inibição das atividades trabalhistas/escolares (27%), dificuldades sexuais (27%) e relações sociais (26%). Um estudo conduzido na Malásia demonstrou resultados semelhantes, com apenas 5,6% dos pacientes relatando que a psoríase não apresentava efeitos sobre a sua QoL (22).

Dai, 26, China, sofre de psoríase eritrodérmica e psoríase pustular. Dia nunca entrou em nenhum emprego formal. Ele atualmente vende mel *online*, mas ainda precisa depender de assistência financeira dos seus pais para viver e para o tratamento. Em 2015, quando sua mãe o levou a um hospital, eles foram recusados por taxistas em seu caminho e também por donos de pousadas.



Fonte: National Psoriasis Foundation, Estados Unidos da América.

Um estudo conduzido na Alemanha também observou que a psoríase apresentou um impacto negativo sobre a QoL para a maioria dos pacientes. Apenas 15,2% relataram que a psoríase não apresentou efeitos sobre a sua QoL (23).

Entretanto, é importante observar que, em muitos estudos, a correlação do comprometimento das pontuações da QoL com a gravidade clínica atual é baixa, o que indica que o impacto da psoríase sobre o indivíduo ultrapassa a aparente gravidade das lesões cutâneas (141). Além disso, a estigmatização e o ônus da QoL associados à psoríase podem apresentar um efeito prolongado ao longo do curso da vida de um paciente. A incapacidade crônica causada pela psoríase é denominada como o “comprometimento do curso da vida cumulativo da psoríase” (CLCI) (20). O CLCI é um conceito importante no cuidado da psoríase, tendo em vista que indica que esta doença crônica, que pode se prolongar ao longo do período desde a infância até a idade avançada, pode levar ao ônus irreversível e à perda de oportunidades. Portanto, até mesmo na ausência de condições de risco à vida ou cicatrização física, existe uma necessidade urgente de intervenção inicial e tratamento da psoríase com base em evidências com a finalidade de evitar o sofrimento em longo prazo, a progressão da doença e o aumento do CLCI. Na prática, podem ser detectados indicadores em relação aos pacientes de risco de CLCI, os pacientes podem ser tratados e o possível CLCI pode ser prevenido (142).

Estudos a respeito do impacto da psoríase sobre a QoL diferem tão dramaticamente em termos de metodologia, que não é possível compará-los de modo preciso. A avaliação da QoL é realizada com a utilização de diferentes escalas e os dados são obtidos com a utilização de diferentes ferramentas (por exemplo, questionários autoadministrados, entrevistas telefônicas, questionários preenchidos pelos médicos) em diversas faixas etárias e diversos grupos étnicos. Não obstante, independentemente dos métodos utilizados, existe uma concordância considerável e uniforme na literatura de que a psoríase leva ao comprometimento da HRQoL. Além disso, em quase todos os estudos clínicos, a HRQoL melhorou com a terapia eficaz (31). A HRQoL também está associada à satisfação do paciente com o tratamento (143).

É claro que os fatores que afetam a incapacidade associada à psoríase podem diferir de paciente para paciente. Além disso, o impacto da psoríase sobre um indivíduo pode variar ao longo do tempo. Entretanto, os estudos de populações oferecem uma percepção geral sobre os fatores que afetam a QoL das pessoas com psoríase.

Capítulo 4. Melhora da qualidade dos cuidados para as pessoas com psoríase

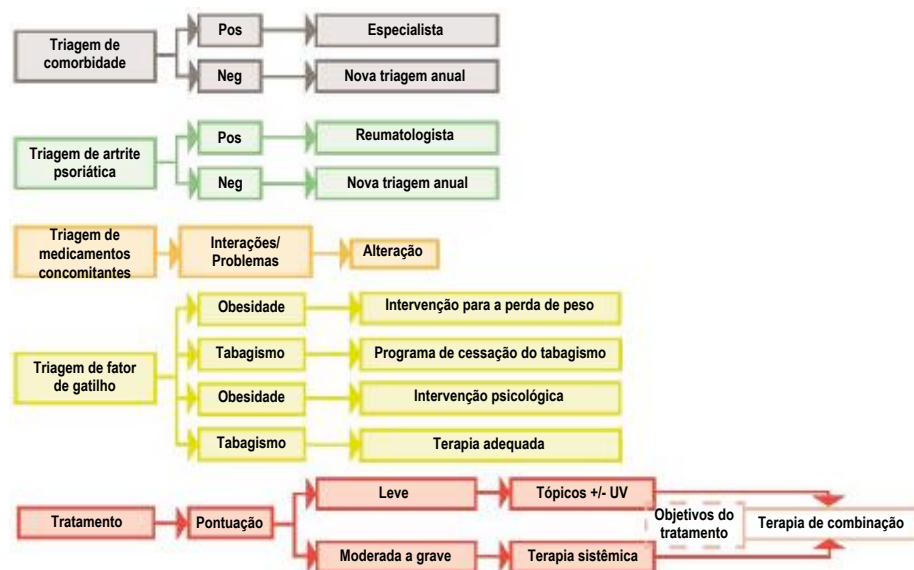
Princípios do tratamento da psoríase

A psoríase é, por natureza, uma doença crônica e incurável, com uma evolução imprevisível dos sintomas e gatilhos. A consequência com frequência é o tratamento vitalício; portanto, todos os tratamentos devem atender a critérios de alta qualidade, que não sejam apenas eficazes, mas também seguros durante longos períodos. Tendo em vista que a causa da psoríase ainda é desconhecida, estão disponíveis tratamentos apenas para o controle dos sintomas. Os tratamentos incluem uma diversidade de terapias tópicas e sistêmicas, bem como a fototerapia. Ela também envolve o tratamento para a redução da dor e da incapacidade em virtude da artrite e de outras manifestações.

Os cuidados dos pacientes com psoríase requerem mais do que o tratamento das lesões cutâneas e do envolvimento articular. A complexidade da psoríase significa que a prescrição de drogas isoladamente é insuficiente para controlar a doença, e que é necessária uma abordagem holística e da pessoa como um todo nos cuidados. O tratamento da psoríase também inclui a triagem em relação a doenças correlatas, tais como hipertensão, dislipidemia, diabetes mellitus e distúrbios cardiovasculares, bem como às suas complicações, tais como infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral (Figura 7). Os pacientes com psoríase apresentam maior probabilidade de sofrer de depressão e distúrbios de ansiedade e apresentam um aumento da taxa de ideação suicida. A triagem, em intervalos regulares, em relação a estas doenças correlatas e em relação aos medicamentos concomitantes para prevenir as interações medicamentosas ou a psoríase acionada por drogas, bem como para o reconhecimento de fatores de gatilho e seu tratamento, é uma parte essencial do tratamento da psoríase.

Os algoritmos de tratamento (tal como demonstrado na Figura 7) para os países com um sistema social e de cuidados de saúde desenvolvido podem ser adaptados às necessidades dos ambientes de cuidados de saúde locais. Podem ser necessárias intervenções psicossociais, tais como tratamento psicológico, instrução do paciente e psicoterapia (144,145). Sessões individuais, terapia em grupo, intervenção de enfermagem (26) e apoio por meio telefônico ou de telemedicina (146) também podem ser úteis. O fortalecimento do paciente é um componente central dos programas de sucesso (147), assim como tem sido demonstrado em outras doenças cutâneas crônicas (123).

Figura 7. Algoritmo de tratamento da psoríase



Pos, positiva; Neg, negativa; UV, ultravioleta
 Fonte: Mrowietz et al. 2014 (26).

Tratamento das manifestações cutâneas

Existem três formas de terapia principais – terapia tópica; fototerapia; e terapia sistêmica (Tabela 3). O tratamento tem por base a gravidade da psoríase na ocasião da apresentação. A psoríase leve normalmente é tratada com terapia tópica, com progressão para a fototerapia em caso de resposta insuficiente. A psoríase moderada a grave requer uma terapia sistêmica. As drogas de primeira linha comumente utilizadas incluem metotrexato, ciclosporina, acitretina e etretinato. Em alguns países, estão disponíveis outras terapias sistêmicas, tais como agentes biológicos e ésteres de ácido fumárico (148). Todos os tratamentos para a psoríase, com exceção dos retinoides, são primariamente anti-inflamatórios, e subsequentemente levam à diminuição da velocidade do *turnover* dos queratinócitos epidérmicos e a um achatamento das placas. Em muitos países, outros tratamentos podem desempenhar um papel proeminente, incluindo a medicina tradicional chinesa, o autotratamento com produtos sem prescrição médica (drogas sem prescrição) e climatoterapia.

Tabela 3. Opções de tratamento para a psoríase

Terapias tópicas (pomadas, cremes, loções, géis, ou espumas aplicados sobre a pele)	Análogos da vitamina D ₃
	Corticosteroides por exemplo, betametasona e hidrocortisona
	Antralina/ditranol
	Retinoides tópicos
Fototerapia (terapia com luz UV)	
Terapias sistêmicas (comprimidos ou injeções/infusão)	Metotrexato
	Ciclosporina
	Acitretina
	Agentes biológicos
	Pequenas moléculas orais

A Lista Modelo de Medicamentos Essenciais da OMS (149) inclui um pequeno número de tratamentos tópicos e sistêmicos que podem ser úteis para os pacientes com psoríase, que devem ser considerados como uma exigência mínima para todos os sistemas de saúde (Tabela 4).

Tabela 4. Opções de tratamento da psoríase incluídos na Lista Modelo de Medicamentos Essenciais da OMS

Lista central ¹	
Medicamentos anti-inflamatórios e antipruriginosos	
betametasona	creme ou pomada: 0,1% (como valerato)
hidrocortisona	creme ou pomada: 1% (acetato)
Medicamentos que afetam a diferenciação e a proliferação cutânea	
alcatrão de carvão	solução: 5%
fluorouracila	pomada: 5%
ácido salicílico	solução: 5%
ureia	creme ou pomada: 5%; 10%
Lista complementar ²	
Terapias sistêmicas³	
metotrexato	comprimido: 2,5 mg (como sal de sódio) (para doenças articulares)
ciclosporina	cápsula: 25 mg (para imunossupressão)

¹Necessidades medicamentosas mínimas para um sistema de cuidados de saúde básico.

²Medicamentos para os quais pode ser necessário diagnóstico, monitoramento, treinamento ou cuidados especializados.

³Estes medicamentos não são incluídos especificamente na Lista Modelo de Medicamentos Essenciais da OMS para condições dermatológicas, mas para as indicações especificadas anteriormente.

Fonte: OMS 2015 (149).

Para assegurar o tratamento eficaz e seguro, devem ser seguidas as recomendações das diretrizes para o monitoramento de segurança. Os pacientes – em particular se em tratamento com drogas recentemente registradas – deverão realizar um acompanhamento em longo prazo, por meio da admissão em registros de farmacovigilância. Foi desenvolvida uma diversidade de diretrizes clínicas para o tratamento da psoríase, incluindo as diretrizes europeias sobre a psoríase e as diretrizes do NICE (150 a 152).

Tratamento da pessoa como um todo: além das manifestações cutâneas

O tratamento dos sintomas cutâneos não é suficiente para controlar esta doença complexa, que apresenta manifestações imprevisíveis e variadas e doenças correlatas.

Conforme resumido no Capítulo 3, muitas pessoas com psoríase apresentam artrite psoriática e, portanto, os pacientes com psoríase deverão ser triados em relação à presença de sintomas articulares iniciais e, se diagnosticados com artrite psoriática, deverão iniciar o tratamento adequado para prevenir a progressão da doença e a destruição articular. Tendo em vista que a artrite psoriática pode se desenvolver ao longo do tempo, uma referida triagem deverá ser repetida em intervalos regulares. Foram desenvolvidas diversas ferramentas para ajudar na detecção dos sinais iniciais de artrite psoriática (153).

Mulher, Escócia: “Fui diagnosticada com psoríase do couro cabeludo aos 13 anos de idade, e ter precisado utilizar pomadas que fazem sujeira e pegajosas quase todas as noites já foi ruim o suficiente para uma adolescente jovem... Fui diagnosticada com artrite psoriática aos 26 anos de idade... Recebi anti-inflamatórios, mas apresentava exacerbações contínuas em minhas mãos, pés, joelhos, tornozelos e pulsos ao longo de muitos anos, edema e muita dor. Naquela época, a atitude era ‘isto não será sério’ – mas foi e é... Agora tenho pés e tornozelos deformados, e não consigo andar até muito longe. Precisei realizar uma extensiva cirurgia no pé.”

Fonte: Psoriasis Scotland Arthritis Link Volunteers.

Compreensão sobre os gatilhos

Foram identificados diversos fatores de gatilho que levam à primeira manifestação da psoríase, ou a exacerbações de uma doença crônica estável. A compreensão e a minimização destes gatilhos pode ser uma parte importante do tratamento da psoríase.

Em uma diversidade de estudos de diferentes países, obesidade/ganho de peso foram identificados como um gatilho significativo para a psoríase (114). Estudos demonstraram que pacientes com psoríase obesos submetidos à cirurgia bariátrica com subsequente significativa perda de peso demonstram uma melhora das lesões cutâneas (154 a 156). A obesidade também está associada à redução da eficácia do tratamento da psoríase (157,158) e é um fator de risco independente para as doenças cardiovasculares. Portanto, programas de intervenção para a perda de peso devem fazer parte do tratamento da psoríase.

O tabagismo é outro fator de risco importante para a psoríase (114). O aconselhamento para a cessação do tabagismo deverá ser incluído no fornecimento dos cuidados. Determinadas infecções também podem atuar como gatilhos para a psoríase. A infecção de garganta estreptocócica é um importante fator de agravamento ou início (159). A periodontite também foi associada a um aumento do risco de psoríase (160). A tonsilectomia em pacientes adultos com tonsilite recidivante pode melhorar a evolução da psoríase e reduzir a necessidade de terapia (159). O estresse representa um forte fator de agravamento para a psoríase em ambos os adultos e as crianças, independentemente da natureza do estressor (161).

Barreiras para os cuidados de qualidade

Os pacientes que sofrem de psoríase enfrentam muitas barreiras ao lidar com os profissionais de saúde e os sistemas de saúde. Os pacientes com doenças cutâneas com frequência encontram estas barreiras, que incluem um baixo nível de conhecimento a respeito das doenças cutâneas entre os profissionais de saúde não treinados em dermatologia, altos custos do tratamento e acesso limitado aos cuidados de saúde. Muitos países de baixa renda e renda intermediária não apresentam especialistas em pele e o encaminhamento é difícil, em virtude da distância geográfica e da disponibilidade de fundos para os deslocamentos. Também existem barreiras específicas para os pacientes com psoríase, tais como a crença persistente a respeito da alegada característica contagiosa da condição, que resulta de uma falta de ciência e compreensão errônea por parte do público. A aderência ao tratamento da psoríase é um

desafio, e a falta de aderência por parte de muitos pacientes com psoríase pode ser um motivo para o tratamento inferior ao ideal (162,163).

Acesso inadequado aos cuidados de saúde

Dale, um homem na casa dos 50 anos na Carolina do Norte, Estados Unidos da América, luta diariamente com sua psoríase em placas grave. Como um trabalhador da construção civil qualificado, ele teve que deixar de trabalhar em virtude da dor grave que afeta as suas mãos edemaciadas. Ele vive atualmente no quintal do seu irmão e realiza trabalhos esparsos para fechar as contas. Ele solicitou a condição de incapaz diversas vezes, o que lhe foi negado. Embora existam muitos tratamentos eficazes, ele não tem acesso a eles, porque não tem seguro.

Fonte: National Psoriasis Foundation, Estados Unidos da América.

De acordo com a Estatística de saúde mundial da OMS de 2015, o acesso aos cuidados de saúde ainda é limitado em muitos países (164). A densidade de médicos por população de 10.000 é ≤ 1 em 21 Estados Membros, e ≤ 10 em 65 Estados Membros. Deve-se observar que os dados sobre a densidade de médicos não estão disponíveis em 77 Estados Membros, o que significa que o acesso aos cuidados de saúde pode ser ainda menor. Além disso, os dados sobre o acesso aos medicamentos essenciais são insuficientes na maior parte dos ambientes com poucos recursos.

Outro problema importante enfrentado por muitos pacientes que sofrem de NCDs, incluindo a psoríase, é o financiamento público inadequado para os cuidados de saúde e os altos custos a serem pagos do próprio bolso.

Os fundos alocados por muitos países para o fornecimento de cuidados de saúde básicos aos seus cidadãos ainda são insuficientes. De acordo com o Atlas de despesas de saúde global da OMS, é necessário um mínimo de US\$ 44,00 por pessoa por ano para o fornecimento de serviços de saúde de salvamento da vida básicos (165). De acordo com a Estatística de saúde mundial de 2015, 25 Estados Membros da OMS gastaram menos do que isto em 2012 (164).

Os dados anteriores refletem perfeitamente um problema fundamental enfrentado pelos pacientes que sofrem de psoríase. A ausência de acesso adequado aos profissionais de saúde significa ausência de diagnóstico, ausência de tratamento, desenvolvimento descontrolado da doença e incapacidade. A ausência de um número suficiente de profissionais de saúde também contribui em alguma medida para a baixa ciência do público sobre a psoríase e a exclusão e a discriminação dos pacientes diagnosticados com a doença.

Ausência de ciência dos profissionais de saúde

Um número insuficiente de profissionais de saúde resulta em uma ausência de apoio de especialistas aos clínicos gerais, que são os únicos provedores dos cuidados de saúde. A ausência de treinamento adequado dos clínicos gerais e outros provedores de cuidados de saúde resulta em uma baixa ciência sobre a psoríase (166). Finalmente, a ausência de ciência a respeito da psoríase e de suas comorbidades correlatas resulta em um diagnóstico inferior ao ideal e terapia ineficaz, inadequada para as necessidades do paciente. A necessidade de maior ciência tem sido enfatizada pelo European White Paper on Psoriasis Care [Artigo Técnico Europeu sobre os Cuidados da Psoríase] (167).

Nas circunstâncias em que existe um acesso limitado aos profissionais de saúde, a ausência de acesso a especialistas clínicos, incluindo dermatologistas, reumatologistas, psiquiatras, cardiologistas e pediatras é ainda mais provável. Em uma situação ideal, é necessário o contato com os referidos especialistas para assegurar o tratamento ideal da psoríase e a prevenção e o tratamento das comorbidades atendidas.

Ausência de ferramentas padronizadas para o diagnóstico e o tratamento

A ausência de diretrizes e ferramentas, que são necessárias para um imediato diagnóstico da psoríase e para o fornecimento do tratamento adequado, é outra questão enfrentada pelos pacientes. Ela resulta em sofrimento desnecessário, doença descontrolada e deformidades irreversíveis das articulações e incapacidade. Além disso, com frequência os pacientes são privados de cuidados abrangentes, individualmente adaptados ou personalizados. Até mesmo nos países onde existem diretrizes, a sua compreensão é insuficiente (167). Entretanto, existem evidências de que quando os provedores de cuidados de saúde têm ciência sobre as diretrizes e as implementam na prática diária, a qualidade dos cuidados para os pacientes com psoríase aumenta (171,172).

Custo e disponibilidade de medicamentos essenciais

Os tratamentos utilizados para diversos distúrbios cutâneos, incluindo a psoríase, podem ser caros, vitalícios e com frequência não são financiados pelos esquemas de cobertura de saúde universal. O autofinanciamento do tratamento com frequência é desastroso para os pacientes e o seu orçamento familiar, tendo em vista, em particular, que muitas pessoas que sofrem de psoríase não conseguem realizar um trabalho profissional por motivos de saúde ou em virtude da discriminação. De acordo com o Atlas de despesas de saúde global da OMS, 100 milhões de pessoas são empurradas para a pobreza a cada ano em virtude de precisarem pagar diretamente por seus cuidados de saúde (165). Em muitos países, a maior parte dos tratamentos para a psoríase está indisponível ou não é reembolsada, até mesmo aqueles na Lista Modelo de Medicamentos Essenciais da OMS (166).

Homem, África do Sul: "Acho que o maior problema que enfrentei foi que o auxílio médico não pagou por determinados tratamentos, e se tornou uma prática muito dispendiosa conseguir que minha pele melhorasse. Isto resultou na minha família devendo uma grande quantidade de dinheiro ao dermatologista, pois o auxílio médico deixou de financiar o meu tratamento (sem nos informar a tempo). Finalmente, eu larguei mão no desespero e, basicamente, desisti do tratamento da minha pele. Como resultado disto, acredito que aproximadamente 65 a 75% do meu corpo esteja recoberto por descamações."

Fonte: South Africa Psoriasis Association.

Os preços dos medicamentos para a psoríase variam consideravelmente – desde os corticosteroides tópicos relativamente baratos até as terapias biológicas mais dispendiosas (168). Avanços recentes nos agentes biológicos expandiram consideravelmente as opções de tratamento para os pacientes com psoríase; entretanto, os custos destes tratamentos mais novos são mais altos do que os dos medicamentos sistêmicos tradicionais e da fototerapia (169,170). Uma análise do custo das terapias sistêmicas conduzida entre 2000 e 2008 revelou que os preços dos medicamentos estão aumentando a uma taxa superior àquela da inflação geral (170).

Tendo em vista a cronicidade da psoríase, estas despesas se acumulam ao longo da duração do tratamento. Seja o custo arcado pelos próprios pacientes ou pelos governos e fundos de seguro, o alto custo das terapias para condições crônicas como a psoríase adiciona um enorme ônus para os gastos de saúde em geral. Os fabricantes precisam trabalhar com os compradores e os reguladores para fornecer estas terapias a preços mais baixos, em especial em relação às terapias sistêmicas mais novas. Até mesmo os custos das terapias tópicas genéricas e dos tratamentos sistêmicos mais baratos, tais como metotrexato e ciclosporina, podem ser barreiras para o tratamento ideal da psoríase em ambientes de recursos mais baixos (166).

Dificuldades com a aderência

A não aderência ao tratamento é uma barreira aos cuidados de qualidade para as pessoas com psoríase. As diversas recidivas, os efeitos colaterais e o custo do tratamento podem desanimar os pacientes. Isto pode levar a uma inadequada aderência à terapia e evita que os pacientes alcancem os melhores resultados possíveis do tratamento (162,163). A aderência do paciente também está associada negativamente à insatisfação com o tratamento e à morbidade psiquiátrica (143). A aderência inadequada é mais alta com a terapia tópica, mas isto também é um problema com o tratamento sistêmico que inclui agentes biológicos (30). A baixa aderência ocorre parcialmente em virtude da comunicação insuficiente a respeito das instruções sobre como utilizar a droga, da percepção errônea dos possíveis eventos adversos e das expectativas errôneas a respeito da velocidade e do grau da melhora.

Discriminação

A discriminação contra os pacientes com psoríase pode afetar diretamente a sua capacidade de acessar os cuidados de saúde adequados. Em muitas comunidades, a crença de que a psoríase é contagiosa pode causar problemas para os pacientes em locais públicos, incluindo instalações de cuidados de saúde e farmácias. A exclusão do trabalho reduz a capacidade de pagar pelos cuidados de saúde necessários e inibe a participação total na sociedade de um modo que promova o seu bem-estar geral e um estilo de vida saudável. Concepções errôneas do público a respeito da psoríase, como por exemplo, o mito de que ela é uma doença contagiosa, resulta na exclusão dos pacientes da vida diária das suas comunidades e fomenta a baixa autoestima, a depressão e até mesmo o suicídio.

O que pode ser feito?

O impacto negativo da psoríase sobre as vidas dos pacientes pode ser reduzido em uma diversidade de áreas importantes. Estas incluem: (i) assegurar que o tratamento das doenças cutâneas seja incluído em esquemas de cobertura de saúde universal; (ii) realizar campanhas e treinamento que tenham por alvo aumentar o conhecimento e a ciência sobre a psoríase entre os provedores de cuidados de saúde e a sociedade; (iii) aumentar as pesquisas sobre a etiologia da psoríase; e (iv) desenvolver novas terapias que tenham por alvo as causas da doença.

Acesso universal aos serviços de saúde e aos medicamentos essenciais

A etapa mais importante é implementar compromissos globais para alcançar a cobertura de saúde universal. A cobertura de saúde universal foi incluída especificamente nas Metas para o Desenvolvimento Sustentável para 2030, aprovadas por todos os Estados Membros das Nações Unidas em uma Reunião Plenária de Alto Nível da Assembleia Geral em Nova York em 25 a 27 de setembro de 2015. Os Estados Membros concordaram que alcançarão a cobertura de saúde universal, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso aos serviços de cuidados de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos essenciais e vacinas seguros, eficazes, de qualidade e acessíveis para todos em 2030. Eles também concordaram em apoiar pesquisas e o desenvolvimento de vacinas e medicamentos para as doenças transmissíveis e NCDs que afetam primariamente os países de baixa renda e renda intermediária e em proporcionar o acesso aos medicamentos para todos. Além disso, eles concordaram em aumentar substancialmente o financiamento de saúde e o recrutamento, o desenvolvimento, o treinamento e a retenção da força de trabalho em saúde em ambientes de baixos recursos, especialmente em países menos desenvolvidos e estados em desenvolvimento em pequenas ilhas.

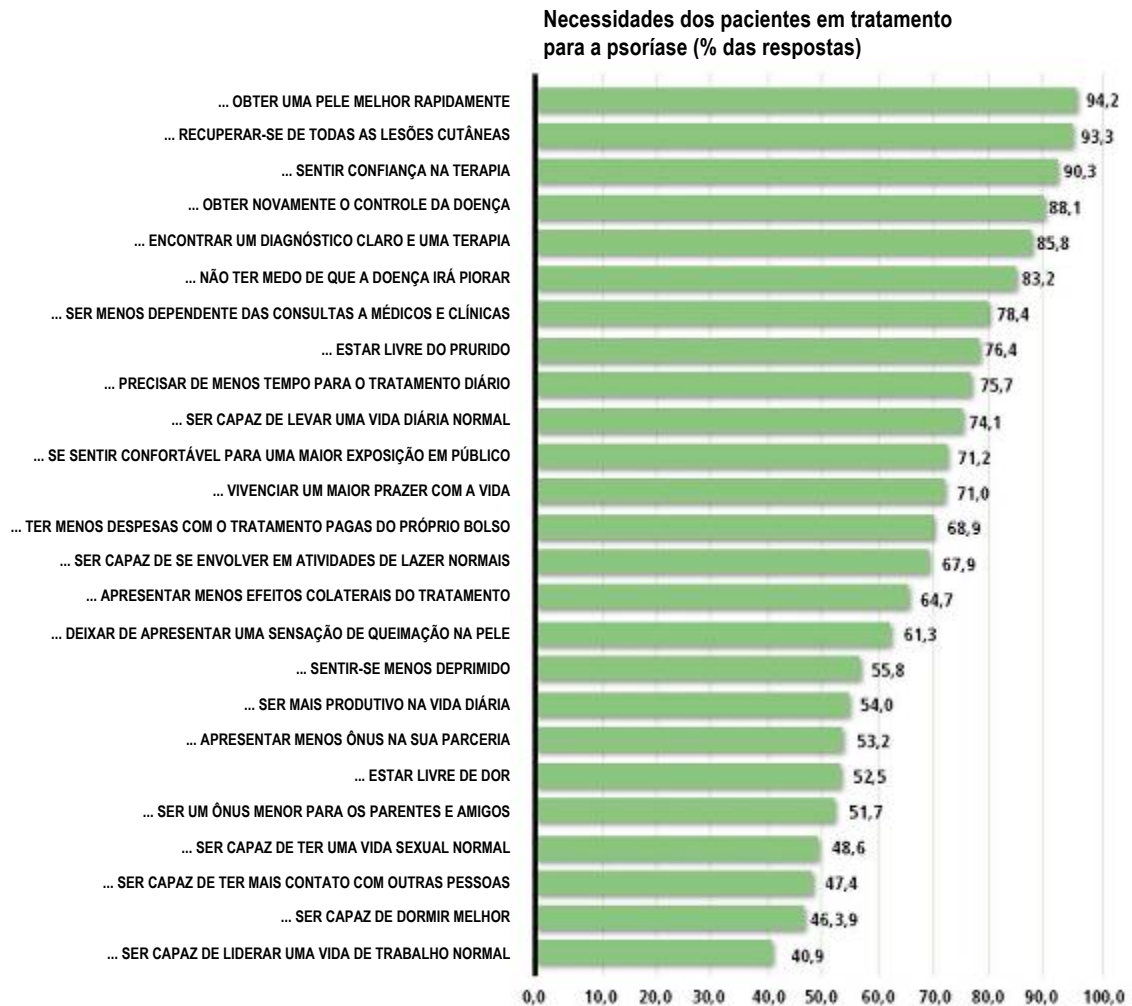
O cumprimento dos compromissos globais para proporcionar a cobertura de saúde universal teria um impacto significativo sobre a melhora das vidas das pessoas, em especial aquelas com condições crônicas, tal como a psoríase. Ter acesso aos cuidados de saúde básicos acessíveis, ter a sua psoríase diagnosticada e receber o tratamento inicial e adequado, bem como o suprimento de medicamentos e tratamentos em longo prazo acessíveis, significaria reduzir significativamente o ônus desnecessário da psoríase. O fortalecimento da força de trabalho em saúde significa mais clínicos gerais que apresentam o treinamento apropriado no tratamento das doenças cutâneas.

Necessidades dos pacientes e objetivos relacionados ao tratamento

Globalmente, existe uma grande necessidade, por parte dos pacientes com psoríase, de remissão das lesões cutâneas e de alívio do ônus psicossocial da doença (139). Entretanto, além do desaparecimento da doença visível, foi observada uma diversidade de outras necessidades, incluindo a cicatrização de lesões não visíveis, tais como na área genital, alívio do prurido e da dor, mais participação nas atividades sociais e melhora da função na vida profissional e privada (Figura 8). Os tratamentos também deverão ser avaliados em relação ao seu potencial de melhorar as condições correlatas. Estas necessidades fornecem dicas dos benefícios que poderão ser obtidos a partir do tratamento e, portanto, poderão ser utilizadas como critérios de avaliação para a otimização da terapia (173). É evidente que os resultados de estudos clínicos não refletem suficientemente os

benefícios terapêuticos do tratamento da psoríase, tendo em vista que eles enfocam principalmente em alguns poucos *endpoints* primários e secundários. Em vez disto, as pesquisas de resultados estendidos com base nos *endpoints* de benefícios relevantes para os pacientes da psoríase refletirão melhor a perspectiva dos pacientes – ou seja, os resultados relatados pelos pacientes.

Figura 8. Importância das necessidades dos pacientes relacionadas ao tratamento da psoríase



Fonte: Blome et al. 2011 (139). Dos estudos de cuidados de saúde nacionais alemães de 2007 e 2008 (n = 4458).

Um modelo de cuidados centrados nas pessoas

Pessoas com condições crônicas e complexas, incluindo a psoríase, necessitam de um sistema de cuidados de saúde que responda às suas necessidades como uma pessoa completa. Isto é mais difícil de ser alcançado em sistemas de saúde que são desenhados para o cuidado episódico agudo, com frequência para condições muito específicas, tais como a saúde materna e infantil, ou doenças infecciosas agudas. Os sistemas de saúde em todos os países devem ser submetidos a uma alteração do paradigma fundamental no modelo de entrega dos cuidados de saúde para responder ao crescente ônus de condições complexas crônicas, e diversas comorbidades, tal como a psoríase e outras NCDs importantes.

A estratégia global da OMS sobre os serviços de saúde centrados nas pessoas e integrados é uma chamada precisamente para este tipo de alteração de paradigma no modo como os serviços de saúde são financiados, gerenciados e entregues (174). A estratégia apresenta uma visão persuasiva de um futuro no qual as pessoas têm acesso aos serviços de saúde que são fornecidos de um modo que corresponde às suas preferências, são coordenados ao redor das suas necessidades e são seguros, eficazes, tempestivos, eficientes e de qualidade

aceitável. Isto inclui uma visão na qual os serviços disponíveis para as pessoas são capazes de proporcionar melhor uma continuação dos cuidados que atenda a todas as suas necessidades de tratamento, de modo integrado, durante todo o curso da sua vida. Os serviços de saúde centrados nas pessoas são uma abordagem aos cuidados que adotam conscientemente as perspectivas dos indivíduos, das famílias e das comunidades, e os consideram participantes, bem como beneficiários, de sistemas de saúde confiáveis e que respondem às suas necessidades e preferências de modo humano e holístico. Isto requer que as pessoas tenham a educação e o apoio de que necessitam para tomar decisões e participar nos seus próprios cuidados. A consecução de serviços de saúde centrados nas pessoas e integrados pode gerar benefícios significativos em todos os países, sejam de renda baixa, intermediária ou alta, incluindo nos estados afetados por conflitos e frágeis, estados em pequenas ilhas e grande estados federais.

Para os pacientes com psoríase, os cuidados centrados nas pessoas podem significar que o clínico geral avalia e considera o espectro total das necessidades das pessoas, incluindo as questões relacionadas à sua psoríase, mas também as outras questões relacionadas à sua saúde e bem-estar. O provedor de cuidados de saúde gerais também terá acesso para encaminhar o paciente para um dermatologista especialista para uma consulta (ou utilizar consultas por teledermatologia para buscar a inserção de um especialista essencial). O provedor de cuidados primários, com base na consulta com o paciente, coordenará ininterruptamente as inserções de diversos especialistas, incluindo dermatologistas, reumatologistas, cardiologistas e psicólogos. Além disso, se não estiver disponível um dermatologista, um clínico geral deverá monitorar o progresso do tratamento e, em caso de recidiva, encaminhar o paciente para os especialistas apropriados.

Quadro 1. Modelo para a melhora dos cuidados da psoríase em base nacional: a experiência alemã

Um exemplo de um programa em grande escala para melhorar os cuidados de saúde para a psoríase é a experiência alemã. A abordagem para a melhora dos cuidados da psoríase na Alemanha teve início em 2005 com uma análise sistemática da qualidade, dos resultados e das possíveis barreiras dos cuidados de saúde para a psoríase (172). Uma série de estudos de cuidados de saúde nacionais revelou déficits graves em ambos o acesso às drogas modernas e a ausência de uma orientação nacional, e um grande número de pacientes com alta gravidade da doença. Após o desenvolvimento de uma diretriz para a psoríase como uma matriz dos cuidados em 2006, esta foi sistematicamente implementada em redes regionais de psoríase e avaliada em estudos clínicos nacionais (172). Após a realização de apenas melhoras iniciais menores, as metas nacionais sobre os cuidados da psoríase para 2010 a 2015 foram liberadas em um amplo consenso nacional da parte de sociedades de dermatologia, grupos de pacientes e tomadores de decisões. Estas metas são: (i) melhor QoL para os pacientes; (ii) detecção mais inicial e melhor tratamento da artrite psoriática; (iii) outras comorbidades; e (iv) melhores cuidados de saúde para crianças com psoríase.

Foram estabelecidas aproximadamente 28 redes regionais de psoríase por todo o país, para coordenar os cuidados de saúde de alto nível para os pacientes com psoríase por parte de especialistas dermatológicos. Ao fazer isto, os últimos dados de acompanhamento de 2014, que foram coletados aleatoriamente por todo o país, revelaram melhoras significativas no nível clínico da gravidade e da QoL, bem como em relação aos custos diretos e aos dias de trabalho perdidos (172). Isto demonstra que, assim que os provedores de cuidados de saúde e os pacientes alcancem um consenso, os programas sistemáticos com base na padronização, a orientação das metas e a comunicação no nível do paciente, bem como no nível do sistema de saúde, podem obter sucesso. Este programa nacional atuou como um modelo para o Artigo Técnico Europeu sobre a Psoríase (167) e pôde ser considerado por outros países, incluindo para o tratamento de outras doenças (cutâneas) crônicas.

Ferramentas padronizadas, diagnóstico e tratamento

Os provedores de cuidados de saúde e dermatologistas deverão utilizar ferramentas padronizadas para avaliar a gravidade da psoríase e o impacto da doença sobre a QoL. É importante que a comunidade clínica alcance um consenso sobre a utilização de uma classificação padronizada da psoríase e ferramentas uniformes para a sua avaliação. Isto inclui o desenvolvimento de critérios padrão e diretrizes para o diagnóstico da psoríase, que foram desenvolvidos em uma diversidade de países, incluindo, por exemplo, no Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte (152) e na África do Sul (176). Além disso, são necessárias diretrizes sobre o tratamento da psoríase, incluindo protocolos clínicos que possam ser implementados realisticamente em ambientes de cuidados primários pobres em recursos.

Aumento da capacidade da força de trabalho hígida

Existe uma necessidade de aumentar as habilidades e a capacidade dos provedores de cuidados de saúde primários para o diagnóstico e o tratamento da psoríase. Dermatologistas especialistas estão indisponíveis para a maioria das pessoas que vivem com psoríase, em especial em países de baixa renda e renda intermediária. As organizações abrangentes dos provedores de cuidados de saúde deverão adotar a iniciativa de conduzir a educação e o treinamento para os médicos e outros provedores de cuidados de saúde, tais como enfermeiras e profissionais de saúde comunitários em países de baixa renda e renda intermediária. O desenvolvimento de soluções tais como a teledermatologia também pode contribuir para um diagnóstico dermatológico mais rápido em países nos quais existe uma ausência de especialistas nos cuidados da pele. Um exemplo de uma iniciativa que teve por alvo o treinamento de profissionais de saúde está descrito no Quadro 2.

Quadro 2. Centro de Treinamento Regional em Dermatologia na República Unida da Tanzânia

Uma das instituições que realiza treinamento para médicos de ambientes de baixos recursos é a International Foundation for Dermatology (IFD), que foi criada em 1987 como um braço da International League of Dermatological Societies (ILDS). A IFD estabeleceu o Centro de Treinamento Regional em Dermatologia (RDTC) na República Unida da Tanzânia e tem treinado provedores de cuidados da pele não médicos para todo o continente desde 1992.

Fonte: The International Foundation for Dermatology 2015 (177).

Fortalecimento dos pacientes

As organizações de pacientes e a sociedade civil também têm um papel importante na melhora da situação de pessoas com psoríase. Isto inclui a defesa contínua em nome dos pacientes, e o monitoramento do governo e de elaboradores de políticas a respeito do progresso da implementação da resolução WHA67.9 sobre a psoríase e das recomendações deste relatório. O papel das organizações de pacientes na criação de grupos de apoio de colegas e campanhas sociais para aumentar a ciência entre a sociedade é significativo.

Em relação a outras NCDs, as organizações de pacientes demonstraram que as intervenções nos cuidados pessoais entregues por meio da ação comunitária podem ser complementares aos cuidados de saúde convencionais ou programas independentes (175). O apoio da comunidade e o envolvimento da família são oportunidades para fortalecer o conhecimento e a autoeficácia e para construir a capacidade de entregar o autotratamento em uma diversidade de doenças crônicas.

Combate ao estigma e à discriminação

Os governos devem adotar medidas deliberadas para combater a importante questão dos mitos públicos a respeito da psoríase, tendo em vista que muitos indivíduos afetados em todo o mundo vivenciam a estigmatização social e relacionada ao trabalho e a discriminação. Isto pode incluir a condução de uma campanha social extensiva, que tenha por alvo o aumento da ciência a respeito da psoríase. A utilização de toda a mídia de massa disponível, da mídia social ou de outros meios de comunicação na comunidade local auxiliará para esta finalidade. Estas campanhas deverão aumentar a ciência do público de que a psoríase é uma NCD, e que ela não é uma doença contagiosa. A introdução da legislação adequada para prevenir a discriminação contra pessoas que sofrem de doenças tais como a psoríase, que podem causar alterações corporais visíveis, permanece com os Estados Membros. Os Quadros 3 e 4 fornecem exemplos de campanhas que têm por alvo aumentar a ciência a respeito da psoríase.

Quadro 3. Campanha “Foque em mim, não na minha pele”



© Croatian Psoriasis Association.

Um exemplo de uma campanha para abordar o estigma é “Foque em mim, não na minha pele”, realizada em 2012 pela Croatian Psoriasis Association. A sua finalidade foi aumentar a ciência e o respeito dos desafios diários das pessoas com psoríase.

Quadro 4. Campanha “Nade pela psoríase”

© EADV.

Outro exemplo de uma campanha para aumentar a ciência sobre a psoríase é a ação “Nade pela psoríase”, realizada pela European Academy of Dermatology and Venereology (EADV) em 2014 na piscina de Ixelles em Bruxelas, na Bélgica. Ela teve por alvo combater os preconceitos prevalentes a respeito da psoríase. Belgas famosos, políticos, dermatologistas e associações de pacientes se uniram como #teampsoriasis [#timepsoríase] na piscina local para nadar em apoio às pessoas com psoríase.

Capítulo 5. Recomendações

Em 2014, os Estados Membros da OMS reconheceram a psoríase como uma NCD séria na resolução WHA67.9. A resolução destacou que muitas pessoas no mundo sofrem desnecessariamente com a psoríase em virtude de um diagnóstico incorreto ou tardio, de opções de tratamento inadequadas e do acesso insuficiente aos cuidados. Este Relatório global sobre a psoríase traz o impacto da psoríase na saúde pública ao foco. O relatório também ajuda a aumentar a ciência sobre a variedade de modos por meio dos quais a psoríase pode impactar as vidas e fornece aos elaboradores de políticas soluções práticas para melhorar os cuidados de saúde e a inclusão social das pessoas que vivem com esta doença nas suas populações.

O controle da psoríase e a prevenção das suas complicações requerem medidas por parte dos governos e dos elaboradores de políticas. Além disso, cientistas, profissionais de saúde e as associações que os reúnem têm um papel importante a desempenhar na melhora da QoL das pessoas que sofrem de psoríase. As organizações de pacientes, a sociedade civil e a mídia são cruciais na defesa da mudança e para ajudar a combater o estigma e a ignorância.

Ações para os governos e os elaboradores de políticas

- Os Estados Membros devem assegurar que as pessoas que sofrem de psoríase tenham acesso aos cuidados clínicos profissionais. É essencial que a psoríase seja diagnosticada tão inicialmente quanto possível. O diagnóstico inicial e a terapia apropriada proporcionam a melhor chance de prevenir, para os pacientes, o sofrimento desnecessário, a doença descontrolada, deformidades irreversíveis das articulações e a incapacidade. A terapia ideal também reduz os custos da doença para a saúde mental e a sociedade.
- Os pacientes que sofrem de psoríase devem ter acesso ao tratamento abrangente e individualmente adaptado. No mínimo, as instalações públicas e privadas devem fornecer as drogas incluídas na Lista Modelo de Medicamentos Essenciais da OMS, incluindo as terapias sistêmicas. Os esquemas de cobertura de saúde universal devem cobrir os custos destes tratamentos. Em relação às terapias biológicas mais novas, deve ser feito mais para reduzir o preço destes medicamentos, se eles se destinarem a apresentar uma opção de tratamento sustentável e acessível para os pacientes com psoríase. O desenvolvimento de biosimilares pode ajudar neste sentido. Os governos devem levar em consideração o custo e a eficácia das opções de tratamento ao desenvolver as diretrizes nacionais.
- O tratamento ideal da psoríase, e de suas comorbidades, requer a alteração para um modelo de serviços de saúde centrados nas pessoas e integrados, conforme resumido na estratégia global da OMS sobre serviços de saúde centrados nas pessoas e integrados. Todas as pessoas com psoríase deverão ter acesso aos serviços de saúde, que sejam fornecidos de um modo que corresponda às suas preferências, sejam coordenados ao redor das suas necessidades e que sejam seguros, eficazes, tempestivos, eficientes e de qualidade aceitável. É essencial não apenas melhorar as vidas das pessoas com psoríase, como também em relação a todas as outras condições complexas crônicas.
- Os governos e as organizações não governamentais devem fornecer educação sobre as condições cutâneas crônicas comuns aos profissionais de cuidados de saúde, incluindo no currículo de graduação em medicina e enfermagem e no treinamento prático para os médicos nos cuidados primários. Existe uma grande necessidade de aumentar a ciência e o conhecimento a respeito da psoríase entre os clínicos gerais para aumentar o diagnóstico inicial e prevenir a incapacidade. Os governos também desempenham um papel no apoio às pesquisas em psoríase.
- Os governos têm um papel importante na redução do estigma e da discriminação. A sociedade, não a psoríase, causa a exclusão e a discriminação enfrentada pelas pessoas com esta doença. Esta situação pode ser mudada por meio de campanhas para aumentar a ciência sobre a psoríase entre a população e ao condenar a discriminação de pacientes que sofrem dela. As medidas ativas por parte dos Estados Membros incluem a legislação antidiscriminação e a execução da legislação existente.

Ações para os sistemas de saúde e os profissionais de saúde

- Todos os profissionais de saúde, em especial os clínicos que trabalham nos cuidados de saúde primários, devem ter ciência sobre a psoríase, seu tratamento e suas comorbidades. As associações de profissionais de cuidados de saúde devem fornecer treinamento, por exemplo, via Internet para os médicos de países de baixa renda e renda intermediária, a respeito do imediato diagnóstico e do tratamento eficaz da psoríase. Os pacientes com psoríase necessitam de acesso aos cuidados de saúde primários que respondam às suas necessidades individuais e que sejam coordenados com quaisquer cuidados de especialistas adicionais.
- Em ambientes com recursos adequados, os profissionais de cuidados de saúde e os sistemas de saúde devem se esforçar para proporcionar aos pacientes os cuidados abrangentes por parte de equipes multidisciplinares de especialistas, incluindo dermatologistas, reumatologistas, psicólogos, psiquiatras, pediatras, cardiologistas e outros. Os clínicos devem informar os pacientes a respeito das possíveis consequências da doença e colaborar com eles para identificar as barreiras à aderência e ajudar a abordar estas barreiras para alcançar o tratamento ideal.
- As associações de especialistas clínicos têm um papel na busca de um consenso sobre a classificação da psoríase e na padronização da coleta de dados epidemiológicos com a utilização de uma metodologia unificada.
- Existe uma grande necessidade de desenvolver diretrizes a respeito do diagnóstico da psoríase e seu tratamento. Além disso, devem ser implementados determinados padrões relativos aos cuidados médicos, tal como a avaliação adequada do progresso da terapia, com a utilização de ferramentas uniformes para avaliar a gravidade da doença e a QoL do paciente. Os médicos devem estabelecer os objetivos dos cuidados e planejar a terapia em colaboração com os seus pacientes.

Ações para as organizações de pacientes e a sociedade civil

- As organizações de pacientes devem continuar a defesa dos direitos dos indivíduos que sofrem de psoríase. Elas devem estar envolvidas no aumento da ciência sobre a psoríase entre a população, em colaboração com os governos e os elaboradores de políticas.
- As organizações de pacientes têm um papel importante no fornecimento do apoio às pessoas que sofrem de psoríase e na criação de redes para fomentar o apoio mútuo e a troca de experiências.
- As organizações de pacientes têm a responsabilidade de encorajar a formação de associações de pacientes onde atualmente não exista nenhuma.
- As organizações de pacientes e a sociedade civil têm um papel importante para manter os governos e os elaboradores de políticas responsáveis pelos compromissos globais, e no combate à discriminação das pessoas com psoríase.

Áreas de pesquisa prioritárias

- Existem muitas necessidades não atendidas em relação à psoríase, incluindo epidemiologia, etiologia, tratamento e modos de melhorar os cuidados de saúde. Os pesquisadores devem investigar a etiologia da psoríase e as terapias para prevenir, bem como tratar, os sintomas da doença. É vital criar opções de tratamento eficaz de baixo custo, que possam se tornar amplamente disponíveis.
- As pesquisas sobre novos tratamentos devem focar em opções que possam ser aplicáveis globalmente, em grande escala. Os novos tratamentos precisam ser acessíveis, eficazes e seguros em longo prazo, estáveis em climas quentes e úmidos e necessitar de monitoramento mínimo.
- São necessários estudos prospectivos e controlados para esclarecer adicionalmente a associação entre a psoríase e os distúrbios cardiovasculares em nível patogênico e para substanciar o efeito benéfico do tratamento para os distúrbios cutâneos/articulares e correlatos.

- Na pesquisa clínica, existe uma necessidade de pesquisas de eficácia comparativa com a finalidade de identificar os benefícios e a eficiência dos tratamentos.
- Em relação aos resultados de pesquisas que são mais confiáveis, os parâmetros de resultados clínicos utilizados atualmente, incluindo o PASI e os resultados relatados pelos pacientes, tais como o DLQI, precisam ser melhorados.
- As pesquisas dos serviços de saúde precisam ser mais bem utilizadas na identificação das atividades específicas dos cuidados de saúde, das necessidades não atendidas dos pacientes e das barreiras do tratamento que atenda às diretrizes. As pesquisas dos serviços de saúde devem monitorar e fornecer um retorno sobre as ações adotadas para melhorar a qualidade dos cuidados e investigar a eficiência dos cuidados. Os cuidados da psoríase, portanto, precisam se tornar um modelo para o tratamento de outras doenças (cutâneas) crônicas.
- Uma área importante de pesquisas de cuidados de saúde é a epidemiologia da psoríase e a sua incidência e prevalência em nível global. Os métodos de pesquisa devem ser padronizados e refletir as diferenças culturais, bem como geográficas.

Referências

1. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Burden of Disease Study 2010: Results by Cause 1990-2010. Seattle: IHME; 2012.
2. Gibbs S. Skin disease and socioeconomic conditions in rural Africa: Tanzania. *Int J Dermatol*. 1996;35(9):633-9.
3. Danielsen K, Olsen AO, Wilsgaard T, Furberg AS. Is the prevalence of psoriasis increasing? A 30-year follow-up of a population-based cohort. *Br J Dermatol*. 2013;168:1303-10.
4. Harden JL, Krueger JG, Bowcock AM. The immunogenetics of psoriasis: a comprehensive review. *J Autoimmun*. 2015;64:66-73.
5. Boehncke W-H, Schön MP. Psoriasis. *Lancet*. 2015;386(9997):983-94.
6. Bedi TR. Clinical profile of psoriasis in North India. *Indian J Dermatol Veereol Leprol*. 1995;61(4):202-5.
7. Pariser D, Schenkel B, Carter C, Farahi K, Brown TM, Ellis CN, and Psoriasis Patient Interview Study Group. A multicenter, non-interventional study to evaluate patient-reported experiences of living with psoriasis. *J Dermatol Treat*. 2015;1-8.
8. Alshami MA. Clinical profile of psoriasis in Yemen, a 4-year retrospective study of 241 patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2010;24(Suppl. 4):14.
9. Falodun OA. Characteristics of patients with psoriasis seen at the dermatology clinic of a tertiary hospital in Nigeria: a 4-year review 2008-2012. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2013;27(Suppl. 4)
10. Reich K, Krüger K, Mössner R, Augustin M. Epidemiology and clinical pattern of psoriatic arthritis in Germany: a prospective interdisciplinary epidemiological study of 1511 patients with plaque-type psoriasis. *Br J Dermatol*. 2009;160(5):1040-7.
11. Augustin M, Radtke MA, Glaeske G, Reich K, Christophers E, Schaefer I et al. Epidemiology and Comorbidity in Children with Psoriasis and Atopic Eczema. *Dermatology*. 2015;231(1):35-40.
12. Vena GA, Altomare G, Ayala F, Berardesca E, Calzavara-Pinton P, Chimenti S et al. Incidence of psoriasis and association with comorbidities in Italy: a 5-year observational study from a national primary care database. *Eur J Dermatol*. 2010;20(5):593-8.
13. Fuji R, Mould JF J, Tang B, Brandt H, Pomerantz D, Chapnick J et al. Burden of disease in patients with diagnosed psoriasis in Brazil: results from 2011 national health and wellness survey (NHWS). *Value Health*. 2012;15(4):A107.
14. Stern RS, Nijsten T, Feldman SR, Margolis DJ, Rolstad T. Psoriasis is common, carries a substantial burden even when not extensive, and is associated with widespread dissatisfaction. *J Investig Dermatol Symp Proc*. 2004;9(2):136-9.
15. Kimball AB, Jacobson C, Weiss S, Vreeland MG, Wu Y. The psychosocial burden of psoriasis. *Am J Clin Dermatol*. 2005;6(6):383-92.
16. De Korte J, Sprangers MA, Mommers FM, Bos JD. Quality of life in patients with psoriasis: a systematic literature review. *J Investig Dermatol Symp Proc*. 2004;9(2):140-7.
17. Zachariae H, Zachariae R, Blomqvist K, Davidsson S, Molin L, Mørk C et al. Quality of life and prevalence of arthritis reported by 5,795 members of the Nordic Psoriasis Associations. Data from the Nordic Quality of Life Study. *Acta Derm Venereol*. 2002;82(2):108-13.
18. Krueger G, Koo J, Lebwohl M, Menter A, Stern RS, Rolstad T. The impact of psoriasis on quality of life: results of a 1998 National Psoriasis Foundation patient-membership survey. *Arch Dermatol*. 2001;137(3):280-4.
19. Weiss SC, Kimball AB, Liewehr DJ, Blauvelt A, Turner ML, Emanuel EJ. Quantifying the harmful effect of psoriasis on health-related quality of life. *J Am Acad Dermatol*. 2002;47(4):512-8.

20. Kimball AB, Gieler U, Linder D, Sampogna F, Warren RB, Augustin M. Psoriasis: Is the impairment to a patient's life cumulative? *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2010;24(9):989-1004.
21. Moradi M, Rencz F, Brodsky V, Moradi A, Balogh O, Gulácsi L. Health status and quality of life in patients with psoriasis: an Iranian cross-sectional survey. *Arch Iran Med*. 2005;18(3):153-9.
22. Tang MM, Chang CC, Chan LC, Heng A. Quality of life and cost of illness in patients with psoriasis in Malaysia: a multicenter study. *Int J Dermatol*. 2013;52(3):314-22.
23. Augustin M, Krüger K, Radtke MA, Schwippl I, Reich K. Disease severity, quality of life and health care in plaque-type psoriasis: a multicenter cross-sectional study in Germany. *Dermatology*. 2008;216(4):366-72.
24. Russo PAJ, Ilchef R, Cooper AJ. Psychiatric morbidity in psoriasis: a review. *Australas J Dermatol*. 2004;45(3):155-9; quiz; 160-1.
25. Sampogna F, Tabolli S, Abeni D, IDI Multipurpose Psoriasis Research on Vital Experiences (IMPROVE) investigators. Living with psoriasis: prevalence of shame, anger, worry, and problems in daily activities and social life. *Acta Derm Venereol*. 2012;92(3):299-303.
26. Mrowietz U, Steinz K, Gerdes S. Psoriasis: To treat or to manage? *Exp Dermatol*. 2014;23(10):705-9.
27. Parisi R, Symmons DPM, Griffiths CEM, Ashcroft DM, and the Identification and Management of Psoriasis and Associated ComorbidITy (IMPACT) project team. Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence. *J Invest Dermatol*. 2013;133(2):377-85.
28. Gelfand JM, Feldman SR, Stern RS, Thomas J, Rolstad T, Margolis DJ. Determinants of quality of life in patients with psoriasis: a study from the US population. *J Am Acad Dermatol*. 2004;51(5):704-8.
29. Nijsten T, Meads DM, de Korte J, Sampogna F, Gelfand JM, Ongenae K et al. Cross-cultural inequivalence of dermatology-specific health-related quality of life instruments in psoriasis patients. *J Invest Dermatol*. 2007;127(10):2315-22.
30. Augustin M, Radtke MA. Quality of life in psoriasis patients. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2014;14(4):559-68.
31. Prins M, Krabbe PFM, Swinkels QOJ, de Boo T, van de Kerkhof PCM, van der Valk PGM. The effect of treatment on quality of life in psoriasis patients. *Acta Derm Venereol*. 2005;85(4):304-10.
32. Vardy D, Besser A, Amir M, Gesthalter B, Biton A, Buskila D. Experiences of stigmatization play a role in mediating the impact of disease severity on quality of life in psoriasis patients. *Br J Dermatol*. 2002;147(4):736-42.
33. Bell LM, Sedlack R, Beard CM, Perry HO, Michet CJ, Kurland LT. Incidence of psoriasis in Rochester, Minn, 1980-1983. *Arch Dermatol*. 1992;127(8):1184-7.
34. Ammar-Khodja A, Benkaidali I, Bouadjar B, Serradj A, Titi A, Benchikhi H et al. EPIMAG: International Cross-Sectional Epidemiological Psoriasis Study in the Maghreb. *Dermatology*. 2015;231(2):134-44.
35. Jacobson CC, Kumar S, Kimball AB. Latitude and psoriasis prevalence. *J Am Acad Dermatol*. 2011;65(4):870-3.
36. Bø K, Thoresen M, Dalgard F. Smokers report more psoriasis, but not atopic dermatitis or hand eczema: results from a Norwegian population survey among adults. *Dermatol Basel Switz*. 2008;216(1):40-5.
37. Shao CG, Zhang GW, Wang GC. Distribution of psoriasis in China: a nationwide screening. *Proc Chin Acad Med Sci Peking Union Med Coll*. 1987;2(2):59-65.
38. Chen G-Y, Cheng Y-W, Wang C-Y, Hsu T-J, Hsu MM-L, Yang P-T et al. Prevalence of skin diseases among schoolchildren in Magong, Penghu, Taiwan: a community-based clinical survey. *J Formos Med Assoc*. 2008;107(1):21-9.
39. Yang Y-C, Cheng Y-W, Lai C-S, Chen W. Prevalence of childhood acne, ephelides, warts, atopic dermatitis, psoriasis, alopecia areata and keloid in Kaohsiung County, Taiwan: a community-based clinical survey. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2007;21(5):643-9.
40. Li M-J, Wang P, Wu W-W, Fu L, Cai M, Chen M-X et al. An epidemiological survey of psoriasis in 18 cities in Hainan province of China. *J Dermatol*. 2012;39(Suppl. 1):243-4.

41. Chang Y-T, Chen T-J, Liu P-C, Chen Y-C, Chen Y-J, Huang Y-L et al. Epidemiological study of psoriasis in the national health insurance database in Taiwan. *Acta Derm Venereol.* 2009;89(3):262-6.
42. Yip SY. The prevalence of psoriasis in the Mongoloid race. *J Am Acad Dermatol.* 1984;10(6):965-8.
43. Ding X, Wang T, Shen Y, Wang X, Zhou C, Tian S et al. Prevalence of psoriasis in China: a population-based study in six cities. *Eur J Dermatol.* 2012;22(5):663-7.
44. Wang R, Cao L, Zhou C, Zhang J. Prevalence of 15 skin diseases in adolescents from Liangshan prefecture in Sichuan Province. *Chin J Dermatol.* 2012;45(4):270-2.
45. Kubota K, Kamijima Y, Sato T, Ooba N, Koide D, Iizuka H et al. Epidemiology of psoriasis and palmoplantar pustulosis: a nationwide study using the Japanese national claims database. *BMJ Open.* 2015;5(1):e006450.
46. Rachakonda TD, Schupp CW, Armstrong AW. Psoriasis prevalence among adults in the United States. *J Am Acad Dermatol.* 2014;70(3):512-6.
47. Yamamah GA, Emam HM, Abdelhamid M, Elsaie ML, Shehata H, Farid T et al. Epidemiologic study of dermatologic disorders among children in South Sinai, Egypt. *Int J Dermatol.* 2012;51(10):1180-5.
48. El-Khateeb EA, Lofti RA, Abd Elaziz KM, Abdel-Aziz KM, El-Shiekh SE. Prevalences of skin diseases among primary schoolchildren in Damietta, Egypt. *Int J Dermatol.* 2014;53(5):609-16.
49. Augustin M, Glaeske G, Radtke M, Christophers E, Reich K, Schaefer I. Epidemiology and comorbidity of psoriasis in children. *Br J Dermatol.* 2010;162:633-6.
50. Matusiewicz D, Koerber A, Schadendorf D, Wasem J, Neumann A. Childhood psoriasis: an analysis of German health insurance data. *Pediatr Dermatol.* 2014;31(1):8-13.
51. Kampfe S, Augustin M, Schäfer I, Glaeske G, Schick Tanz C, Radtke M. Prevalence and health care situation of juvenile psoriasis in Germany. *Exp Dermatol.* 2012;21(3):e21.
52. Schmitt J, Apfelbacher C. Epidemiology of pediatric psoriasis: a representative German cross-sectional study. *Exp Dermatol.* 2010;19(2):219.
53. Cantarutti A, Donà D, Visentin F, Borgia E, Scamarcia A, Cantarutti L et al., and the Pedianet. Epidemiology of Frequently Occurring Skin Diseases in Italian Children from 2006 to 2012: a retrospective population-based study. *Pediatr Dermatol.* 2015;32(5):668-78.
54. Cantarutti A, Donà D, Visentin F, Borgia E, Scamarcia A, Cantarutti L et al., and Pedianet. Epidemiology of Frequently Occurring Skin Diseases in Italian Children from 2006 to 2012: a retrospective population-based study. *Pediatr Dermatol.* 2015 Sep;32(5):668-78.
55. Larsson PA, Lidén S. Prevalence of skin diseases among adolescents 12-16 years of age. *Acta Derm Venereol.* 1980;60(5):415-23.
56. Quirk CJ. Skin disease in the Busselton population survey. *Med J Austr.* 1979;1(12):569-70.
57. Kilkenny M, Stathakis V, Jolley D, Marks R. Maryborough skin health survey: prevalence and sources of advice for skin conditions. *Australas J Dermatol.* 1998;39(4):233-7.
58. Plunkett A, Marks R. A review of the epidemiology of psoriasis vulgaris in the community. *Australas J Dermatol.* 1998;39(4):225-32.
59. Barisic-Drusko V, Paljan D, Kinsky A, Vujasinovic S. Prevalence of Psoriasis in Croatia. *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh).* 1989;146:178-9.
60. Brandrup F, Green A. The prevalence of psoriasis in Denmark. *Acta Derm Venereol.* 1981;61:344-6.
61. Wolkenstein P, Revuz J, Roujeau JC, Bonnelye G, Grob JJ, Bastuji-Garin S, and the French Society of Dermatology. Psoriasis in France and associated risk factors: results of a case-control study based on a large community survey. *Dermatol Basel Switz.* 2009;218(2):103-9.
62. Augustin M, Herberger K, Hintzen S, Heigel H, Franzke N, Schäfer I. Prevalence of skin lesions and need for treatment in a cohort of 90880 workers. *Br J Dermatol.* 2011;165(4):865-73.
63. Schaefer I, Rustenbach SJ, Zimmer L, Augustin M. Prevalence of skin diseases in a cohort of 48.665 employees in Germany. *Dermatology.* 2008;217(2):169-72.

64. Naldi L, Colombo P, Placchesi EB, Piccitto R, Chatenoud L, La Vecchia C, PraKtis Study Centers. Study design and preliminary results from the pilot phase of the PraKtis study: self-reported diagnoses of selected skin diseases in a representative sample of the Italian population. *Dermatology*. 2004;208(1):38-42.
65. Kavli G, Forde OH, Arnesen E, Stenvold SE. Psoriasis: familial predisposition and environmental factors. *Br Med J*. 1985;291:999-1000.
66. Olsen AO, Grijbovski A, Magnus P, Tambs K, Harris JR. Psoriasis in Norway as observed in a population-based Norwegian twin panel. *Br J Dermatol*. 2005;153(2):346-51.
67. Lindberg M, Isacson D, Binge-fors K. Self-reported skin diseases, quality of life and medication use: a nationwide pharmaco-epidemiological survey in Sweden. *Acta Derm Venereol*. 2014;94(2):188-91.
68. O'Neill P, Kelly P. Postal questionnaire study of disability in the community associated with psoriasis. *BMJ*. 1996;313(7062):919-21.
69. Kurd SK, Gelfand JM. The prevalence of previously diagnosed and undiagnosed psoriasis in US adults: results from NHANES 2003-2004. *J Am Acad Dermatol*. 2009;60(2):218-24.
70. Merola J, Li T, Qureshi A. Prevalence of psoriasis phenotypic subsets among US men and women. *J Invest Dermatol*. 134(Suppl. 1):S58.
71. Takeshita J, Gelfand JM, Li P, Pinto L, Yu X, Rao P et al. Psoriasis in the US Medicare population: prevalence, treatment, and factors associated with biologic use. *J Invest Dermatol*. 2015;135(12):2955-63.
72. Helmick CG, Lee-Han H, Hirsch SC, Baird TL, Bartlett CL. Prevalence of psoriasis among adults in the U.S.: 2003-2006 and 2009-2010 National Health and Nutrition Examination Surveys. *Am J Prev Med*. 2014;47(1):37-45.
73. Gelfand JM, Stern RS, Nijsten T, Feldman SR, Thomas J, Kist J et al. The prevalence of psoriasis in African Americans: results from a population-based study. *J Am Acad Dermatol*. 2005;51(1):23-6.
74. Robinson D, Hackett M, Wong J, Kimball AB, Cohen R, Bala M, and the IMID Study Group. Co-occurrence and comorbidities in patients with immune-mediated inflammatory disorders: an exploration using US healthcare claims data, 2001-2002. *Curr Med Res Opin*. 2006;22(5):989-1000.
75. Qureshi AA, Choi HK, Setty AR, Curhan GC. Psoriasis and the risk of diabetes and hypertension: a prospective study of US female nurses. *Arch Dermatol*. 2009;145(4):379-82.
76. Tsai T-F, Wang T-S, Hung S-T, Tsai PI-C, Schenkel B, Zhang M et al. Epidemiology and comorbidities of psoriasis patients in a national database in Taiwan. *J Dermatol Sci*. 2011;63(1):40-6.
77. Lomholt G. A census study on the prevalence of skin diseases in the Faroe Islands. Copenhagen: GEC Gad; 1963.
78. Abdel-Hafez K, Abdel-Aty MA, Hofny ERM. Prevalence of skin diseases in rural areas of Assiut Governorate, Upper Egypt. *Int J Dermatol*. 2003;42(11):887-92.
79. Schaefer I, Rustenbach S, Radtke M, Augustin J, Glaeske G, Augustin M. Epidemiologie der Psoriasis in Deutschland – Auswertung von Sekundärdaten einer gesetzlichen Krankenversicherung. *Gesundheitswesen*. 2011;73(5):308-13.
80. Schlander M, Schwarz O, Viapiano M, Bonauer N. Administrative prevalence of psoriasis in Germany. *Value Health*. 2008;11(6):A615-6.
81. Saraceno R, Mannheimer R, Chimenti S. Regional distribution of psoriasis in Italy. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2008;22(3):324-9.
82. Braathen LR, Botten G, Bjerkedal T. Psoriatics in Norway. A questionnaire study on health status, contact with paramedical professions, and alcohol and tobacco consumption. *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh)*. 1989;142:9-12.
83. Falk ES, Vandbakk O. Prevalence of psoriasis in a Norwegian Lapp population. *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh)*. 1993;182:6-9.
84. Borzecki A, Dudra-Jastrzebska M, Sajdak-Wojtaluk A. Epidemiologia łuszczycy w rejonie województwa lubelskiego w latach 2005-2009. *Dermatol Klin*. 2012;14(4):149-53.
85. Massa A, Alves R, Amado J, Matos E, Sanches M, Selores M et al. Prevalence of cutaneous lesions in Freixo de Espada à Cinta. *Acta Médica Port*. 2000;13(5-6):247-54.

86. Ferrándiz C, Bordas X, Garcia-Patos V, Puig S, Pujol R, Smandia A. Prevalence of psoriasis in Spain (Epiderma Project: phase I). *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2001;15(1):20-3.
87. Ferrándiz C, Carrascosa JM, Toro M. Prevalence of psoriasis in Spain in the age of biologics. *Actas dermosifilográficas.* 2014;105(5):504-9.
88. Perera A, Atukorale DN, Sivayogan S, Ariyaratne VS, Karunaratne LA. Prevalence of skin diseases in suburban Sri Lanka. *Ceylon Med J.* 2000;45(3):123-8.
89. Lofvendahl S, Theander E, Svensson A, Englund M, Turkiewicz A, Petersson I. The prevalence of psoriasis and psoriatic arthritis in Sweden a health care register study. *Arthritis Rheum.* 2009;60(Suppl. 10):710.
90. Lofvendahl S, Theander E, Svensson A, Englund M, Turkiewicz A, Peterson I. Prevalence of doctor diagnosed psoriasis and psoriatic arthritis in southern Sweden. *Br J Dermatol.* 2012;167(2):e11.
91. El Fekih N, Khaled A, Kharafi M, Sellami A, Zeglaoui F, Fazaa B et al. Epidemiology of psoriasis in Tunisia. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2007;(Suppl. 1):41.
92. Seminara NM, Abuabara K, Shin DB, Langan SM, Kimmell SE, Margolis D et al. Validity of the health Improvement Network (THIN) for the study of psoriasis. *Br J Dermatol.* 2011;164(3):602-9.
93. Nevitt GJ, Hutchinson PE. Psoriasis in the community: prevalence, severity and patients' beliefs and attitudes towards the disease. *Br J Dermatol.* 1996;135(4):533-7.
94. Gelfand JM, Weinstein R, Porter SB, Neimann AL, Berlin JA, Margolis DJ. Prevalence and treatment of psoriasis in the United Kingdom: a population-based study. *Arch Dermatol.* 2005;141(12):1537-41.
95. Kay L, Parry-James J, Walker D. The prevalence and impact of psoriasis and psoriatic arthritis in the primary care population in North East England. *Arthritis Rheum.* 1999;42(9):S299-S299.
96. Gillard SE, Finlay AY. Current management of psoriasis in the United Kingdom: patterns of prescribing and resource use in primary care. *Int J Clin Pract.* 2005;59(11):1260-7.
97. Simpson CR, Anderson WJA, Helms PJ, Talor MW, Watson L, Prescott GJ et al. Coincidence of immune-mediated diseases driven by th 1 and th 2 subsets suggests a common aetiology. A population-based study using computerized general practice data. *Clin Exp Allergy J Br Soc Allergy Clin Immunol.* 2002;32(1):37-42.
98. Johnson MT, Roberts J. Skin conditions and related need for medical care among persons 1-74-year. United States, 1971-1974. *Vital Health Stat 11.* 1978;(212):1-72.
99. Lima XT, Minnilo R, Spencer JM, Kimball, AB. Psoriasis prevalence among the 2009 AAD National Melanoma/Skin Cancer Screening Program participants. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2013;27(6):680-5.
100. Henseler T, Christophers E. Psoriasis of early and late onset: characterization of two types of psoriasis vulgaris. *J Am Acad Dermatol.* 1985;13(3):450-6.
101. Goff KL, Karimkhani LN, Weinstock MA, Lott JP, Hay RJ et al. The global burden of psoriatic skin disease. *Br J Dermatol.* 2015;172(6):1665-8.
102. Hay RJ, Johns NE, Williams HC, Bollinger IW, Dellavalle RP, Margolis DJ et al. The global burden of skin disease in 2010: an analysis of the prevalence and impact of skin conditions. *J Invest Dermatol.* 2014;134(6):1527-34.
103. Abuabara K, Azfar RS, Shin DB, Neimann AL, Traxel AB, Gelland JM. Cause-specific mortality in patients with severe psoriasis: a population-based cohort study in the U.K. *Br J Dermatol.* 2010;163(3):586-92.
104. Naldi L, Svensson A, Diepgen T, Elsner P, Grob J-J, Coenraads P-J et al., and the European Dermato-Epidemiology Network. Randomized Clinical trials for psoriasis 1977-2000: the EDEN survey. *J Invest Dermatol.* 2003;120(5):738-41.
105. Dubertret L, Mrowietz U, Ranki A, Van de Kerkhof PC, Chimenti S, Lotti T et al. European patient perspectives on the impact of psoriasis: the EUROPSON patient membership survey. *Br J Dermatol.* 155(4):729-36.
106. Owen CM, Chalmers RJ, O'Sullivan T, Griffiths CE. Antistreptococcal interventions for guttate and chronic plaque psoriasis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000;CD0011976.
107. Natarajan V, Nath Ak, Thappa DM, Singh R, Verma SK. Coexistence of onychomycosis in psoriatic nails: a descriptive study *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2010;(6):723.

108. Augustin M, Reich K, Blome C, Schäfer I, Lass A, Radtke MA. Nail psoriasis in Germany: epidemiology and burden of disease. *Br J Dermatol*. 2010;163(3):580-5.
109. Kerr GS, Qaiyumi S, Richards J, Vahabzadeh-Monshie H, Kindred C, Whelton S et al. PPsoriasis and psoriatic arthritis in African-American patients: the need to measure disease burden. *Clin Rheumatol*. 2014.
110. Radtke MA, Reich K, Blome C, Rustenbach S, Augustin M. Prevalence and clinical features of psoriatic arthritis and joint complaints in 2009 patients with psoriasis: results of a German national survey. *J Eur Acad Dermatol Venerol*. 2009;23(6):683-91.
111. Shaharyar S, Warraich H, McEvoy JW, Oni E, Ali SS, Karin A et al. Subclinical cardiovascular disease in plaque psoriasis: association or causal link? *Atherosclerosis*. 2014;232(1):72-8.
112. Robati RM, Partovi-Kia M, Haghhighatkah HR, Younespour S, Abdollahimajd F. Increased serum leptin and resistin levels and increased carotid intima-media wall thickness in patients with psoriasis : is psoriasis associated with atherosclerosis? *J Am Acad Dermatol*. 2014;71(4):642-8.
113. Ahlehoff O, Gislason GH, Jorgensen CH, Lindhardsen J, Chariot M, Olesen JB et al. Psoriasis and risk of atrial fibrillation and ischaemic stroke: a Danish Nationwide Cohort Study. *Eur Heart J*. 2012;33(16):2054-6.
114. Wolk K, Mallbris L, Larsson P, Rosenblad A, Vingard E, Stahle M. Excessive body weight and smoking associates with a high risk of onset of plaque psoriasis. *Acta Derm Venereol*. 2009;89(5):492-7.
115. Tasliyurt T, Bilir Y, Sahin S, Seckin HY, Kaya SU, Sivgin H,ey al. Erectile dysfunction in patients with psoriasis: potential impact of the metabolic syndrome *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2014;18(4):581-6.
116. Van der Voort EAM, Koehler EM, Dowlatshahi EA, Hofman A, Stricker BH, Janssen HLA et al. Psoriasis is independently associated with nonalcoholic fatty liver disease in patients 55 years old or older: Results from a population-based study. *J AM Acad Dermatol*. 2014;70(3):517-24.
117. Nijsten T, Wakkee M. Complexity of the association between psoriasis and comorbidities *J Invest Dermatol*. 2009;129(7):1601-3.
118. Parisi R, Rutter MK, Lunt M, Young HS, Symmons DPM, Griffiths CEM et al. Psoriasis and the risk of Major cardiovascular Events: cohort study using the Clinical Practice Research Datalink. *J Invest Dermatol*. 2015;135(9):2189-97.
119. Gupta MA, Schork NJ, Gupta AK, Kirkby S, Ellis CN. Suicidal ideation in psoriasis. *Int J Dermatol*. 1993;32(3):188-90.
120. Mahler V, Diepgen T, Skudlik C, Becker D, Dicker H, Fartasch M et al., and the work Group "Assessment of allergens in occupation disease (BK) 5101" of the study Group Occupation and Environmental Dermatology (ABD), German contact Dermatitis Group (DKG) of the German Dermatological Society. Psoriasis predisposition and occupation triggering factors in the appraisal of occupation medical expertises. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2014;12(6):519-29.
121. Skudlik C, John SM. Psoriasis and work in: Kanerva's Occupational dermatology, 2nd edition (volume 1). Heidelberg, New York, Doordrecht, London: Springer; 2012.
122. Agrup G. Hand Eczema and Other Hand Dermatoses in South Sweden. *J Occup Environ Med*. 1970;12(2):59-60.
123. Weisshaar E, Skudlik C, Scheidt R, Mattered U, Wulfhorst B, Schonfeld M et al., and the ROQ Study Group. Multicentre study "rehabilitation of occupational skin diseases: optimization and quality assurance of inpatient management (ROQ)" – results from 12-month follow-up. *Contact Dermatitis*. 2013;68(3):169-74.
124. Richards HL, Fortune DG, Main CJ, Griffiths CEM. Stigmatization and psoriasis. *Br J Dermatol*. 2013;149(1):209-11.
125. Picardi A, Abeni D, Renzi C, Braga M, Puddu P, Increased psychiatric morbidity in female outpatients with skin lesions on visible parts of the body. *Acta Derm Venereol*. 2001;81(6):410-4.
126. Pereira MG, Brito L, Smith T. Dyadic adjustment, family coping, body imagine, quality of life and psychological morbidity in patients with psoriasis and their partners. *Int J Behav Med*. 2012;19(3):260-9.

127. Eghlileb AM, Davies EEG, Finlay AY. Psoriasis has a major secondary impact on the lives of family members and partners *Br J Dermatol*. 2007;156(6):1245-50.
128. Sampogna F, Gisondi P, Tabolli S, Abeni D, and the IDI Multipurpose Psoriasis Research on Vital Experiences investigators. Impairment of sexual life in patients with psoriasis. *Dermatology*. 2007;214(2):144-50.
129. Berger K, Ehlken B, Kugland B, Augustin M. Cost-of-illness in patients with moderate and severe chronic psoriasis vulgaris in Germany. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2005;3(7):511-8.
130. Gaikward R, Deshpande S, Raje S, Dhamdhare DV, Ghate MR. Evaluation of functional impairment in psoriasis *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2006;72(1):37-40.
131. Sohn S, Schoeffski O, Prinz J, Reich K, Schubert E, Waldorf K et al. Cost of moderate to severe plaque psoriasis in Germany: a multicenter cost-of-illness study. *Dermatology*. 2006;212(2):137-44.
132. Fowler JF, Duh MS, Rovba L, Buteau S, Pinheiro L, Lobo F et al. The impact of psoriasis on health care costs and patient work loss. *J AM, Acad Dermatol*. 2008;59(5):772-80.
133. Javitz HS, Ward MM, Farber E, Nail L Vallow SG. The direct cost of care for psoriasis and psoriatic arthritis in the United States. *J AM, Acad Dermatol*. 2002;46(6):850-60.
134. Bhutani T, Wong JW, Bebo BF, Armstrong AW. Access to health care in patients with psoriasis and psoriatic arthritis: data from National Psoriasis Foundation survey panels. *JAMA Dermatol*. 2013;149(6):717-21.
135. Navarini AA, Laffitte E, Conrad C, Piffaretti P, Brock E, Ruckdaeschel S et al. Estimation of cost-of-illness in patients with psoriasis in Switzerland. *Swiss Med Wkly*. 2010;140(5-6):85-91.
136. Mattei PL, Corey KC, Kimball AB. Psoriasis Area Severity Index (PASI) and the Dermatology Life Quality Index (DLQI): the correlation between disease severity and psychological burden in patients treated with biological therapies. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2014;28(3):333-7.
137. Armstrong AW, Schupp C, Wu J, Bebo B. Quality of life and work productivity impairment among psoriasis patients: findings from the National Psoriasis Foundation survey data 2003-2011. *PloS One*. 2012;7(12):e52935.
138. Levy AR, Davie AM, Brazier NC, Jivraj F, Albrecht LE, Gratton D et al. Economic burden of moderate to severe plaque psoriasis in Canada. *Int J Dermatol*. 2012;51(12):1432-40.
139. Blome C, Augustin M, Behechtnejad J, Rustenbach SJ. Dimensions of patient needs in dermatology: subscales of the patient benefit index. *Arch Dermatol Res*. 2011;303(1):11-17.
140. Quality of life and cost of illness in patients with psoriasis in Malaysia: a multicenter study.
141. Norlin JM, Steen Carlsson K, Persson U, Schmitt-Egenolf M. Analysis of three outcome measures in moderate to severe psoriasis: a registry-based study of 2450 patients. *Br J Dermatol*. 2012;166(4):797-802.
142. Augustin M. Identifying patients at risk. In: Kimball AB, Linder M, Itin P, Jemec GB, editors. *Dermatological diseases and cumulative life course impairment*. Basel: Karger Verlag; 2013:74-81.
143. Renzi C, Picardi A, Abeni D, Agostini E, Baliva G, Pasquini P et al. Association of dissatisfaction with care and psychiatric morbidity with poor treatment compliance. *Arch Dermatol*. 2002;138(3):337-42.
144. Fortune DG, Richards HL, Kirby B, Bowcock S, Main CJ, Griffiths CEM. A cognitive-behavioural symptom management programme as an adjunct in psoriasis therapy. *Br J Dermatol*. 2002;146(3):458-65.
145. Jankowiak B, Krajewska-Kulak E, Van Damme-Ostapowicz K, Wronska I, Lukaszuk C, Niczyporuk W et al. The need for health education among patients with psoriasis. *Dermatol Nurs*. 2004;16(5):439-44.
146. Larsen MH, Krogstad AL, Aas E, Moum T, Wahl AK. A telephone-based motivational interviewing intervention has positive effects on psoriasis severity and self-management: a randomized controlled trial. *Br J Dermatol*. 2014;171(6):1458-69.
147. Pagliarello C, Calza A, Armani E, Di Pietro C, Tabolli S. Effectiveness of an empowerment-based intervention for psoriasis among patients attending a medical spa. *Eur J Dermatol*. 2011;21(1):62-6.
148. Mansouri B, Patel M, Menter A. Biological therapies for psoriasis. *Expert Opin Biol Ther*. 2013;13(12):1715-30.
149. 19th WHO Model Essential Medicines List [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/entity/selection_medicines/committees/expert/20/EML_2015_FINAL_amended_AUG2015.pdf?ua=1, accessed 17 October 2015).

150. Nast A, Boehncke W-H, Mrowietz U, Ockenfels H-M, Philipp S, Reich K et al., and the Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG), Berufsverband Deutscher Dermatologen (BVDD). S3 – Guidelines on the treatment of psoriasis vulgaris (English version). Update. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2012;10 (Suppl. 2):S1-S95.
151. Pathirana D, Ormerod AD, Saiag P, Smith C, Spuls PI, Nast A et al. European S3-guidelines on the systemic treatment of psoriasis vulgaris. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* (Suppl. 2):S1-S95.
152. National Institute for Health and Care Excellence. Psoriasis: assessment and management. NICE guidelines [CG153] [Internet]. London; 2012 (<https://www.nice.org.uk/guidance/cg153/resources/psoriasis-assessment-and-management-35109629621701>, accessed 17 October 2015).
153. Mease PJ, Gladman DD, Helliwell P, Khraishi MM, Fuiman J, Bananis E et al. Comparative performance of psoriatic arthritis screening tools in patients with psoriasis in European/North American dermatology clinics. *J Am Acad Dermatol.* 2014;71(4):649-55.
154. Romero-Talamás H, Aminian A, Corcelles R, Fernandez AP, Schauer PR, Brethauer S. Psoriasis improvement after bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis.* 2014;10(6):1155-9.
155. Farias MM, Achurra P, Boza C, Vega A, de la Cruz C. Psoriasis following bariatric surgery: clinical evolution and impact on quality of life on 10 patients. *Obes Surg.* 2012;22(6):877-80.
156. Hossler EW, Wood GC, Still CD, Mowad CM, Maroon MS. The effect of weight loss surgery on the severity of psoriasis. *Br J Dermatol.* 2013;168(3):660-1.
157. Debbaneh M, Millsop JW, Bhatia BK, Koo J, Liao W. Diet and psoriasis, part I: Impact of weight loss interventions. *J Am Acad Dermatol.* 2014;71(1):133-40.
158. Gisondi P, Del Giglio M, Di Francesco V, Zamboni M, Girolomoni G. Weight loss improves the response of obese patients with moderate-to-severe chronic plaque psoriasis to low-dose cyclosporine therapy: a randomized, controlled, investigator-blinded clinical trial. *Am J Clin Nutr.* 2008;88(5):1242-7.
159. Thorleifsdottir RH, Sigurdardottir SL, Sigurgeirsson B, Olafsson JH, Sigurdsson MI, Petersen H et al. Improvement of psoriasis after tonsillectomy is associated with a decrease in the frequency of circulating T cells that recognize streptococcal determinants and homologous skin determinants. *J Immunol.* 2012;188(10):5160-5.
160. Skudutyte-Rysstad R, Slevoden EM, Hansen BF, Sandvik L, Preus HR. Association between moderate to severe psoriasis and periodontitis in a Scandinavian population. *BMC Oral Health.* 2014;14:139.
161. Remröd C, Sjöström K, Svensson A. Subjective stress reactivity in psoriasis: a cross sectional study of associated psychological traits. *BMC Dermatol.* 2015;15:6.
162. Augustin M, Holland B, Dartsch D, Langenbruch A, Radtke MA. Adherence in the treatment of psoriasis: a systematic review. *Dermatology.* 2011;222(4):363-74.
163. Thorneloe RJ, Bundy C, Griffiths CEM, Ashcroft DM, Cordingley L. Adherence to medication in patients with psoriasis: a systematic literature review. *Br J Dermatol.* 2013;168(1):20-31.
164. World Health Statistics 2015 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170250/1/9789240694439_eng.pdf?ua=1&ua=1, accessed 12 August 2015).
165. WHO Global health expenditure atlas. Geneva: World Health Organization; 2014.
166. Abdulghani M, Al Sheik A, Alkhwajah M, Ammouy A, Behrens F, Benchikhi H et al. Management of psoriasis in Africa and the Middle East: a review of current opinion, practice and opportunities for improvement. *J Int Med Res.* 2011;39(5):1573-88.
167. Augustin M, Alvaro-Gracia JM, Bagot M, Hillmann O, van de Kerkhof PCM, Kobelt G et al. A framework for improving the quality of care for people with psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2012;26(Suppl. 4):1-16.
168. Pearce DJ, Thomas CG, Fleischer AB, Feldman SR. The cost of psoriasis therapies: considerations for therapy selection. *Dermatol Nurs Dermatol Nurses Assoc.* 2004;16(5):421-8, 432.
169. D'Souza LS, Payette MJ. Estimated cost efficacy of systemic treatments that are approved by the US Food and Drug Administration for the treatment of moderate to severe psoriasis. *J Am Acad Dermatol.* 2015;72(4):589-98.

170. Beyer V, Wolverton SE. Recent trends in systemic psoriasis treatment costs. *Arch Dermatol*. 2010;146(1):46-54.
171. Griffiths CEM, Taylor H, Collins SI, Hobson JE, Collier PA, Chalmers RJG et al. The impact of psoriasis guidelines on appropriateness of referral from primary to secondary care: a randomized controlled trial. *Br J Dermatol*. 2006;155(2):393-400.
172. Augustin M, Radtke M, Eissing L, Enk A, Luger T et al. The German National Program on Psoriasis Care 2005-2015: results and experiences. *Arch Dermatol Res*. In press.
173. Feuerhahn J, Blome C, Radtke M, Augustin M. Validation of the patient benefit index for the assessment of patient-relevant benefit in the treatment of psoriasis. *Arch Dermatol Res*. 2012;304(6):433-41.
174. WHO global strategy on people-centered and integrated health services: interim report [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/155002/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf?ua=1&ua=1, accessed 27 August 2015).
175. Implementation tools. Package of Essential Noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings. Geneva: World Health Organization; 2013.
176. Raboobee N, Aboobaker J, Jordaan HF, Sinclair W, Smith JM, Todd G et al., and the Working Group of the Dermatological Society of South Africa. Guideline on the management of psoriasis in South Africa. *S Afr Med J*. 2010;100(4 Pt 2):257-82.
177. The International Foundation for Dermatology (IFD). The Regional Dermatology Training Centre, Tanzania [Internet]. (<http://www.ifd.org/the-regional-dermatology-training-centre,-tanzania>, accessed 1 December 2015).

CORPO DOR TRATAMENTO SINTOMAS DOENÇA
DISLIPIDEMIA ANSIEDADE ESCAMAS PLACAS
OBESIDADE DESCAMÇÃO SAÚDE SISTEMICA
LESÕES COMORBIDADES DIAGNÓSTICO
ARTICULAÇÕES DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL
COCEIRA PELE CRÔNICA
DIABETES COTOVELOS JOELHOS DOENÇA VASCULAR PERIFÉRICA
ARTRITE PSORIASICA AUTOIMUNE PACIENTE DERMATOLOGIA
ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO NÃO CONTAGIOSO
DOENÇAS CARDÍACAS



Fone: + 55 51 9 8501.8401
psoriase@psoriase.org.br
www.psoriase.org.br
f/psoriasebrasil