



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Camila Fernandes Pollo

**Fatores associados à qualidade de vida em pacientes com psoríase: um
estudo transversal**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-Mestrado Acadêmico e Doutorado.

**Orientadora: Profa. Associada. Silmara Meneguim
Coorientador: Prof. Associado Hélio Amante Miot**

**Botucatu
2020**

Camila Fernandes Pollo

Fatores associados à qualidade de vida em pacientes com psoríase: um estudo transversal

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-Mestrado Acadêmico e Doutorado.

Orientadora: Profa. Associada Silmara Meneguín
Coorientador: Prof. Associado Hélio Amante Miot

Botucatu
2020

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Pollo, Camila Fernandes.

Fatores associados à qualidade de vida em pacientes com psoríase: um estudo transversal / Camila Fernandes Pollo.

- Botucatu, 2020

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista
"Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de
Botucatu

Orientador: Silmara Meneguín

Coorientador: Hélio Amante Miot

Capes: 40400000

1. Psoríase. 2. Qualidade de vida. 3. Dermatologia.
4. Pacientes. 5. Estudos transversais.

Palavras-chave: Dermatologia; Enfermagem; Pacientes; Psoríase; Qualidade de vida.

Autor: Camila Fernandes Pollo

Título: Fatores associados à qualidade de vida em pacientes com psoríase: um estudo transversal.

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu,
Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu,
para obtenção do título de doutora em Enfermagem.

Orientador: Prof(a) Dra Silmara Meneguim

Coorientador: Prof. Dr. Hélio Amante Miot

Comissão examinadora:

Prof(a) Dra Eliana Pereira de Araújo
UNICAMP

Prof(a). Dr(a).: Luciana Patrícia Fernandes Abbade
Escola Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

Enfa. Dra. Raquel Colenci
Escola Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

Professora Titular Maria Belén Salazar Posso
Universidade de Taubaté

Dedicatória

Dedico este trabalho às pessoas mais essenciais em minha vida, meus pais, que me deram o bem mais precioso, a vida e que me ensinaram o caminho da honestidade e da persistência.

Aos meus irmãos e cunhados, e às lindas famílias que constituíram.

Ao Marcos, parceiro da minha vida, por toda paciência e também pela insubstituível parceria.

Ao meu sobrinho Felipe, simplesmente por ser a porção mais doce da vida.

Graças à união de todos, os obstáculos foram ultrapassados, vitórias foram conquistadas e alegrias divididas.

A minha professora e amiga Profa Dra Silmara Meneguim, o meu eterno agradecimento pela oportunidade de ser sua aluna no Mestrado e no Doutorado. Aprendemos a trabalhar em grupo, a respeitar o próximo e, principalmente, que é muito mais fácil multiplicar quando sabemos dividir.

Muitíssimo obrigado.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus, pela vida, pelas bênçãos derramadas diariamente, por iluminar meu caminho, me dar forças para seguir sempre em frente e pela oportunidade de realizar esse sonho.

Mais uma vez tenho a feliz oportunidade de agradecer formalmente a todos aqueles que me ajudaram de alguma forma para a conclusão de mais um passo na minha vida e me sinto agraciada por Deus por essa chance. Foram muitas as pessoas que estiveram ao meu lado durante essa caminhada. Talvez eu não consiga expressar toda a minha gratidão por meio de palavras.

Aos pacientes pela preciosa contribuição, sem vocês nada disso seria possível.

Ao Prof Dr Hélio Amante Miot, meu coorientador, por toda sua dedicação à pesquisa e a este trabalho, especialmente pelas orientações nas análises estatísticas.

À Dra Lucine Miot e Dra Marília Scotton Jorge pela parceria nos atendimentos no ambulatório.

Aos professores membros da banca examinadora pelas contribuições e também por aceitarem realizar a leitura desta tese.

À Dra Laura Bariquelo pelas inúmeras dispensas no horário de trabalho para a realização desse trabalho e também pela parceria ao longo de tantos anos.

Às minhas queridas amigas de perto e de longe que estão sempre presentes mesmo a longas distâncias, pelo incentivo e apoio na minha decisão de continuar os meus estudos.

À melhor torcida organizada: MINHA FAMÍLIA E AMIGOS. Agradeço pela paciência e compreensão com minha ausência durante essa longa jornada.

Às minhas queridas amigas da Clínica Dra Laura Bariquelo, pelo apoio incondicional.

Mais uma vez, agradeço a TUDO e a TODOS. Muito obrigado.

Epígrafe

“É muito melhor lançar-se em busca de conquistas grandiosas, mesmo expondo-se ao fracasso, do que alinhar-se com os pobres de espírito, que nem gozam muito nem sofrem muito, porque vivem numa penumbra cinzenta, onde não conhecem nem vitória, nem derrota. ”

(Theodore Roosevelt)

RESUMO E DESCRITORES

Pollo CF. Fatores associados à qualidade de vida em pacientes com psoríase: um estudo transversal [tese]. Botucatu. Universidade estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, 2020.

Objetivo: Identificar os fatores associados à qualidade de vida de pacientes com psoríase. **Métodos:** Estudo transversal, realizado em hospital público do estado de São Paulo, com 300 pacientes com psoríase, utilizando dados sociodemográficos, Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, Dermatology Life Quality Index, Psoriasis Area and Severity Index e Escala de Estratégias de Enfrentamento. **Resultados:** Predominaram mulheres 158 (53%), com idade média de 51,9 anos, renda familiar < 3 salários mínimos 173 (72%) e ensino fundamental 162 (54%). O impacto na qualidade de vida foi moderado ou mais 121 (40%). Ensino fundamental ($p=0,04$), gravidade ($p=0,00$), COPE-Breve ($p=0,02$), Depressão ($p=0,00$), Ansiedade ($p=0,01$), prurido ($p=0,00$) influenciaram de forma independente os escores de qualidade de vida. **Conclusão:** A qualidade de vida dos participantes foi moderadamente afetada ou mais pela psoríase. Baixo nível de escolaridade, utilização de estratégias de enfrentamento, quadro clínico pior, sintomas de ansiedade e depressão contribuíram para pior percepção do constructo.

Descritores: Qualidade de vida, Dermatologia, Psoríase, Enfermagem, Pacientes

ABSTRACT AND DESCRIPTORS

Pollo CF. Factors associated with quality of life in patients with psoriasis: a cross-sectional study [thesis]. Botucatu, Sao Paulo State University “Júlio de Mesquita Filho”, 2020

Objective: To identify factors associated with the quality of life of patients with psoriasis.

Methods: Cross-sectional study, conducted in a public hospital in the state of São Paulo, with 300 patients with psoriasis, using sociodemographic data, Hospital Anxiety and Depression Scale, Dermatology Life Quality Index, Psoriasis Area and Severity Index and Coping Strategies Scale. **Results:** 158 (53%) women predominated, with an average age of 51.9 years, family income <3 minimum wages 173 (72%) and elementary school 162 (54%). The impact on quality of life was moderate or more 121 (40%). Elementary education ($p = 0.04$), severity ($p = 0.00$), COPE-Brief ($p = 0.02$), Depression ($p = 0.00$), Anxiety ($p = 0.01$), itching ($p = 0.00$) independently influenced quality of life scores. **Conclusion:** The quality of life of the participants was moderately affected or more by psoriasis. Low level of education, use of coping strategies, worse clinical picture, symptoms of anxiety and depression contributed to a worse perception of the construct.

Descriptors: Quality of life, Dermatology, Psoriasis, Nursing, Patient

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. OBJETIVOS.....	16
- 2.1 Objetivo geral	16
- 2.2 Objetivos específicos	16
3. MÉTODOS	18
3.1 Aspectos éticos.....	18
3.2 Desenho, período e local do estudo.....	18
3.3 População ou amostra; critérios de inclusão e exclusão.....	18
3.4 Protocolo do estudo.....	18
3.5 Análise dos resultados e estatística	20
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	23
“Fatores associados à qualidade de vida em pacientes com psoríase: um estudo transversal” ...	24
INTRODUÇÃO	24
OBJETIVO.....	25
MÉTODOS	25
RESULTADOS	28
DISCUSSÃO.....	31
CONCLUSÃO	34
REFERÊNCIAS	34
“Prevalência e fatores associados à depressão e ansiedade em pacientes com psoríase”	40
INTRODUÇÃO	41
MÉTODOS	42
RESULTADOS.....	44
DISCUSSÃO.....	49
CONCLUSÃO E RELEVÂNCIA PARA A PRÁTICA CLÍNICA.....	51
REFERÊNCIAS	51
“Tradução e validação da Somatic Symptom Scale-8 (SSS-8) para a língua portuguesa do Brasil”	56
INTRODUÇÃO	56
MÉTODOS	58
RESULTADOS	61
DISCUSSÃO.....	65
CONCLUSÃO	66
REFERÊNCIAS	66
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	70
APÊNDICE 1	73

Informações Clínico-demográficas	73
APÊNDICE 2	74
Escala de Sintomas Somáticos-8 (SSS-8-BRA).....	74
APÊNDICE 3	75
Parecer Institucional do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu.....	75
APÊNDICE 4	76
Permission to translate the Somatic Symptom Scale 8 (SSS-8).....	76
ANEXO 1	77
DLQI- BRA.....	77
ANEXO 2	78
COPE Breve	78
ANEXO 3	79
SKINDEX-16	79
ANEXO 4	80
Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HADS	80
ANEXO 5	81
ESCALA VISUAL PARA PRUDIDO (COCEIRA)	81
ANEXO 6	82
ESCALA VISUAL “INCÔMODO NA QUALIDADE DE VIDA PELA PSORÍASE”	82

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

A psoríase é uma doença inflamatória crônica da pele e das articulações, de base genética, sendo igualmente distribuída em ambos os sexos(1). Caracteriza-se por lesões eritemato-descamativas, com padrões e distribuição corpórea variáveis, acometimento ungueal e articular frequente, com vários fenótipos distintos: formas vulgar, invertida, gutata, eritrodérmica e pustulosa(2). Trata-se de uma condição que afeta aproximadamente 1 a 3% da população mundial(3). Nas regiões brasileiras, a prevalência da doença pode variar de 0,92% na região Norte a 1,88% na região Sudeste(4).

As repercussões sistêmicas das doenças cutâneas causam grande impacto na vida dos pacientes e, há aproximadamente 10 anos essa avaliação começou a ser realizada de maneira sistemática. Desde então, houve maior interesse no desenvolvimento de métodos para mensurar a qualidade de vida na dermatologia(5).

O conceito de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), surgiu baseado nas questões multidimensionais da qualidade de vida (QV), ou seja, a ampla dimensão da saúde e sua relação com diversos aspectos positivos e negativos da vida permitem distintas formas de avaliação, levando indivíduos com a mesma morbidade a manifestarem diferentes níveis de saúde e de bem-estar, físico e emocional(6).

Apesar de não contagiosa, as lesões da psoríase são dolorosas, desfigurantes, incapacitantes e infligem importante impacto negativo na qualidade de vida(7), além de desencadear agravos psicológicos, como alterações na autoimagem, prejuízos na autoestima, nas interações sociais, depressão e ansiedade(8)

Na psoríase, 40-90% dos pacientes apresentam alguma morbidade psicológica(9). No Brasil, estudo realizado com 1125 participantes evidenciou que 53% apresentaram algum tipo de comorbidade psicológica, sendo 39,7% de ansiedade e 27,1% de depressão(10).

Apesar de causarem considerável sofrimento com potenciais implicações clínicas aos pacientes, os transtornos do humor podem não ser reconhecidos como tais pelos profissionais de saúde, em pelo menos um terço dos pacientes acometidos(11).

A presença de uma comorbidade importante como a psoríase, intensifica a queda da QV, pois está associada ao decréscimo funcional e a um cenário álgico intenso dependendo da forma como a doença se manifesta.(12)

Uma das principais queixa de pacientes portadores de doenças crônicas são os sintomas. Porém, nem sempre a intensidade da queixa corresponde aos achados clínicos identificados

durante a avaliação médica, reforçando a ideia da valorização de fatores psicossociais como critérios para análise e quantificação dos impactos de um quadro doloroso.(13)

Instrumentos de avaliação são ferramentas habituais nas diferentes áreas de saúde e tem a função de auxiliar no diagnóstico, na avaliação da resposta ao tratamento, de qualidade de vida e do prognóstico(14)

O impacto dos sintomas somáticos na qualidade de vida do paciente portador de psoríase é um componente muito importante a ser avaliado na tentativa de melhorar a compreensão do comportamento da doença. Além disso, compreender melhor as queixas algicas possibilitará a implantação de estratégias mais adequadas para suprir as necessidades e demandas dos pacientes.

Contudo, em psicodermatoses, como a psoríase, a estigmatização e o tratamento difícil contribuem para altos níveis de frustração, stress e baixa auto-estima do paciente, que podem impactar negativamente na QV.(15,16)

Neste contexto, as estratégias de *coping utilizadas para* enfrentamento de situações estressantes ou momentos de crise que ocorrem ao longo da vida podem contribuir para amenizar o impacto da doença nas várias dimensões da vida..(17). Para avaliar esse tipo de esforços cognitivos e comportamentais que a pessoa utiliza para enfrentar a situação de estresse é denominado estratégias de *coping*.(18,19)

Na prática clínica a gravidade da psoríase é geralmente avaliada apenas em relação à extensão da pele acometida ou o envolvimento articular, não sendo rotina a estimativa do impacto da mesma na qualidade de vida e nos transtornos psicológicos. No entanto, sabe-se que a psoríase pode impactar negativamente nos aspectos psicológicos, promovendo distúrbios debilitantes, até com risco de vida.(20).

Apesar da relevância do tema, a revisão de literatura mostrou que ainda é pouco abordado na literatura de enfermagem, provavelmente por essa avaliação não ser uma rotina sistematizada na prática clínica.

De acordo com essas ideias, desenvolveu-se uma pesquisa com o intuito de buscar maior compreensão das características dos portadores de psoríase. Propôs-se, então, avaliar a QV, ansiedade e depressão, sintomas somáticos e verificar as estratégias de *coping*.

OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

- 2.1 Objetivo geral

Identificar os fatores associados à qualidade de vida de pacientes portadores de psoríase.

- 2.2 Objetivos específicos

1. Avaliar os dados demográficos
2. Avaliar a extensão clínica da doença
3. Avaliar o impacto na qualidade de vida relacionado à psoríase
4. Avaliar sintomas de ansiedade e depressão nos participantes.
5. Verificar as estratégias de enfrentamento (*coping*) dos participantes.
6. Correlacionar aspectos clínicos, demográficos, psicológicos e de enfrentamento com os escores de qualidade de vida
7. Traduzir e validar o instrumento *Somatic Symptom Scale - 8 (SSS-8)* para a população brasileira.

MATERIAIS E MÉTODOS

3. MÉTODOS

3.1 Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa institucional e todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

3.2 Desenho, período e local do estudo

Trata-se de dois estudos transversais e um metodológico realizado no ambulatório e enfermaria de dermatologia de hospital público universitário no interior do estado de São Paulo.

Para o relato dos estudos observacionais, adotou-se a declaração intitulada *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE)*, a qual consiste em uma lista de verificação (22 itens) com recomendações sobre os dados que devem ser descritos de todas as etapas de estudos observacionais(21).

3.3 População ou amostra; critérios de inclusão e exclusão

Foram considerados elegíveis para o estudo pacientes com psoríase de todos os subtipos e gravidade, diagnosticados por dermatologista, de ambos os sexos, 18 anos de idade ou mais, em tratamento clínico ambulatorial e que consentiram na participação do estudo. Foram excluídos os participantes analfabetos.

3.4 Protocolo do estudo

Os dados foram coletados de março de 2017 a abril de 2019 pelo pesquisador, mediante entrevista com os participantes.

Para tanto, utilizou-se um instrumento constituído de seis partes: informações clínico demográficas, índice clinimétrico para avaliar a extensão da área acometida pela doença (PASI – *Psoriasis Area Severity Index*), escala visual de prurido (0-10), instrumentos de avaliação da Qualidade de Vida (DLQI-BRA – *Dermatology Quality of Life Index*) e Skindex-16, escala de sintomas (SSS-8 - *Somatic Symptom Scale-8*), Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) e Escala de Estratégias de Enfrentamento (COPE-Breve)(5,22–25).

A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) foi desenvolvida inicialmente para identificar sintomas de ansiedade e depressão em pacientes hospitalizados. Posteriormente, foi validada para o português do Brasil, que permite sua utilização também na atenção primária e na comunidade, como em pacientes não internados e em indivíduos sem doença. HAD possui 14 itens, dos quais sete são voltados para a avaliação da ansiedade (HAD-A) e sete para a depressão (HAD-D). Cada um dos seus itens pode ser pontuado de zero a três, compondo uma

pontuação máxima de 21 pontos para cada escala. Foram adotados os pontos de cortes apontados por Zigmond e Snaith, recomendados para ambas as subescalas: sem ansiedade/depressão de 0 a 8, com ansiedade/depressão ≥ 9 .(24,26).

O Índice de Qualidade de Vida para Dermatologia (DLQI) é um instrumento validado para uso no Brasil. O DLQI-BRA consiste em dez itens divididos em seis categorias: sintomas e sentimentos, atividades diárias, lazer, trabalho/escola, relações interpessoais e tratamento. As respostas geram escores entre zero e três e os escores são estratificados em 0-1 (não afetado), 2-5 (pouco afetado), 6-10 (moderadamente afetado), 11-20 (muito afetado) e 21-30 (extremamente afetado), ou seja, o cálculo final é um somatório simples desses escores, com os índices maiores indicando pior qualidade de vida relacionada à doença(27,28).

O Skindex-16 é um instrumento multidimensional, validado para o uso no Brasil em que as respostas são dadas em uma escala do tipo Likert de 7 pontos, que varia de 0 (nunca incomodou) a 6 (sempre incomodou), de acordo com a intensidade da frequência com que o paciente foi incomodado, devido à sua condição cutânea durante os últimos sete dias. Possui três dimensões: sintomas (itens de número 1 a 4), emoções (itens de número 5 a 11) e funcionalidade (itens de número 12 a 16). Todas as respostas são transformadas em uma escala linear que varia de 0 a 100 pontos. São calculados os escores de cada uma das três dimensões (sintomas, emoções e funcionalidade). Quanto maior o valor encontrado, pior a qualidade de vida.(29)

O índice da área e gravidade da psoríase (PASI) foi um método desenvolvido em 1978 e procurava quantificar a gravidade da doença(22). Os valores do PASI variam de 0 a 72 e é muito utilizado como parâmetro de gravidade da psoríase crônica em placas. A maioria das publicações define o PASI superior a 10 como critério para rotular de moderado a grave o quadro clínico da psoríase. Alguns autores, utilizam o critério de psoríase moderada, como aquele com valor de PASI entre 7 a 12, e grave aqueles com PASI maior que 12.(30)

O COPE-Breve é um inventário usado para investigar as diferentes formas de como as pessoas respondem a situações estressantes. Trata-se de um instrumento válido e devidamente adaptado culturalmente para a população brasileira. É avaliado por escala ordinal com escores variando de um a quatro, entre “nunca faço isso” até “sempre faço isso”. Os itens são somados em cada escala, sendo que quanto maior for a nota obtida, maior é o uso de determinada estratégia de *coping*(25).

A Escala de Sintomas Somáticos de 8 itens (SSS-8) foi desenvolvida como uma breve medida de resultado relatada pelo paciente sobre a carga somática dos sintomas, e foi traduzida e validada para esse estudo. Os pontos variam de zero a quatro (0-4) para cada item e o escore

final pode, portanto, variar de 0 a 32(23).

A escala visual de prurido e incômodo foi desenvolvida para esse estudo por ser de fácil compreensão. É composta por 10 figuras que variam de 0 a 10, onde 0 significa nada incomodado e 10 incômodo extremo.

Os pacientes foram selecionados por conveniência e entrevistados anteriormente ou posteriormente às consultas no ambulatório de dermatologia e também na enfermaria de dermatologia do referido centro, e as entrevistas tiveram a duração média de 20 minutos.

3.5 Análise dos resultados e estatística

Para a análise do primeiro artigo, os escores dos instrumentos de qualidade de vida, psicométricos e clinimétricos foram testados quanto sua correlação pelo coeficiente de Spearman e considerados significativos valores $> 0,30$. A variação dos escores de DLQI-BRA foi explorada segundo o comportamento de variáveis clínicas, demográficas e indicadores psicométricos por modelo linear generalizado, a dimensão do efeito foi avaliada pelo coeficiente β da regressão. Posteriormente, o comportamento multivariado desses dados foi avaliado pelo mapa perceptual da análise de correspondência múltipla.

As análises foram realizadas no programa IBM SPSS, versão 22. O nível de significância adotado foi de 5%. A amostragem foi definida para satisfazer um modelo multivariado, segundo a fórmula de Freeman.(31).

Para análise do segundo artigo, As variáveis qualitativas foram representadas por percentuais e as quantitativas, pelas médias e desvio-padrão ou medianas e quartis (p25-p75), se a normalidade não fosse verificada pelo teste de Shapiro-Wilk.(32)

As correlações entre as variáveis quantitativas foram estimadas pelo coeficiente de Spearman.(33). A consistência interna dos questionários foi estimada pelo coeficiente alfa de Cronbach, considerado satisfatório se $>0,7$.

A variação dos escores dos sintomas de depressão e de ansiedade foi avaliada quanto ao comportamento das variáveis independentes por modelo linear generalizado, e matriz de covariância robusta. A dimensão do efeito foi estimada pelo coeficiente β da regressão e seu intervalo de confiança de 95%. A adequação dos modelos foi verificada pela normalidade dos resíduos.

O comportamento multivariado conjunto de sintomas de depressão, ansiedade e as demais covariáveis foi modelado a partir da análise de correspondência múltipla de duas dimensões e dispostas no mapa perceptual, formado pelas variáveis com carga fatorial $>0,2$. A dimensão do

efeito foi estimada pela inércia em cada dimensão e as associações entre as variáveis foram representadas pelas suas proximidades geométricas. (34,35)

A amostragem foi definida para satisfazer um modelo multivariado com até 25 variáveis, segundo a fórmula de Freeman, necessitando de até 260 participantes (31).

A significância estatística foi definida pelo valor de $p < 0,05$. A análise foi realizada através do software IBM SPSS, versão 25.

Para a análise do terceiro artigo, na avaliação de conteúdo, o comitê de especialistas foi formado por cinco médicos, todos com experiência prévia em validação de instrumentos de medida em saúde e solicitado que avaliassem os itens quanto a sua relevância, pertinência e representatividade.

Para a avaliar a validade convergente, foi avaliada a correlação entre os instrumentos Skindex-16 e SSS-8 –BRA por meio do coeficiente de correlação de Spearman, cujo valores $< 0,4$, $0,4$ a $0,6$ e $> 0,6$ foram considerados correlações fracas, moderadas e fortes, respectivamente.(36)

Na análise da confiabilidade, para a avaliar a consistência interna foi utilizado o alfa de Cronbach; valores acima de 0,70 e abaixo de 0,95 foram considerados aceitáveis.(37)

Pela teoria clássica, para que as análises fatoriais exploratórias possam ser estudadas adequadamente nos testes de validação de questionários, é desejável que a amostra possua entre 4 a 10 indivíduos para cada item do instrumento.(38) Sendo o SSS-8 composto por oito itens, nosso dimensionamento amostral sugerido, compreende o intervalo entre 32 e 80 indivíduos. No entanto, foi aplicado a 300 participantes.

Os dados foram tabulados em planilhas MSEXcel 2010 e analisados pelos softwares SPSS 25v e FACTOR 10.10 e a significância foi definida como $p < 0,05$.

RESULTADOS e DISCUSSÕES

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nesta seção serão apresentados os resultados em formato de artigo obtidos neste estudo na seguinte sequência:

- Inicialmente, serão expostos os resultados referentes ao artigo intitulado “Fatores associados a qualidade de vida em pacientes com psoríase: um estudo transversal”.
- A seguir, serão apresentados os resultados do artigo cujo título é “Prevalência e fatores associados à depressão e ansiedade em pacientes com psoríase”.
- Por fim, serão apresentados os resultados do artigo intitulado “Tradução e validação da *Somatic Symptom Scale-8* (SSS-8) para a língua portuguesa do Brasil”.

“Fatores associados à qualidade de vida em pacientes com psoríase: um estudo transversal”

RESUMO

Objetivo: Identificar os fatores associados à qualidade de vida de pacientes com psoríase. **Métodos:** Estudo transversal, realizado em hospital público do estado de São Paulo, com 300 pacientes com psoríase, utilizando dados sociodemográficos, Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, Dermatology Life Quality Index, Psoriasis Area and Severity Index e Escala de Estratégias de Enfrentamento. **Resultados:** Predominaram mulheres 158 (53%), com idade média de 51,9 anos, renda familiar < 3 salários mínimos 173 (72%) e ensino fundamental 162 (54%). O impacto na qualidade de vida foi moderado ou mais 121 (40%). Ensino fundamental ($p=0,04$), gravidade ($p=0,00$), COPE-Breve ($p=0,02$), Depressão ($p=0,00$), Ansiedade ($p=0,01$), prurido ($p=0,00$) influenciaram de forma independente os escores de qualidade de vida. **Conclusão:** A qualidade de vida dos participantes foi moderadamente afetada ou mais pela psoríase. Baixo nível de escolaridade, utilização de estratégias de enfrentamento, quadro clínico pior, sintomas de ansiedade e depressão contribuíram para pior percepção do constructo.

Descritores: Qualidade de vida, Dermatologia, Psoríase, Enfermagem, Pacientes

INTRODUÇÃO

A psoríase é uma doença inflamatória crônica da pele e das articulações, de base genética, sendo igualmente distribuída em ambos os sexos(1). Caracteriza-se por lesões eritemato-descamativas, com padrões e distribuição corpórea variáveis, acometimento ungueal e articular frequente, com vários fenótipos distintos: formas vulgar, invertida, gutata, eritrodérmica e pustulosa(2). Trata-se de uma condição que afeta aproximadamente 1 a 3% da população mundial(3). Nas regiões brasileiras, a prevalência da doença pode variar de 0,92% na região Norte a 1,88% na região Sudeste(4). O acometimento pela psoríase independe da idade e da origem étnica(5). Porém, recentemente no Brasil, foi constatado um aumento de 0,58% relacionado à idade na prevalência de psoríase abaixo dos 30 anos, de 1,39 % entre 30 e 60 anos e de 2,29% em mais de 60(4).

As repercussões sistêmicas das doenças cutâneas causam grande impacto na vida dos pacientes e, há aproximadamente 10 anos essa avaliação começou a ser realizada de maneira sistemática. Desde então, houve maior interesse no desenvolvimento de métodos para mensurar a qualidade de vida na dermatologia(6). O conceito de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

(QVRS), surgiu baseado nas questões multidimensionais da qualidade de vida (QV), ou seja, a ampla dimensão da saúde e sua relação com diversos aspectos positivos e negativos da vida permitem distintas formas de avaliação, levando indivíduos com a mesma morbidade a manifestarem diferentes níveis de saúde e de bem-estar, físico e emocional(7). As doenças crônicas da pele também estão associadas a sintomas de estresse emocional, em particular insônia e ansiedade geral. Sendo assim podem mudar conforme o humor e a ocasião(8). Além dos sinais e sintomas relacionados às lesões cutâneas, a psoríase pode causar prejuízo afetivo, depressão e ansiedade, fato esse que pode impactar negativamente na qualidade de vida(9-10).

A despeito da qualidade de vida ser um tema amplamente explorado em pacientes com psoríase, na população brasileira, existe uma escassez de estudos que investigam as variáveis que interferem na percepção desse constructo associadas às estratégias de enfrentamento da doença. Deste modo acredita-se que este estudo pode servir de base para futuras pesquisas nesta área e que é de grande importância para agregar conhecimentos à enfermagem.

A proposta do estudo foi responder a seguinte questão norteadora: quais os fatores associados à qualidade de vida de pacientes com psoríase?

OBJETIVO

Identificar os fatores associados à qualidade de vida de pacientes com psoríase.

MÉTODOS

- Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa institucional com número do parecer 1.908.794 e todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

- Desenho, período e local do estudo

Trata-se de um estudo transversal realizado no ambulatório e enfermaria de dermatologia de hospital público universitário no interior do estado de São Paulo.

Para o relato dos estudos observacionais, adotou-se a declaração intitulada Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE), a qual consiste em uma lista de verificação (22 itens) com recomendações sobre os dados que devem ser descritos de todas as etapas de estudos observacionais(11).

- População ou amostra; critérios de inclusão e exclusão

Foram considerados elegíveis para o estudo pacientes com psoríase, de ambos os sexos, 18 anos de idade ou mais, em tratamento clínico ambulatorial e que consentiram na participação do estudo. Foram excluídos os participantes que não concluíram o preenchimento do instrumento de coleta de dados.

- Protocolo do estudo

Os dados foram coletados de março de 2017 a abril de 2019 pelo pesquisador, mediante entrevista com os participantes.

Para tanto, utilizou-se um instrumento constituído de seis partes: informações clínico-demográficas, índice clinimétrico para avaliar a extensão da área acometida pela doença (PASI – *Psoriasis Area Severity Index*), escala visual de prurido (0-10), instrumento de avaliação da Qualidade de Vida (DLQI-BRA – *Dermatology Quality of Life Index*), escala de sintomas (SSS-8 - *Somatic Symptom Scale-8*), Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) e Escala de Estratégias de Enfrentamento (COPE-Breve)(6,12-15).

A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) foi desenvolvida para identificar sintomas de ansiedade e depressão em pacientes hospitalizados. Posteriormente, foi validada para o português do Brasil, que permite sua utilização também na atenção primária e na comunidade, como em pacientes não internados e em indivíduos sem doença. HAD possui 14 itens, dos quais sete são voltados para a avaliação dos sintomas de ansiedade (HAD-A) e sete para a sintomas de depressão (HAD-D). Cada um dos seus itens pode ser pontuado de zero a três, compondo uma pontuação máxima de 21 pontos para cada escala. Foram adotados os pontos de cortes apontados por Zigmond e Snaith, recomendados para ambas as subescalas: sem sintomas de ansiedade/depressão de 0 a 8, com sintomas de ansiedade/depressão ≥ 9 (14,16).

O Índice de Qualidade de Vida para Dermatologia (DLQI) é um instrumento validado para uso no Brasil. O DLQI-BRA consiste em dez itens divididos em seis categorias: sintomas e sentimentos, atividades diárias, lazer, trabalho/escola, relações interpessoais e tratamento. As respostas geram escores entre zero e três e os escores são estratificados em 0-1 (não afetado), 2-5 (pouco afetado), 6-10 (moderadamente afetado), 11-20 (muito afetado) e 21-30 (extremamente afetado), ou seja, o cálculo final é um somatório simples desses escores, com os índices maiores indicando pior qualidade de vida relacionada à doença(17).

O índice da área e gravidade da psoríase (PASI) foi um método desenvolvido em 1978

e procurava quantificar a gravidade da doença(12). Os valores do PASI variam de 0 a 72 e é muito utilizado como parâmetro de gravidade da psoríase crônica em placas. A maioria das publicações define o PASI superior a 10 como critério para rotular de moderado a grave o quadro clínico da psoríase. Alguns autores, utilizam o critério de psoríase moderada, como aquele com valor de PASI entre 7 a 12, e grave aqueles com PASI maior que 12(18).

O COPE-Breve é um inventário usado para investigar as diferentes formas de como as pessoas respondem a situações estressantes. Trata-se de um instrumento válido e devidamente adaptado culturalmente para a população brasileira. É avaliado por escala ordinal com escores variando de um a quatro, entre “nunca faço isso” até “sempre faço isso”. Os itens são somados em cada escala, sendo que quanto maior for a nota obtida, maior é o uso de determinada estratégia de *coping*(15).

A Escala de Sintomas Somáticos de 8 itens (SSS-8) foi desenvolvida como uma breve medida de resultado relatada pelo paciente sobre a carga somática dos sintomas, e foi traduzida e validada para esse estudo. Os pontos variam de zero a quatro (0-4) para cada item e o escore final pode, portanto, variar de 0 a 32(13).

A escala visual de prurido e incômodo foi desenvolvida para esse estudo por ser de fácil compreensão. É composta por 10 figuras que variam de 0 a 10, onde 0 significa nada incomodado e 10 incômodo extremo.

Os pacientes foram entrevistados anterior ou posteriormente às consultas no ambulatório de dermatologia e também na enfermaria de dermatologia do referido centro, e as entrevistas tiveram a duração média de 20 minutos.

- Análise dos resultados e estatística

Os escores dos instrumentos de qualidade de vida, psicométricos e clinimétricos foram testados quanto sua correlação pelo coeficiente de Spearman e considerados significativos valores $> 0,30$. A variação dos escores de DLQI-BRA foi explorada segundo o comportamento de variáveis clínicas, demográficas e indicadores psicométricos por modelo linear generalizado, a dimensão do efeito foi avaliada pelo coeficiente β da regressão. Posteriormente, o comportamento multivariado desses dados foi avaliado pelo mapa perceptual da análise de correspondência múltipla.

As análises foram realizadas no programa IBM SPSS, versão 22. O nível de significância adotado foi de 5%. A amostragem foi definida para satisfazer um modelo multivariado, segundo a fórmula de Freeman(19).

RESULTADOS

Com base nos critérios de inclusão, foram selecionados 300 participantes que compuseram a amostra do estudo. Prevaleceram participantes do sexo feminino 158 (53%), Renda familiar < 3 salários mínimos 216 (72%), ensino fundamental 162 (%) e idade média de 51,9 anos. Em destaque 114 (38%) participantes apresentam sobrepeso e 115 (38%) obesidade. A psoríase foi referida com início antes dos 15 anos de idade em 14 (4,7%) participantes e após os 60 anos em 8 (2,6%). Destaque para o impacto na qualidade de vida, onde 121 (40%) consideram ser moderadamente afetados ou mais, conforme dados apresentados na tabela 1.

Os instrumentos DLQI-BRA, COPE-Breve e HAD-A e HAD-D apresentaram consistência interna >0.77. A prevalência de depressão (HAD-D>8) foi de 20% (IC 95%: 15-25%) e de ansiedade (HAD-A>8) 36% (IC 95%: 31-42%), Tabela 1.

Tabela 1. Dados clínicos e demográficos dos portadores de psoríase(n=300).

Variáveis	Valores (n/%)
n – total	300
Sexo - Feminino	158 (53)
Masculino	142 (47)
Idade – média (dp) em anos	51,9 (13,8)
IMC – média (dp) – kg/m ²	28,8 (5,7)
Magro / desnutrido (<18,5mg/kg ²)	2 (1)
Eutrófico (18,5 – 24,9kg/m ²)	69 (23)
Sobrepeso (25,0-29,9kg/m ²)	114 (38)
Obesidade (≥30kg/m ²)	115 (38)
Renda familiar – n (%)	
Até R\$ 1.000,00	43 (14)
R\$ 1.100,00 a R\$ 3.000,00	173 (58)
R\$ 3.100,00 a R\$ 5.000,00	51 (17)
Mais de R\$ 5.000,00	33 (11)
Escolaridade – n (%)	
Fundamental	162 (54)
Médio	88 (29)
Superior	50 (17)
Estado conjugal – n (%)	
Solteiro/Viúvo	82 (27)
Casado/ Amasiado	218 (73)
Idade de início da doença – média (dp) em anos	35,6 (14,1)
Tempo de doença – mediana (p25-p75) em anos	14 (7-24)
Psoríase articular – n (%)	35 (12)
Psoríase ungueal – n (%)	61 (20)
Uso de imunobiológicos – n (%)	44 (15)
PASI – mediana (p25-p75)	3,1 (1,2-7,2)
DLQI –BRA – mediana (p25-p75)	4,0 (1,0-9,0)
Não afetado – n (%)	87 (29)
Pouco afetado - n (%)	92 (31)

Moderadamente afetado - n (%)	60 (20)
Muito afetado - n (%)	47 (16)
Extremamente afetado - n (%)	14 (4)
COPE-BR – mediana (p25-p75)	53,0 (43,8-66,0)
HAD-A – mediana (p25-p75)	6,0 (3,0-10,0)
HAD-A>8 – n (%)	109 (36)
HAD-D – mediana (p25-p75)	4,0 (1,0-8,0)
HAD-D>8 – n (%)	60 (20)

IMC: Índice de Massa Corporal; PASI: Índice de gravidade de área de psoríase; DLQI-BRA: Índice de qualidade de vida em dermatologia; COPE-Breve: Inventário de Estratégias Multidimensionais; HAD-A e HAD-D: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (A itens de ansiedade; D itens de depressão).

A tabela 2 apresenta as correlações entre os instrumentos utilizados para avaliação da qualidade de vida, ansiedade, depressão, sintomas, prurido, incômodo, estratégias de enfrentamento e índice clinimétrico (PASI). Destacam-se as correlações entre DLQI-BRA, prurido e incômodo, os escores de ansiedade, depressão e sintomas, além da falta de correlação entre o PASI e o COPE-Breve.

Tabela 2. Coeficientes de correlação (rho de Spearman) entre variáveis clínicas, demográficas e psicométricas. (n= 300).

	DLQI -BRA	SSS- 8	COPE Br	HAD-A	HAD-D	Prurido	Incômodo	IMC
PASI	0,24	-0,05	-0,03	-0,00	0,30	0,21	0,26	0,54
DLQI-BRA	-0,10	0,39	0,26	0,41	0,41	0,53	0,71	0,02
SSS-8			0,25	0,45	0,43	0,31	0,30	0,18
COPE Br				0,16	0,14	0,16	0,25	0,01
HAD-A					0,65	0,20	0,40	0,11
HAD-D						0,18	0,38	0,11
Prurido							0,54	0,04
Incômodo								0,07

IMC: Índice de Massa Corporal; PASI: Índice de gravidade de área de psoríase; DLQI-BRA: Índice de qualidade de vida em dermatologia; COPE Breve: Inventário de Estratégias de Enfrentamento; HAD-A e HAD-D: Escala hospitalar de ansiedade e depressão (A itens de ansiedade; D itens de depressão).

Na Tabela 3 estão apresentadas as análises multivariadas realizadas utilizando-se o modelo linear generalizado para qualidade de vida e as variáveis do estudo. Houve associação

significativa dos escores de qualidade de vida com escolaridade ($p=0,04$), PASI ($p=0,00$), COPE-Breve ($p=0,02$), HAD-A ($p=0,01$), HAD-D ($p=0,00$) e prurido ($p=0,00$).

Tabela 3. Coeficientes β do modelo linear generalizado, para a medida do escore de qualidade de vida (DLQI-BRA) e as principais variáveis do estudo, (n=300).

Variáveis	Coeficiente β (erro-padrão)	Erro padrão	P
Sexo Feminino	0,098	0,114	0,391
Escolaridade <i>Ref. Nível Fundamental</i>	0,329	0,162	0,043
Renda Familiar <i>Ref. Abaixo de R\$3.000,00</i>	0,085	0,188	0,652
Articular	-0,304	0,182	0,095
IMC	0,001	0,009	0,891
Idade	-0,004	0,004	0,456
Tempo de doença	0,003	0,005	0,617
PASI	0,045	0,009	0,000
SSS-8	0,022	0,008	0,006
COPE-Breve	0,008	0,003	0,023
HAD-D	0,043	0,016	0,008
HAD-A	0,041	0,017	0,016
Prurido	0,100	0,016	0,000
Status Marital <i>Ref. Casado/Amasiado</i>	-0,148	0,137	0,281
Escala Incômodo	0,959	0,069	0,699

A figura 1 confirma a análise anterior, pois nela estão descritas as correspondências, com destaque para as associações entre as variáveis: sexo, COPE-BREVE, prurido, sintomas, HAD- A e HAD- D.

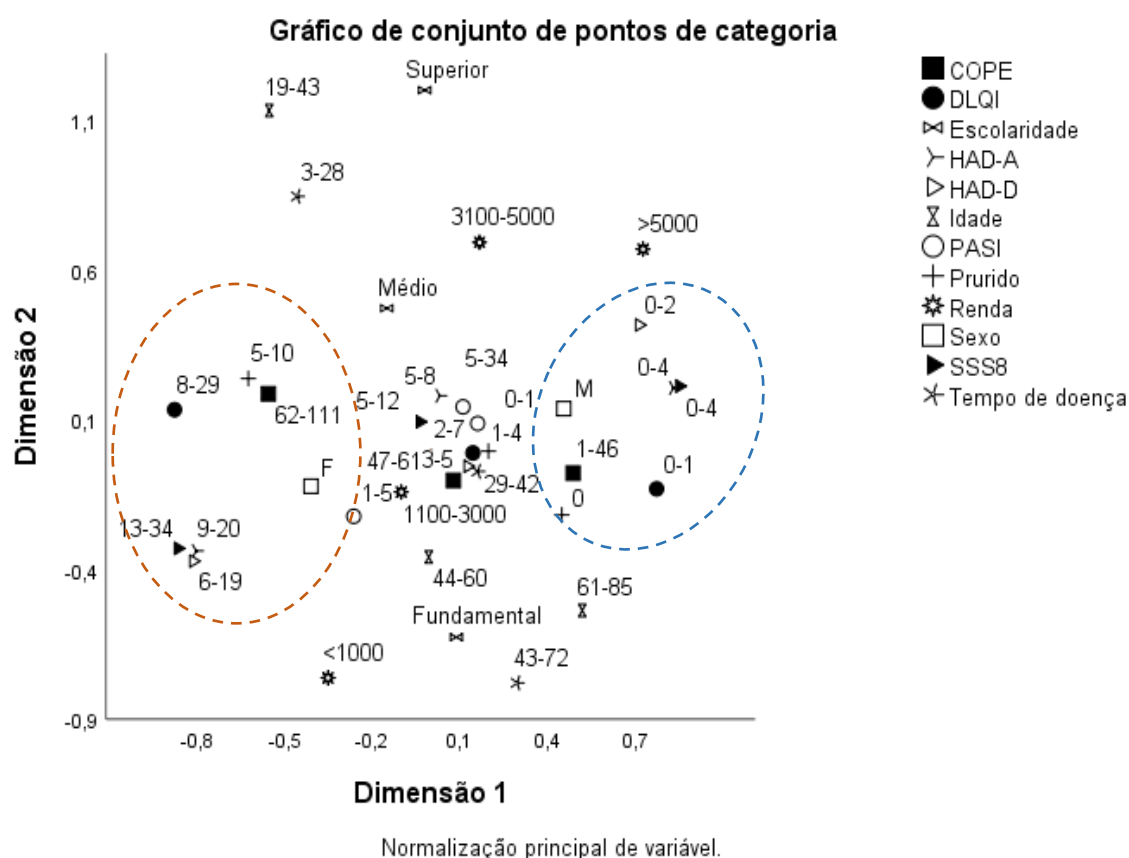


Figura 1. Diagrama de análise de correspondência múltipla entre DLQI-BRA (*Dermatology Quality of Life Index*), COPE-Breve (Escala de Estratégias de Enfrentamento), HAD (Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão) e as demais variáveis do estudo.

DISCUSSÃO

A psoríase é um distúrbio inflamatório sistêmico, crônico, cujas características epidemiológicas em nosso meio ainda não estão claramente estabelecidas. Fato esse, que ressalta a importância de estudos nacionais e regionais, que revela informações sobre o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes portadores desta doença, bem como informações de sua evolução e o impacto na qualidade de vida.

Nesse estudo 53% de mulheres compuseram a amostra, o que é consenso na literatura, pois psoríase afeta igualmente homens e mulheres(20-24). Mais da metade dos indivíduos entrevistados apresentaram renda mensal entre um e cinco salários mínimos, e ensino fundamental incompleto. Dados semelhantes ao de estudo realizado em 2017 no Brasil, com 50 pacientes(25). Estes resultados possivelmente podem ser atribuídos ao fato dos pacientes serem de serviço público de saúde, evidenciando a situação socioeconômica da maioria dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), os quais, em geral, possuem baixa renda e pouca escolaridade(2).

O tempo médio de doença é variável na literatura, porém em nosso estudo, o predomínio do tempo de doença de 10 anos ou mais foi compatível com estudo realizado em um centro brasileiro de estudos em psoríase no município de São Paulo e pode ser justificado pela evolução crônica da psoríase(26).

No que se refere ao IMC, 76% dos entrevistados apresentavam sobrepeso e obesidade. Dados coincidentes com estudo realizado na região Sul do Brasil com 97 pacientes, em que prevaleceram pacientes obesos(27). Dados esses que corroboram com estudo de revisão que reforça a hipótese de uma provável relação entre doenças inflamatórias e alterações metabólicas e/ou obesidade(28).

No que se refere à avaliação de qualidade de vida, 40% dos pacientes entrevistados, relataram impacto moderado ou maior. A psoríase é considerada uma doença psicossomática e seu tratamento clínico é capaz de amenizar significativamente a afecção através dos medicamentos, porém não suficiente para controlar todo impacto causado pelas emoções negativas, pensamentos e sentimentos que o paciente com psoríase traz consigo(29).

As dermatoses geram impacto negativo no estado emocional da pessoa, nas relações sociais e nas atividades cotidianas. Isto pode ser causado pela razão dos estigmas gerados pela aparência das lesões no corpo do paciente doente. Estima-se que pelo menos um terço dos pacientes com doenças de pele tenham repercussões emocionais(30).

A psoríase é considerada uma das doenças de pele que mais ocasiona restrições aos pacientes por causar prejuízos físicos, psíquicos e sociais. A depressão e a ansiedade são os distúrbios mais comuns e os mesmos podem interferir negativamente na vida do paciente acometido(31).

Na presente investigação a ansiedade acometeu 36% dos participantes, enquanto a depressão 20%. Resultados semelhantes ao de estudo realizado com 300 pacientes na Arábia Saudita que investigou distúrbios psicológicos entre pacientes com psoríase(32).

Estudo multicêntrico internacional realizado em 13 países da Europa com 3635 pacientes constatou que pacientes com psoríase, dermatite atópica, eczema de mão e úlceras de perna tinham a maior prevalência de depressão e ansiedade dentre os pacientes dermatológicos(33).

Cabe salientar que esses distúrbios não impactam negativamente somente em pacientes com psoríase. Estudo realizado em 2016 em Goiânia com 81 pacientes portadores de insuficiência cardíaca constatou que ansiedade e depressão também impactaram negativamente na qualidade de vida desses pacientes(34).

Para responder ao objetivo deste estudo, realizou-se a análise de regressão linear múltipla do escore de qualidade de vida com algumas variáveis explanatórias. Qualidade de vida apresentou associação positiva estatisticamente significativa com pouca escolaridade, PASI, COPE-Breve, HAD- A, HAD-D e prurido. Embora a associação seja positiva, maior escore no DLQI significa pior qualidade de vida. Sabe-se que o baixo nível de instrução influencia o conhecimento da doença e atitude dos pacientes, como tem mostrado a literatura(35).

Quanto ao acometimento da pele provocado pela doença, estudo brasileiro realizado 2017, descreve que a associação entre PASI e DLQI pode servir de grande auxílio tanto para o acompanhamento evolutivo, quanto para a tomada de decisões terapêuticas (36).

Na prática clínica a severidade da psoríase é geralmente avaliada apenas em relação à extensão da pele acometida ou o envolvimento articular, não sendo rotina a estimativa do impacto da mesma na QV e nos transtornos de humor. No entanto, sabe-se que a psoríase pode provocar negativamente, como distúrbios debilitantes e com risco de vida (37).

Em relação as estratégias utilizadas para enfrentamento da doença de pele, observou-se que os que quem faziam uso de estratégias de *coping* apresentaram pior qualidade de vida. Resultado apoiados por estudo realizado com 50 participantes na Geórgia que corrobora quanto a estreita ligação entre qualidade de vida e estratégias de enfrentamento.(38).

O perfil de enfrentamento contribui como um diagnóstico da situação física e psicológica dos pacientes, tornando-se uma mola propulsora do planejamento para um cuidado de qualidade e para o alcance de melhorias nos resultados da assistência prestada(39).

Nesse contexto, a abordagem psicológica e emocional do portador da psoríase é de grande importância, pois pode contribuir para melhora da qualidade de vida, diminuição do estresse e, em conjunto com o tratamento terapêutico, atenuar ou melhorar a doença(10).

Estudo recente mostrou que o público em geral e às vezes os próprios médicos negligenciam o efeito negativo da doença na vida dos pacientes. Psoríase tem um imenso impacto na vida social e os pacientes queixam-se de dificuldades sociais e atritos com membros da família. Ademais, sentem vergonha da sua condição e consideram que este é o pior aspecto de sua doença(40).

A psoríase pode se tornar um obstáculo nos aspectos físicos, emocionais, sociais ou pessoais, sendo fonte de sentimentos negativos. A vivência do adoecimento vai além das consequências biológicas e exige reorganização de atividades rotineiras e readaptação social, necessitando uma abordagem biopsicossocial e multiprofissional que atenda às necessidades do

paciente em sua totalidade(41).

Limitações do estudo

Os limites do estudo referem-se, inicialmente, à aplicação do questionário em apenas um momento, o que pode não ser suficiente para retratar a magnitude de interferências e dificuldades vivenciadas pelo paciente nesse período. Além disso, não foi possível a comparação com um grupo de controle saudável para determinar a taxa geral de estados emocionais negativos na população geral do Brasil e por fim, destaca-se o fato de ser um estudo unicêntrico.

Contribuições para a área da Enfermagem

O estudo traz contribuições uma vez que destaca a necessidade de uma abordagem holística ao paciente com psoríase, que visa não somente a integridade da pele, mas também que valorize os aspectos multidimensionais do cuidado.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo indicam que a qualidade de vida dos participantes foi moderadamente afetada ou mais pela psoríase. Quando associada às variáveis sociodemográficas e clínicas, participantes que utilizaram de estratégias de enfrentamento, que apresentavam quadros clínicos piores, baixo nível de instrução e sintomas de ansiedade e depressão apresentaram pior percepção do constructo.

A utilização de estratégias de enfrentamento pelos participantes não contribui para melhorar a qualidade de vida.

Partindo da premissa que o enfermeiro é o profissional responsável pelo acolhimento e cuidado integral ao paciente com psoríase, faz-se necessário uma significativa ampliação do conhecimento científico a ser aplicado a esta prática, através de novas pesquisas que permitam elaborar um plano de cuidados específicos, possibilitando a melhora na qualidade da assistência de enfermagem prestada a esses pacientes e seus familiares.

Desse modo, propõe-se o desenvolvimento de futuros estudos, com desenhos longitudinais, multicêntricos, que possam nortear as condutas dos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Roque Ferreira B, Santiago L, Simões J, Ramos L, Brites MM, Reis JP, et al. Psoríase, Psicofármacos e Comorbilidades Psiquiátricas: Um Estudo de Caso-

Controle numa População de Doentes Hospitalizados. *spdv*. 17 de abril de 2017;75(1):43. DOI: [10.29021/spdv.75.1.717](https://doi.org/10.29021/spdv.75.1.717)

2. Silveira M, Neto G, Ferreira F. Perfil epidemiológico e qualidade de vida na psoríase. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*. 2017;15(4):246–51. Disponível em: <https://docplayer.com.br/72693203-Perfil-epidemiologico-e-qualidade-de-vida-na-psorise.html>

3. Sultana A, Bhuiyan SI, Mahmud MM, Siddique RU, Shawkat SM, Nandi AK. Comorbidities in Patients with Psoriasis. *Mymensingh Med J*. outubro de 2019;28(4):894–9. DOI: 10.1016/j.amjmed.2009.06.021.

4. Romiti R, Amone M, Menter A, Miot HA. Prevalence of psoriasis in Brazil - a geographical survey. *Int J Dermatol*. agosto de 2017;56(8):e167–8. DOI: 10.1111/ijd.13604. Epub 2017 Mar 27.

5. Hertz A. Psoríase na infância. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto* [Internet]. 5 de agosto de 2014 [citado 21 de fevereiro de 2020];13(5). Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/12250>

6. Finlay AY. Quality of life measurement in dermatology: a practical guide. *Br J Dermatol*. março de 1997;136(3):305–14. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2133.1997.5541510.x>

7. Noronha DD, Martins AME de BL, Dias D dos S, Silveira MF, Paula AMBD, Haikal DSA. Qualidade de vida relacionada à saúde entre adultos e fatores associados: um estudo de base populacional. *Ciênc saúde coletiva*. fevereiro de 2016;21(2):463–74. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.01102015>.

8. Rocha TN. O atendimento dermatológico integrativo: uma contextualização do atendimento médico sob a ótica integrativa. *An Bras Dermatol*. outubro de 2003;78(5):619–24. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0365-05962003000500013>.

9. Warren RB, Kleyner CE, Gulliver WP. Cumulative life course impairment in psoriasis: patient perception of disease-related impairment throughout the life course: Cumulative life course impairment in psoriasis: patient perspectives. *British Journal of Dermatology*. maio de 2011;164:1–14. DOI: 10.1111/j.1365-2133.2011.10280.x.

10. Melo MSB de, Rocha NFL, Magalhães SS, Sousa LL. Influência de fatores emocionais nas doenças crônicas de pele: O estresse como gatilho para o desenvolvimento, reincidência ou agravamento da psoríase / Influence of emotional factors on chronic skin diseases: Stress as a trigger for development, recurrence or worsening of psoriasis. IDonline. 29 de julho de 2019;13(46):584–608. DOI: <https://doi.org/10.14295/online.v13i46.1914>
11. Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFP da. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. Rev Saúde Pública. junho de 2010;44(3):559–65. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000300021>.
12. Fredriksson T, Pettersson U. Severe Psoriasis – Oral Therapy with a New Retinoid. Dermatology. 1978;157(4):238–44. DOI: [10.1159/000250839](https://doi.org/10.1159/000250839)
13. Gierk B, Kohlmann S, Kroenke K, Spangenberg L, Zenger M, Brähler E, et al. The Somatic Symptom Scale–8 (SSS-8): A Brief Measure of Somatic Symptom Burden. JAMA Intern Med. 1º de março de 2014;174(3):399. DOI: 10.1001/jamainternmed.2013.12179.
14. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatr Scand. junho de 1983;67(6):361–70. DOI: [10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x)
15. BRASILEIRO, Sarah Vieira. Adaptação transcultural e propriedades psicométricas do COPE breve em uma amostra brasileira [Internet] [Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde (FM)]. [Universidade Federal de Goiás]: Faculdade de Medicina - FM (RG); 2012. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/3351>
16. Pais-Ribeiro J, Silva I, Ferreira T, Martins A, Meneses R, Baltar M. Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. Psychology, Health & Medicine. março de 2007;12(2):225–37. DOI: [10.1080/13548500500524088](https://doi.org/10.1080/13548500500524088)
17. Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI)-a simple practical measure for routine clinical use. Clin Exp Dermatol. maio de

1994;19(3):210–6. DOI: [10.1111/j.1365-2230.1994.tb01167.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2230.1994.tb01167.x)

18. Schmitt J, Wozel G. The Psoriasis Area and Severity Index Is the Adequate Criterion to Define Severity in Chronic Plaque-Type Psoriasis. *Dermatology*. 2005;210(3):194–9. DOI: [10.1159/000083509](https://doi.org/10.1159/000083509)

19. Mitchell H. Katz. *Multivariable Analysis: A Practical Guide for Clinicians and Public Health Researchers*. 3^o ed. Cambridge University Press, 2011; 2011.

20. El-Gammal A, Di Nardo V, Daaboul F, Tchernev G, Wollina U, Lotti J, et al. Is There a Place for Local Natural Treatment of Psoriasis? *OAMJMS*. 18 de maio de 2018;6(5):839–42. DOI: [10.3889/oamjms.2018.106](https://doi.org/10.3889/oamjms.2018.106)

21. Silva K de S, Silva EAT da. Psoríase e sua relação com aspectos psicológicos, stress e eventos da vida. *Estud psicol (Campinas)*. junho de 2007;24(2):257–66. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2007000200012>.

22. Francesco B, Paolo G, Giampiero G. A dermatologist perspective in the pharmacological treatment of patients with psoriasis and psoriatic arthritis. *Expert Review of Clinical Pharmacology*. 22 de abril de 2020;17512433.2020.1759415. DOI: 10.1080/17512433.2020.1759415. [Epub ahead of print]

23. Videira, Inês Ferreira Santos, Marques, Ana Raquel, Neves, Ângela Cristina Pinto, Monteiro, Débora Filipa Pimenta de Paiva. Psoríase e fatores de risco cardiovascular: estudo observacional numa população urbana da Região Norte de Portugal. *Rev Port Med Geral Fam* 2. 2017;33:386–92. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732017000600002&lng=pt.

24. Marques AS, Miot LD, Pelafsky VP. *Epidemiologia*. 2^o ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013. 11–22 p. (In: Romiti R. *Compêndio de Psoríase*.).

25. Santos, Maria Amélia Lopes dos, Lima, Caren dos Santos, Góes, Heliana Freitas de Oliveira, Paixão, José Gabriel Miranda da, Rodrigues Neto, Taurino dos Santos. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes com psoríase. *Rev para med [Internet]*. 2013;27(2). Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/01/877082/154246-251.pdf>

26. Solis MY, Melo NS de, Macedo MEM, Carneiro FP, Sabbag CY, Lancha Junior AH, et al. Nutritional status and food intake of patients with systemic psoriasis and psoriatic arthritis associated. *Einstein (São Paulo)*. março de 2012;10(1):44–52. DOI: [10.1590/s1679-45082012000100010](https://doi.org/10.1590/s1679-45082012000100010)
27. Ferdinando LB, Fukumoto PK, Sanches S, Fabricio LHZ, Skare TL. Metabolic syndrome and psoriasis: a study in 97 patients. *Rev Assoc Med Bras*. abril de 2018;64(4):368–73. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.64.04.368>.
28. Yunanto KA, Waspodo NN, Tabri F, Ilyas F. Obesity as a comorbid factor in a boy with psoriasis vulgaris. *Enfermería Clínica*. março de 2020;30:259–62. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.10.018>
29. Jesus N, Reis L., Castro J. Impacto da psoríase na qualidade de vida dos pacientes em tratamento: uma revisão sistemática da literatura. *Interscientia*. 2016;4(1):37–41. Disponível em: <https://periodicos.unipe.br/index.php/interscientia/article/view/507>
30. Cranenburgh O, Smets E, Rie M, Sprangers M, Korte J. A Web-based, Educational, Quality-of-life Intervention for Patients with a Chronic Skin Disease: Feasibility and Acceptance in Routine Dermatological Practice. *Acta Derm Venerol*. 2015;95(1):51–6. DOI: 10.2340/00015555-1872.
31. González-Parra S, Daudén E. Psoriasis and Depression: The Role of Inflammation. *Actas Dermo-Sifiliográficas (English Edition)*. janeiro de 2019;110(1):12–9. DOI: 10.1016/j.ad.2018.05.009. Epub 2018 Dec 1.
32. Ahmed AE, Al-Dahmash AM, Al-Boqami QT, Al-Tebainawi YF. Depression, Anxiety and Stress among Saudi Arabian Dermatology Patients: Cross-sectional study. *SQUMJ*. 15 de maio de 2016;16(2):e217-223. DOI: 10.18295/squmj.2016.16.02.013. Epub 2016 May 15.
33. Dalgard FJ, Gieler U, Tomas-Aragones L, Lien L, Poot F, Jemec GBE, et al. The Psychological Burden of Skin Diseases: A Cross-Sectional Multicenter Study among Dermatological Out-Patients in 13 European Countries. *Journal of Investigative Dermatology*. abril de 2015;135(4):984–91. DOI: 10.1038/jid.2014.530. Epub 2014 Dec 18.

34. De Moraes ER, Carvalho CS, Eureques L, Viana FP, Fantinati AMM., Salvador R. Qualidade de vida e sintomas de depressão e ansiedade em portadores de insuficiência cardíaca crônica. *Revista EVS - Revista de Ciências Ambientais e Saúde*. 2018;45:71–9. DOI: <http://dx.doi.org/10.18224/evs.v45i1.6286>
35. Rodrigues FFL, Santos MA dos, Teixeira CR de S, Gonela JT, Zanetti ML. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. *Acta paul enferm*. 2012;25(2):284–90. DOI: <https://doi.org/10.1590/50103-21002012000200020>.
36. Reis, Alexandra Aparecida dos. Psoríase: aspectos de comprometimento articular em relação com os aspectos clínicos. [Internet]. [Campinas]: PUC; 2017. Disponível em: <http://tede.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br:8080/jspui/handle/tede/954>.
37. Carneiro C, Chaves M, Verardino G, Frade AP, Coscarelli PG, Bianchi WA, et al. Evaluation of fatigue and its correlation with quality of life index, anxiety symptoms, depression and activity of disease in patients with psoriatic arthritis. *CCID*. maio de 2017;Volume 10:155–63. DOI: 10.2147/CCID.S124886. eCollection 2017.
38. Liluashvili S, Kituashvili T. Dermatology Life Quality Index and disease coping strategies in psoriasis patients. *Postepy Dermatol Alergol*. 2019;36(4):419-424. doi:10.5114/ada.2018.75810
39. Siqueira DS, Costa BEP da, Figueiredo AEPL. Coping e qualidade de vida em pacientes em lista de espera para transplante renal. *Acta paul enferm*. dezembro de 2017;30(6):582–9. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700082>.
40. Jankowiak B, Kowalewska B, Krajewska-Kułak E, Khvorik DF. Stigmatization and Quality of Life in Patients with Psoriasis. *Dermatol Ther (Heidelb)*. abril de 2020;10(2):285–96. DOI:<https://doi.org/10.1007/s13555-020-00363-1>
41. Guerreiro TN, Rodrigues ILA, Nogueira LMV, Távora MM. Alterações no cotidiano de pessoas acometidas por psoríase [Changes in the daily life of people with psoriasis] [Alteraciones en el cotidiano de personas afectadas por psoriasis]. *Rev enferm UERJ*. 25 de agosto de 2018;26:e28332.

“Prevalência e fatores associados à depressão e ansiedade em pacientes com psoríase”

Resumo

A psoríase é uma doença inflamatória da pele, crônica, não contagiosa, autoimune associada a comorbidades psicológicas. **Objetivo:** identificar a prevalência e os fatores associados à depressão e ansiedade em pacientes com psoríase. **Métodos:** estudo transversal realizado entre março de 2017 e dezembro de 2018 em enfermaria e ambulatório de dermatologia de hospital público do interior de São Paulo (Brasil). Aplicação de questionários com dados sociodemográficos e antecedentes clínicos, HAD (*Hospital Anxiety and Depression Scale*), DLQI-BRA (*Dermatology Life Quality Index*) e avaliação do PASI (*Psoriasis Area Severity Index*) aos pacientes com psoríase. Foram exploradas as correlações entre as variáveis a partir de técnicas multivariadas. **Resultados:** foram incluídos 281 participantes, a maioria era do sexo feminino 146 (52%), com média de idade de 52,1 anos (dp 13,8), ensino fundamental 154 (55%), casados/amasiados 209 (74%) e com baixa renda 201 (72%). A mediana (p25-p75) do tempo de doença foi de 14 (7-23) Anos. Em relação à qualidade de vida, 31% dos entrevistados relataram ser pouco afetados pela doença. A prevalência de depressão foi de 19% (IC 95%: 15-24%) e de ansiedade 36% (IC 95%: 30-42%). A análise multivariada mostrou que as variáveis que influenciaram os escores de ansiedade e depressão foram: DLQI-BRA ($p<0,01$), renda ($p<0,01$), sexo feminino ($p<0,01$) e idade ($p<0,01$). Na análise de correspondência múltipla os maiores índices de ansiedade e depressão se aproximaram do sexo feminino, idade intermediária, menor renda e PASI baixo. **Conclusão:** a prevalência de ansiedade e depressão em pacientes com psoríase foi significativa. Sexo feminino, renda e qualidade de vida foram associados aos escores de ansiedade e depressão. **Relevância para a prática clínica:** em virtude da escassez de estudos, na área de enfermagem, em pacientes com psoríase, acredita-se que nossos resultados possam contribuir para a reorganização da assistência prestada, permitindo que o enfermeiro identifique precocemente morbidades psicológicas, como ansiedade e depressão e adote as medidas necessárias para um possível encaminhamento para um serviço e/ou profissional especializado.

Palavras-chaves: Psoríase, Ansiedade, Depressão, Dermatologia, Enfermagem

INTRODUÇÃO

Psoríase é uma doença inflamatória crônica da pele e das articulações, imunomediada, que afeta pacientes de todas as idades e ambos os gêneros, independentemente da origem étnica(1,2). Caracteriza-se por placas eritematosas, com infiltração e descamação(3). As lesões apresentam bordas bem delimitadas, escamas prateadas, distribuição simétrica, sendo tratadas com fármacos tópicos, orais, hidratação e fototerapia(4,5).

Nos países desenvolvidos, a prevalência da psoríase oscila entre 1,5% e 5%, com provável aumento nas últimas décadas(6). No Brasil, estudo realizado em diferentes capitais do país, identificou que sua prevalência oscila entre 0,92% e 1,88% nas diferentes regiões do país(2).

Apesar de não contagiosa, as lesões da psoríase são dolorosas, desfigurantes, incapacitantes, e infligem importante impacto negativo na qualidade de vida(7).

Dermatoses crônicas como a psoríase, podem infligir grande impacto na qualidade de vida e podem desencadear outros agravos psicológicos, como alterações na autoimagem, prejuízos na autoestima, nas interações sociais, além de depressão e ansiedade(8).

Na psoríase, 40-90% dos pacientes apresentam alguma morbidade psicológica(9). Os portadores de psoríase geralmente se sentem prejudicados por sua aparência física, levando à estigmatização, evitando a interação social e optando pelo isolamento. Essa doença é frequentemente comórbida com condições psiquiátricas como transtorno depressivo, distímia e transtornos de ansiedade, o que produz um impacto significativo no funcionamento psicológico e social do paciente(10).

Em estudo realizado sobre o tema em Portugal, observou-se índices de ansiedade e depressão em 43,4% dos pacientes em fase de remissão da doença e 50,7% nos pacientes com sintomas ativos(11).

Os pacientes com artrite psoriásica apresentam sintomas de depressão e ansiedade que é semelhante ou ligeiramente superior ao da população em geral e comparável com outras doenças reumáticas, porém, os efeitos do tratamento para artrite psoriática na depressão e ansiedade ainda não estão claros(12).

Em um estudo brasileiro, com 1125 participantes evidenciou-se que 53% dos mesmos apresentaram algum tipo de comorbidades psicológica, sendo 39,7% de ansiedade e 27,1% de depressão(13).

Apesar de causarem considerável sofrimento com potenciais implicações clínicas aos pacientes, os transtornos do humor podem não ser reconhecidos como tais pelos profissionais de saúde, em pelo menos um terço dos pacientes acometidos(14).

Na prática clínica a gravidade da psoríase é geralmente avaliada apenas em relação à extensão da pele acometida ou o envolvimento articular, não sendo rotina a estimativa do impacto da mesma na qualidade de vida e nos transtornos psicológicos. No entanto, sabe-se que a psoríase pode impactar negativamente nos aspectos psicológicos, promovendo distúrbios debilitantes e com risco de vida(15).

Apesar da gravidade do tema, a revisão de literatura mostrou que ainda é pouco abordado na literatura de enfermagem, provavelmente por essa avaliação não ser uma rotina sistematizada na prática clínica.

A enfermagem é um componente essencial na equipe de saúde que presta assistência a esses pacientes, portanto, deve focalizar seu cuidado no real impacto provocado pela doença, já que está diretamente ligada à questão da aparência das lesões, podendo levar a quadros de depressão e dificuldades de interação social. Além disso, compete ao enfermeiro qualificar sua equipe para uma assistência integral eficaz, inclusive no aspecto psicoemocional(16).

Nesse sentido, questiona-se: qual a prevalência e os fatores associados à ansiedade e depressão em pacientes adultos portadores de psoríase, atendidos em uma instituição pública no interior do estado de São Paulo, Brasil.

O objetivo desse estudo foi identificar a prevalência e os fatores associados à depressão e ansiedade em pacientes com psoríase.

MÉTODOS

Desenho do estudo

Descritivo, exploratório, transversal e com abordagem quantitativa.

Casuística

O estudo foi desenvolvido na enfermaria de dermatologia e ambulatório de psoríase do Serviço de Dermatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu no interior do Estado de São Paulo, Brasil.

A amostra foi constituída por pacientes portadores de psoríase de todos os subtipos e gravidades entre março de 2017 e dezembro de 2018.

Foram incluídos pacientes alfabetizados, com diagnóstico clínico de psoríase, maiores de 18 anos, de ambos os sexos, com condições emocionais autorreferidas para concordar em participar da pesquisa. Os participantes foram incluídos consecutivamente, de acordo com a disponibilidade do agendamento (amostra não-randomizada).

Desenvolvimento da pesquisa

Os participantes foram convidados a preencher questionários com dados sociodemográficos e antecedentes clínicos, HAD (*Hospital Anxiety and Depression Scale*), e DLQI-BRA (*Dermatology Life Quality Index*). Posteriormente foram examinados por um médico dermatologista que classificou a extensão clínica da doença a partir do índice PASI (*Psoriasis Area Severity Index*).

A HAD (Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão) foi desenvolvida inicialmente para identificar sintomas de ansiedade e depressão em pacientes hospitalizados. Posteriormente, em 2007, foi validada o português do Brasil com pacientes diagnosticados com várias doenças, como câncer, epilepsia, diabetes, dentre outras. A seguir foram realizados outros estudos de validação que permitem sua utilização na atenção primária e na comunidade, como também em pacientes não internados e sem doença(17,18). HAD possui 14 itens, dos quais sete são voltados para a avaliação da ansiedade (HAD-A) e sete para a depressão (HAD-D). Cada um dos seus itens pode ser pontuado de zero a três, compondo uma pontuação máxima de 21 pontos para cada escala. Foram adotados os pontos de cortes apontados por Zigmond e Snaith, recomendados para ambas as subescalas: sem ansiedade/depressão de 0 a 8, com ansiedade/depressão ≥ 9 (18,19).

O Índice de Qualidade de Vida para Dermatologia (DLQI) é um instrumento validado para uso no Brasil(20). O DLQI-BRA consiste em dez itens divididos em seis categorias: sintomas e sentimentos, atividades diárias, lazer, trabalho/escola, relações interpessoais e tratamento. As respostas geram escores entre zero e três e o cálculo final é um somatório simples desses escores, com os índices maiores indicando pior qualidade de vida relacionada à doença(21).

Em 1978, o índice da área e gravidade da psoríase (PASI) foi desenvolvido para determinar os efeitos dos retinoides na psoríase e ganhou aplicação mundial para quantificar a gravidade da doença em função da extensão acometida e parâmetros clínicos. Por trata-se de instrumento clinimétrico, que não depende da subjetividade do paciente, mas de manifestações clínicas avaliadas pelo médico, o mesmo não passou por etapas de adaptação cultural para uso no Brasil, nem em nenhum dos países que é utilizado(13,22,23).

Os instrumentos foram aplicados numa sala privativa. As entrevistas tiveram duração média de 20 minutos. Os participantes foram informados que a recusa na participação no estudo não implicaria em nenhum tipo de dano na continuidade do tratamento.

Análise dos dados

As variáveis qualitativas foram representadas por percentuais e as quantitativas, pelas médias e desvio-padrão ou medianas e quartis (p25-p75), se a normalidade não fosse verificada pelo teste de Shapiro-Wilk(24).

As correlações entre as variáveis quantitativas foram estimadas pelo coeficiente de Spearman(25). A consistência interna dos questionários foi estimada pelo coeficiente alfa de Cronbach, considerado satisfatório se $>0,7$.

A variação dos escores de depressão e de ansiedade foi avaliada quanto ao comportamento das variáveis independentes por modelo linear generalizado, e matriz de covariância robusta. A dimensão do efeito foi estimada pelo coeficiente β da regressão e seu intervalo de confiança de 95%. A adequação dos modelos foi verificada pela normalidade dos resíduos.

O comportamento multivariado conjunto da depressão, ansiedade e as demais covariáveis foi modelado a partir da análise de correspondência múltipla de duas dimensões e dispostas no mapa perceptual, formado pelas variáveis com carga fatorial $>0,2$. A dimensão do efeito foi estimada pela inércia em cada dimensão e as associações entre as variáveis foram representadas pelas suas proximidades geométricas(26,27).

A amostragem foi definida para satisfazer um modelo multivariado com até 25 variáveis, segundo a fórmula de Freeman, necessitando de até 260 participantes(28).

A significância estatística foi definida pelo valor de $p < 0,05$. A análise foi realizada através do software IBM SPSS, versão 25.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa institucional (parecer nº 2.392.601) e todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Com base nos critérios de inclusão foram incluídos 281 participantes. Prevaleram participantes do sexo feminino 146 (52%), com idade média de 52 ($\pm 13,8$) anos, baixa renda 162 (58%) e nível fundamental de escolaridade 154 (55%) (Tabela 1).

Em destaque, 107 (38.1%) participantes apresentam sobrepeso e 106 (37.7%) apresentam obesidade. A psoríase foi referida com início antes dos 15 anos de idade em 21 (7.5%) participantes e iniciou após os 60 anos de idade para 13 (4.6%).

A prevalência de depressão (HAD-D>8) foi de 19% (IC 95%: 15-24%) e de ansiedade (HAD-A>8) foi 36% (IC 95%: 30-42%). A mediana do DLQI-BRA foi de 5.8 e 31% referiram ser pouco afetados quanto a qualidade de vida.

Tabela 1. Dados clínicos e demográficos dos portadores de psoríase (n=281).

Variáveis	Valores
Sexo – n (%)	281
Feminino	146 (52)
Masculino	135 (48)
Idade – média (dp) em anos	52.1 (13.8)
IMC – média (dp) – kg/m²	28.8 (5.7)
Magro / desnutrido (<18,5kg/m ²)	2 (1)
Eutrófico (18,5 – 24,9kg/m ²)	66 (24)
Sobrepeso (25,0-29,9kg/m ²)	107 (38)
Obesidade (≥30kg/m ²)	106 (38)
Renda – n (%)	
Até R\$ 1.000,00	39 (14)
De R\$ 1.100,00 a R\$ 3.000,00	162 (58)
De R\$ 3.100,00 a R\$ 5.000,00	48 (17)
Mais de R\$5.000,00	32 (11)
Escolaridade – n (%)	
Fundamental	154 (55)
Médio	82 (29)
Superior	45 (16)
Estado civil – n (%)	
Solteiro	45 (16)
Casado ou amasiado	209 (74)
Viúvo	27 (10)
Idade de início da doença – média (dp) em anos	35.8 (14.1)
Tempo de doença – mediana (p25-p75) em anos	14 (7-23)
Psoríase articular – n (%)	33 (12)
Uso de imunobiológicos – n (%)	39 (14)
PASI – mediana (p25-p75)	5.3 (1.2-7.2)
DLQI-BRA – mediana (p25-p75)	5.8 (1.0-8.0)
Não afetado	82 (29)
Pouco afetado	88 (31)
Moderadamente afetado	57 (20)
Muito afetado	42 (15)
Extremamente afetado	12 (4)
HAD-A – mediana (p25-p75)	6 (3-10)

HAD-A>8 – n (%)	101 (36)
HAD-D – mediana (p25-p75)	4 (1-7)
HAD-D>8 – n (%)	54 (19)

IMC: Índice de Massa Corporal; PASI: Índice de gravidade de área de psoríase; DLQI: Índice de qualidade de vida em dermatologia; HAD-A e HAD-D: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (A itens de ansiedade; D itens de depressão).

A tabela 2 apresenta as correlações entre as variáveis ligadas à gravidade clínica, constitucionais, história clínica, qualidade de vida, morbidade psicológica. Destacaram-se as correlações entre DLQI-BRA e os escores de ansiedade e depressão (0.40), além da falta de correlação entre o PASI e as variáveis explanatórias.

Tabela 2. Coeficientes de correlação (rho de Spearman) entre variáveis clínicas, constitucionais e psicométricas de 281 pacientes com psoríase.

	IMC	Escolaridade	Tempo de doença	Renda	PASI	DLQI-BRA	HAD-D	HAD-A
Idade	0.03	-0.34	0.31	0.02	0.09	-0.20	0.03	-0.14
IMC		-0.10	0.01	-0.09	0.04	0.00	0.08	0.09
Escolaridade			-0.05	0.36	-0.03	0.11	-0.03	-0.01
Tempo de doença				0.01	0.14	-0.04	-0.03	-0.09
Renda					-0.03	-0.03	-0.20	-0.19
PASI						0.26	0.05	0.00
DLQI-BRA							0.40	0.40
HAD-D								0.65

PASI: Índice de gravidade de área de psoríase; DLQI-BRA: Índice de qualidade de vida em dermatologia; HAD-A e HAD-D: Escala hospitalar de ansiedade e depressão (A itens de ansiedade; D itens de depressão).

A figura 1 apresenta a frequência dos escores dos itens do HAD na amostra de pacientes com psoríase. Destacam-se os itens referentes a preocupações, tensão física, inquietação e apreensão como os mais afetados da escala de ansiedade; e os itens lentidão física, capacidade de apreciar as coisas e sentimentos de alegria como os mais pontuados na escala de depressão.

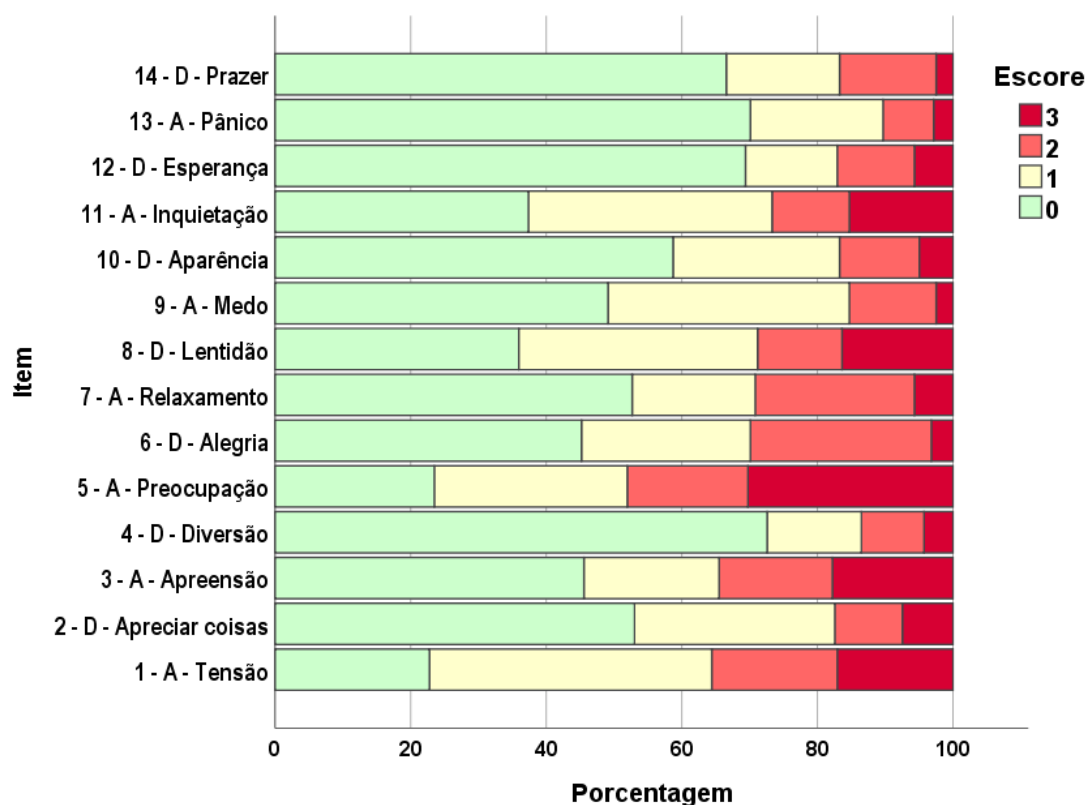


Figura 1. Frequência dos escores dos itens que compõem o escore HAD (A – Ansiedade, D – Depressão) em 281 pacientes com psoríase.

A tabela 3 apresenta os coeficientes alfa de Cronbach dos instrumentos DLQI-BRA, HAD A e HAD D.

Tabela 3. Coeficientes alfa de Cronbach dos instrumentos DLQI-BRA, HAD A e HAD D.

Instrumentos	Coeficiente alfa de Cronbach
DLQI-BRA	0,87
HAD A	0,77
HAD D	0,80

A tabela 4 apresenta o comportamento dos escores HAD-A e HAD-D em relação às variáveis sexo, escolaridade, renda, idade, tempo da doença, psoríase articular, PASI e DLQI. Houve associação significativa entre os escores de ansiedade/ depressão com o DLQI-BRA ($p < 0.01$), renda ($p < 0.01$) e sexo feminino ($p < 0.01$). A idade foi positivamente associada somente com o escore de depressão ($p < 0.01$).

Tabela 4. Modelo linear generalizado (gama) dos escores de ansiedade (HAD-A) e depressão (HAD-D) para as principais variáveis demográficas, clinimétricas em 281 pacientes portadores de psoríase.

Variáveis	HAD-A			HAD-D		
	β^*	EP	p^{**}	β^*	EP	p^{**}
Sexo feminino	1.65	1.72	<0.01	1.38	0.42	<0.01
Escolaridade	0.84	0.61	0.17	0.82	0.48	0.09
Ref. Ensino fundamental						
Renda	-1.92	0.62	<0.01	-1.57	0.40	<0.01
Ref. Acima de R\$ 3.000,00						
Psoríase articular	-0.99	0.76	0.19	0.11	0.55	0.84
Idade	0.00	0.02	0.98	0.07	0.02	<0.01
Tempo de doença	-0.02	0.02	0.41	-0.04	0.02	0.04
PASI	-0.06	0.05	0.23	-0.02	0.04	0.63
DLQI-BRA	0.33	0.06	<0.01	0.34	0.06	<0.01

EP: Erro-padrão; * Coeficiente β não padronizado; **p-valor ajustado.
p (modelos) <0.01; p(interceptos)<0.01.

A figura 2 apresenta o mapa perceptual composto pelas variáveis ligadas à gravidade clínica, qualidade de vida e morbidades psicológica. Ponderados conjuntamente, os maiores índices de ansiedade e depressão se aproximaram do sexo feminino, idade intermediária, menor renda, PASI

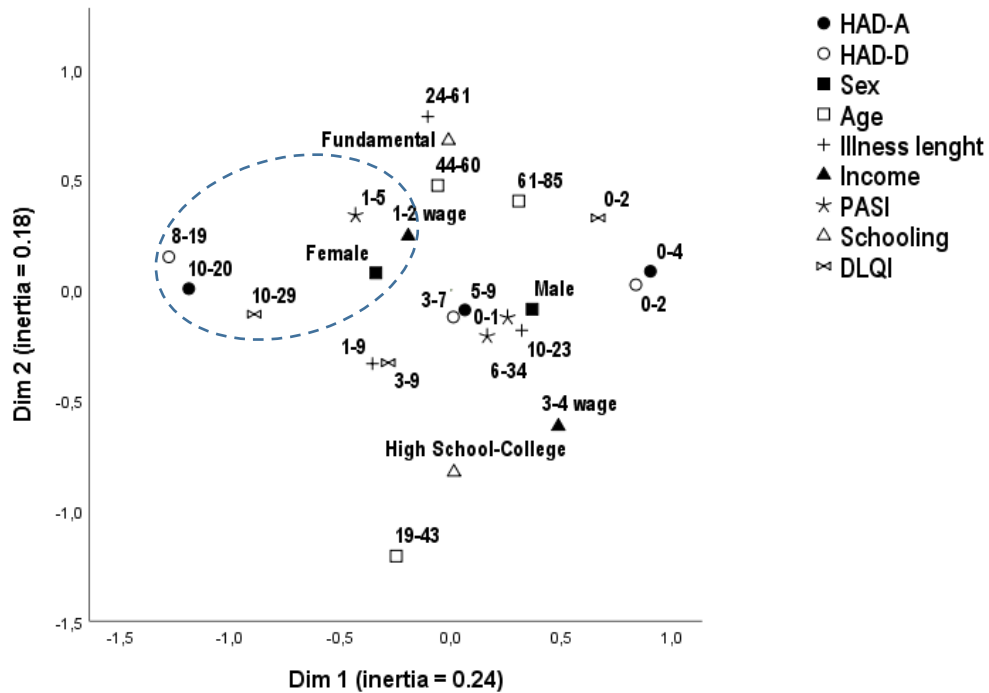


Figura 2. Mapa perceptual das principais variáveis demográficas, clinimétricas e psicométricas em 281 pacientes com psoríase.

DISCUSSÃO

Psoríase é uma doença crônica, que inflige prejuízo à qualidade de vida e se caracteriza por estar associada ao alto risco de ansiedade, depressão e ideação suicida. Tais comorbidades psiquiátricas podem agravar o quadro, adiar a recuperação, prejudicar o tratamento ou mesmo precipitar a recidiva da psoríase. Além disso, contribuem para o aumento do consumo de álcool e tabaco, com potencial prejuízo para a doença.(29,30).

No Brasil, a prevalência de ansiedade e depressão em adultos na população geral é de 9.3% e 5.8%, respectivamente(31). Neste estudo, 36% dos participantes apresentavam ansiedade e 19% depressão, sendo que a porcentagem é maior do que a apresentada na população brasileira, porém menor do que em outros estudos internacionais com pacientes portadores de psoríase(32–38).

No entanto, no presente estudo houve maior prevalência dos sintomas de ansiedade quando comparados ao de depressão. Pesquisas confirmam que o índice de ansiedade em pacientes com psoríase é maior do que depressão(39–41). Da mesma forma, verificou-se que outras doenças com estigmas cutâneos, como o lúpus, apresentam maior frequência e nível de ansiedade do que pacientes com gota e artrite reumatoide(42).

A ansiedade e sua relação com as doenças de pele vem sendo estudada em diversos países, nos quais apresentam correlações entre esses índices, sem que necessariamente se estabeleçam relações de causa e efeito(43).Dentre os principais sintomas de ansiedade evidenciados nesse estudo destacaram-se: preocupação, apreensão e tensão.

Estudo de revisão da literatura mostrou que pacientes acometidos pela psoríase tendem a ser isolados, rejeitados e apresentam fantasias de abandono. Sentem-se excluídos, possuidores de uma identidade repugnante e sofrem com esses sintomas, frente a uma sociedade que estabelece padrões ideais de beleza e de adequação. O problema da pele acaba favorecendo sensações de discriminação, inadequação e insatisfação quanto à aparência física(44). A psoríase é considerada uma das doenças de pele que causa mais restrições aos pacientes, de maneira que os prejuízos físicos, psíquicos e sociais possuem igual relevância(45).

Sabe-se que há relação entre psoríase e alterações metabólicas e/ou obesidade, com maior morbimortalidade e hospitalização dos pacientes acometidos, reforçando a necessidade de uma abordagem multidisciplinar no atendimento ao paciente com psoríase (46). Embora 38,1% dos nossos participantes estivessem com sobrepeso e 37,7% com obesidade, não foi encontrada associação entre ansiedade e depressão com índice de massa corporal.

No presente estudo, não foi encontrado associação entre ansiedade/ depressão e o PASI. Autores iranianos e turcos, confirmam que a estigmatização e os problemas psicossociais nem sempre se correlacionam positivamente com a gravidade da psoríase, pois aspectos psicológicos e o acometimento pela doença nem sempre estão relacionados (39,47). Ademais, a maior parte da amostra já estava em tratamento, promovendo melhora progressiva ou controle clínico da doença.

A análise multivariada revelou que os escores de ansiedade e depressão associaram-se positivamente ao sexo feminino e aos escores de QV, o que se revelou em consonância com pesquisa da região Sul do Brasil. Nessa investigação pacientes do sexo feminino apresentam mais ansiedade e depressão (48). Isso pode ser atribuído ao fato de mulheres sentirem-se privadas de terem uma vida social ativa, pois as lesões de pele evidentes são caracterizadas como destruidoras da imagem do belo e saudável, podendo causar repugno, sensação de sujeira e medo do contágio. A experiência de rejeição leva a comportamentos de evitamento e receio frente a possível exposição do corpo(49,50). Com isso, acabam isolando-se em casa evitando, até mesmo, olhar para si mesmas(51). Ao contrário das experiências masculinas, em que sintomas depressivos podem se manifestar de forma diferente dos critérios diagnósticos tradicionais, como raiva, comportamento autodestrutivo, auto distração, uso de substâncias psicoativas, vício em jogos de azar, carga de trabalho excessivo e relação com múltiplas parceiras(52).

Outro dado de interesse foi a associação entre ansiedade, depressão e o prejuízo na qualidade de vida. Ademais, ansiedade e depressão associaram-se negativamente com a renda, já que a ocorrência de depressão tem forte associação com indicadores sociais e econômicos(53).

Idade se associou positivamente ao escore de depressão, ou seja, esse é um transtorno que tende a piorar com a progressão da idade. Resultados que podem ser atribuídos ao tempo médio de acometimento pela doença (14 anos), que tende a piorar a qualidade de vida com os passar dos anos.

Dados corroborados, na análise de correspondência múltipla em que os maiores índices de ansiedade e depressão se aproximaram do sexo feminino, idade intermediária, menor renda e PASI baixo.

Como ansiedade e depressão tem se mostrado prevalentes em pacientes portadores de psoríase, a necessidade de melhorar os cuidados prestados pela equipe de enfermagem é de fundamental importância.

A enfermagem como componente essencial da equipe multidisciplinar, deve focar seu cuidado no modo como o paciente enfrenta a enfermidade detectando o seu real impacto, já que a doença está diretamente ligada à questão da autoimagem, do estilo de vida e até mesmo para o risco de infecções, já que a integridade da pele está prejudicada, podendo levar a quadros de depressão, ansiedade e dificuldades de interação social(16).

O cuidar está totalmente relacionado à importância das intervenções na autoestima e na autoimagem dos pacientes. É função da equipe, reduzir os riscos ofertando cuidados especializados para o restabelecimento da saúde com uma visão holística, cuidando não somente da integridade da pele, mas também nas questões psicossociais(54).

Limitações

As limitações referem-se ao fato dos participantes serem oriundos de um único centro, envolvendo pacientes do sistema público de saúde, limitando sua generalização. Ademais, a falta de um grupo controle não permite um dimensionamento preciso do risco apenas das em relação a população de origem, associações entre as variáveis do grupo acometido.

Em contrapartida, os pontos fortes metodológicos deste estudo são a alta taxa de participação e todos os pacientes terem sido entrevistados pelo mesmo pesquisador.

CONCLUSÃO E RELEVÂNCIA PARA A PRÁTICA CLÍNICA

A prevalência de ansiedade e depressão em pacientes com psoríase foi expressiva nessa amostra brasileira. Maiores escores de ansiedade e depressão foram atribuídos a participantes do sexo feminino, com baixa renda e pior qualidade de vida. Ademais, sintomas de depressão tendem aumentar com a idade.

Partindo da premissa que o enfermeiro é o profissional responsável pelo acolhimento e cuidado integral ao paciente, faz-se necessário uma significativa ampliação do conhecimento científico para esta prática, através de novas pesquisas que permitam elaborar um plano de cuidados específicos, possibilitando a melhora na qualidade da assistência de enfermagem prestada a esses pacientes e seus familiares.

REFERÊNCIAS

1. Hertz A. Psoríase na infância. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto [Internet]. 5 de agosto de 2014 [citado 21 de fevereiro de 2020];13(5). Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/12250>

2. Romiti R, Amone M, Menter A, Miot HA. Prevalence of psoriasis in Brazil - a geographical survey. *Int J Dermatol*. agosto de 2017;56(8):e167–8.
3. Kaufman BP, Alexis AF. Author Correction to: Psoriasis in Skin of Color: Insights into the Epidemiology, Clinical Presentation, Genetics, Quality-of-Life Impact, and Treatment of Psoriasis in Non-White Racial/Ethnic Groups. *Am J Clin Dermatol*. junho de 2018;19(3):425–425.
4. Boehncke W-H, Schön MP. Psoriasis. *The Lancet*. setembro de 2015;386(9997):983–94.
5. Yadav K, Singh D, Singh MR. Protein biomarker for psoriasis: A systematic review on their role in the pathomechanism, diagnosis, potential targets and treatment of psoriasis. *International Journal of Biological Macromolecules*. outubro de 2018;118:1796–810.
6. Danielsen K, Olsen AO, Wilsgaard T, Furberg A-S. Is the prevalence of psoriasis increasing? A 30-year follow-up of a population-based cohort: Is the prevalence of psoriasis increasing? *British Journal of Dermatology*. junho de 2013;168(6):1303–10.
7. World Health Organization. World Health Organization. Global reports on psoriasis. In 2016. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204871>
8. Pollo CF, Miot LDB, Meneguim S, Miot HA. Factors associated with quality of life in facial melasma: a cross-sectional study. *Int J Cosmet Sci*. junho de 2018;40(3):313–6.
9. Zachariae R, Zachariae H, Blomqvist K, Davidsson S, Molin L, Mørk C, et al. Quality of life in 6497 Nordic patients with psoriasis. *Br J Dermatol*. junho de 2002;146(6):1006–16.
10. Dogra S, Yadav S. Psoriasis in India: Prevalence and pattern. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2010;76(6):595.
11. Faria E., Teixeira A., Almeida V. Psicopatologia e Regulação Emocional em Doentes em Remissão com Psoríase [Internet] [Mestrado]. [Portugal]; 2013. Disponível em: https://repositorio.cespu.pt/bitstream/handle/20.500.11816/312/tese%20de%20Mestrado_Estela%20B%c3%a1rbara%20Pimenta%20Faria.pdf?sequence=1&isAllowed=y
12. Kamalaraj N, El-Haddad C, Hay P, Pile K. Systematic review of depression and anxiety in psoriatic arthritis. *Int J Rheum Dis*. 26 de abril de 2019;1756-185X.13553.
13. Romiti R, Fabrício LHZ, Souza C da S, Galvão LO, de Castro CCS, Terena AC, et al. Assessment of psoriasis severity in Brazilian patients with chronic plaque psoriasis attending outpatient clinics: a multicenter, population-based cross-sectional study (APPISOT). *Journal of Dermatological Treatment*. 17 de novembro de 2018;29(8):775–85.
14. Marcolino JÁM, Suzuki FM, Alli LAC, Gozzani JL, Mathias LA da ST. Medida da ansiedade e da depressão em pacientes no pré-operatório. Estudo comparativo. *Rev Bras Anesthesiol*. abril de 2007;57(2):157–66.
15. Carneiro C, Chaves M, Verardino G, Frade AP, Coscarelli PG, Bianchi WA, et al. Evaluation of fatigue and its correlation with quality of life index, anxiety symptoms, depression and activity of disease in patients with psoriatic arthritis. *CCID*. maio de

2017;Volume 10:155–63.

16. Arruda CS, Nogueira E, Oliveira MS de, Pereira ER, Silva RMCRA. Avanços e desafios da enfermagem na produção científica sobre psoríase. *Rev Bras Enferm.* fevereiro de 2011;64(1):168–75.
17. Pais-Ribeiro J, Silva I, Ferreira T, Martins A, Meneses R, Baltar M. Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine.* março de 2007;12(2):225–37.
18. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand.* junho de 1983;67(6):361–70.
19. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia Jr C, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saúde Pública.* outubro de 1995;29(5):359–63.
20. Martins GA, Arruda L, Mugnaini ASB. Validação de questionários de avaliação da qualidade de vida em pacientes de psoríase. *An Bras Dermatol.* outubro de 2004;79(5):521–35.
21. Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI)-a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol.* maio de 1994;19(3):210–6.
22. Fredriksson T, Pettersson U. Severe Psoriasis – Oral Therapy with a New Retinoid. *Dermatology.* 1978;157(4):238–44.
23. Romiti, R. *Compêndio de Psoríase.* Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda.; 2010. 119–127 p.
24. Miot HA. Avaliação da normalidade dos dados em estudos clínicos e experimentais. *J vasc bras.* junho de 2017;16(2):88–91.
25. Miot HA. Análise de correlação em estudos clínicos e experimentais. *J vasc bras.* 29 de novembro de 2018;17(4):275–9.
26. Sourial N, Wolfson C, Zhu B, Quail J, Fletcher J, Karunanathan S, et al. Correspondence analysis is a useful tool to uncover the relationships among categorical variables. *Journal of Clinical Epidemiology.* junho de 2010;63(6):638–46.
27. Watts DD. Correspondence Analysis: A Graphical Technique for Examining Categorical Data: *Nursing Research.* julho de 1997;46(4):235–9.
28. Mitchell H. Katz. *Multivariable Analysis: A Practical Guide for Clinicians and Public Health Researchers.* 3º ed. Cambridge University Press, 2011; 2011.
29. Jin W, Zhang S, Duan Y. Depression Symptoms Predict Worse Clinical Response to Etanercept Treatment in Psoriasis Patients. *Dermatology.* 2019;235(1):55–64.
30. Koo J, Marangell LB, Nakamura M, Armstrong A, Jeon C, Bhutani T, et al. Depression and suicidality in psoriasis: review of the literature including the cytokine theory of depression. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* dezembro de 2017;31(12):1999–2009.

31. World Health Organization (WHO). Depression and Other Common Mental Disorders – Global Health Estimates. In 2017. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 22 ago. 2017
32. Hu S, Chen G, Tu H. Epidemiology of Depression in Patients with Psoriasis: A Nationwide Population-based Cross-sectional Study. *Acta Derm Venerol*. 2019;99(6):530–8.
33. Lamb RC, Matcham F, Turner MA, Rayner L, Simpson A, Hotopf M, et al. Screening for anxiety and depression in people with psoriasis: a cross-sectional study in a tertiary referral setting. *Br J Dermatol*. abril de 2017;176(4):1028–34.
34. Pavan-Cândido, C. D. C. Pavan-Cândido, C. D. C. (2012). Avaliação da eficácia de um grupo psicoeducativo sobre ansiedade, depressão e qualidade de vida de pacientes com psoríase [Internet]. [Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo]; 2012. Disponível em: https://www.ffclrp.usp.br/imagens_defesas/17_12_2012__13_46_02__61.pdf
35. S A S, P V I, V S, E G A, P A. Depression and anxiety symptoms in psoriasis patients compared to a control group without psoriasis-a descriptive study. *KJP* [Internet]. 14 de agosto de 2019 [citado 1º de junho de 2020];31(2). Disponível em: <http://kjponline.com/index.php/kjp/article/view/159/230>
36. Singh SM, Narang T, Dogra S, Verma AK, Gupta S, Handa S. Psychiatric morbidity in patients with psoriasis. *Cutis*. fevereiro de 2016;97(2):107–12.
37. Tian Z, Huang Y, Yue T, Zhou J, Tao L, Han L, et al. A Chinese cross-sectional study on depression and anxiety symptoms in patients with psoriasis vulgaris. *Psychology, Health & Medicine*. 16 de março de 2019;24(3):269–80.
38. Tribó M, Turroja M, Castaño-Vinyals G, Bulbena A, Ros E, García-Martínez P, et al. Patients with Moderate to Severe Psoriasis Associate with Higher Risk of Depression and Anxiety Symptoms: Results of a Multivariate Study of 300 Spanish Individuals with Psoriasis. *Acta Derm Venerol*. 2019;99(4):417–22.
39. Golpour M, Hosseini SH, Khademloo M, Ghasemi M, Ebadi A, Koohkan F, et al. Depression and Anxiety Disorders among Patients with Psoriasis: A Hospital-Based Case-Control Study. *Dermatology Research and Practice*. 2012;2012:1–5.
40. Kouris A, Christodoulou C, Stefanaki C, Livaditis M, Tsatovidou R, Kouskoukis C, et al. Quality of life and psychosocial aspects in Greek patients with psoriasis: a cross-sectional study. *An Bras Dermatol*. dezembro de 2015;90(6):841–5.
41. Remröd C, Sjöström K, Svensson Å. Subjective stress reactivity in psoriasis – a cross sectional study of associated psychological traits. *BMC Dermatol*. dezembro de 2015;15(1):6.
42. Mak A, Tang CS-K, Chan M-F, Cheak AA-C, Ho RC-M. Damage accrual, cumulative glucocorticoid dose and depression predict anxiety in patients with systemic lupus erythematosus. *Clin Rheumatol*. junho de 2011;30(6):795–803.
43. Carmen Gaudêncio Amorim, Gaston Roustán, Agustina Sirgo. Evaluation of Anxiety in

Chronic Dermatoses: Differences between Sexes. *Interamerican Journal of Psychology* [Internet]. 2004;38(1). Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28438112>

44. Silva K de S, Silva EAT da. Psoríase e sua relação com aspectos psicológicos, stress e eventos da vida. *Estud psicol (Campinas)*. junho de 2007;24(2):257–66.
45. Silva JDT da, Muller MC, Bonamigo RR. Estratégias de coping e níveis de estresse em pacientes portadores de psoríase. *An Bras Dermatol*. março de 2006;81(2):143–9.
46. Duarte G, Follador I, Cavalheiro C, Silva T, Oliveira M. Psoriasis and obesity: literature review and recommendations for management. *Anais brasileiros de dermatologia*. 1º de junho de 2010;85:355–60.
47. Akay A, Pekcanlar A, Bozdog K, Altintas L, Karaman A. Assessment of depression in subjects with psoriasis vulgaris and lichen planus. *J Eur Acad Dermatol Venerol*. julho de 2002;16(4):347–52.
48. Ludwig MWB, Redivo LB, Zogbi H, Hauber L, Facchin TH, Müller MC. Aspectos psicológicos em dermatologia: avaliação de índices de ansiedade, depressão, estresse e qualidade de vida. *Psic: revista da Vetor Editora*. 2006;7(2):69–76.
49. Brito L, Pereira M da G. Variáveis individuais e familiares na psoríase: um estudo com doentes e parceiros. *Psic: Teor e Pesq*. junho de 2012;28(2):171–80.
50. Ludwig MWB, Oliveira M da S, Muller MC, Moraes JFD de. Qualidade de vida e localização da lesão em pacientes dermatológicos. *An Bras Dermatol*. abril de 2009;84(2):143–50.
51. Fernandes MA, Vieira FER, Silva JS e, Avelino FVSD, Santos JDM. Prevalence of anxious and depressive symptoms in college students of a public institution. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(suppl 5):2169–75.
52. Souza IMDM, Paro HBM da S, Morales RR, Pinto R de MC, Silva CHM da. Health-related quality of life and depressive symptoms in undergraduate nursing students. *Rev Latino-Am Enfermagem*. agosto de 2012;20(4):736–43.
53. Barros MB de A, César CLG, Carandina L, Torre GD. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Ciênc saúde coletiva*. dezembro de 2006;11(4):911–26.
54. Iraci dos Santos, Patrícia Britto Ribeiro de Jesus, Euzeli da Silva Brandão, Elias Barbosa Oliveira, Alexandre Vicente da Silva. Repercussions of skin conditions in people's lives: socio-poetizing self-image and self-esteem. *Rev enferm UERJ, Rio de Janeir*. 2014;22(2):157–62.

“Tradução e validação da Somatic Symptom Scale-8 (SSS-8) para a língua portuguesa do Brasil”

Resumo

Objetivos: Traduzir e validar o conteúdo da *Somatic Symptom Scale (SSS-8)* para a população brasileira.

Métodos: Foi utilizado formulário com dados sociodemográficos, SKINDEX-16 para avaliação da qualidade de vida relacionada a distúrbios cutâneos e a escala de sintomas somáticos na versão traduzida para o português. Na avaliação de conteúdo, o comitê de especialistas foi formado por cinco médicos e para validade de construto foi utilizada a validade convergente com base na correlação do SSS-8 e Skindex-16. A consistência interna foi avaliada usando o alfa de Cronbach.

Resultados: Incluídos 300 pacientes portadores de psoríase. A análise paralela de Horn indicou unidimensionalidade para o SSS-8-BRA. Skindex-16 exibiu moderada correlação com SSS-8-BRA e sua confiabilidade foi comprovada pelo coeficiente alfa de Cronbach.

Conclusão: O instrumento SSS-8 é uma ferramenta válida e confiável para a avaliação dos sintomas somáticos na população brasileira.

Palavras-chave: Questionários; Qualidade de vida; Dermatologia; Sintoma somático

INTRODUÇÃO

O corpo humano é multifacetado e na sua complexidade está gravada toda a vivência do indivíduo. Os fatores extracorporais também confluem para esse mesmo corpo, que constitui-se como fonte de sofrimento, frustração e dor.⁽¹⁾ Em algumas patologias, o sofrimento parece encontrar dificuldades para se manifestar em termos psíquicos e pode se expressar no corpo, gerando um conjunto de sintomas.⁽²⁾

Instrumentos de avaliação são ferramentas habituais nas diferentes áreas de saúde e tem a função de auxiliar no diagnóstico, na avaliação da resposta ao tratamento, de qualidade de vida e do prognóstico.⁽³⁾

No entanto, para a escolha do instrumento ideal, deve-se levar em conta os componentes como clareza, simplicidade, compreensão, aplicação e o tempo de administração.⁽⁴⁾ Quando um instrumento é elaborado, suas propriedades de medida precisam ser testadas e validadas primeiramente em um grupo de pacientes e somente após pode ser utilizada em grupos populacionais.⁽⁵⁾

O desempenho clinimétrico ou psicométrico dos instrumentos de medida de saúde é característico de cada população, ou seja, apresenta variações importantes e isso pode limitar a utilidade em alguns contextos.(6).

A tradução e validação podem ser úteis quando se objetiva utilizar um instrumento elaborado previamente por pesquisadores em um país ou uma realidade diferente, mas para que a nova versão seja de qualidade, é necessário a realização de procedimentos científicos bem delineados.(7) Atualmente, esse processo já é utilizado em várias áreas de estudo e destaca-se por possuir benefícios em comparação com a criação de novos instrumentos, como a diminuição de custos, economia de tempo e a possibilidade de comparação entre realidades distintas.

A versão original do instrumento de avaliação *Somatic Symptom Scale (SSS-8)* foi desenvolvida na Alemanha em 2014 como uma medida de desfecho breve da carga de sintomas somáticos relatado pelos pacientes da população em geral e posteriormente foi traduzido e validado para a população grega, japonesa e iraniana.(8–11)

Para a realização desse estudo, a amostra foi composta em sua totalidade por pacientes portadores de psoríase, por trata-se de uma doença crônica e inflamatória imunomediada, a qual acomete cerca de 2% da população mundial e ambos os sexos.(12,13) Clinicamente a lesão clássica da doença se caracteriza por placas eritematosas cobertas por escamas brancas acinzentadas, mais comuns em locais como cotovelos e joelhos. Todavia, sabe-se que a psoríase não se trata apenas de uma doença dermatológica, mas sim sistêmica.(14)

A presença de uma comorbidade importante como a psoríase, intensifica a queda da qualidade de vida, pois está associada ao decréscimo funcional e a um cenário álgico intenso dependendo da forma como a doença se manifesta.(15)

Uma das principais queixa de pacientes portadores de doenças crônicas são os sintomas. Porém, nem sempre a intensidade da queixa corresponde aos achados clínicos identificados durante a avaliação médica, reforçando a ideia da valorização de fatores psicossociais como critérios para análise e quantificação dos impactos de um quadro doloroso.(16)

O impacto dos sintomas somáticos na qualidade de vida do paciente portador de psoríase é um componente muito importante a ser avaliado na tentativa de melhorar a compreensão do comportamento da doença. Além disso, compreender melhor as queixas álgicas possibilitará a implantação de estratégias mais adequadas para suprir as necessidades e demandas dos pacientes.

Frente ao exposto, este estudo teve como objetivo traduzir e validar o conteúdo da *Somatic Symptom Scale (SSS-8)* para a população brasileira.

MÉTODOS

Questões éticas

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho sob parecer nº 2.392.601 e todos os participantes assinaram voluntariamente o termo de consentimento livre e esclarecido.

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo metodológico que buscou traduzir e validar um instrumento de avaliação em saúde.

A autorização para a realização da tradução e validação foi obtida com o autor original da escala, Benjamin Gierk.

Os dados foram coletados em ambulatório de psoríase do serviço de dermatologia de um hospital público, no interior do Estado de São Paulo (Brasil).

Este manuscrito segue a declaração Fortalecendo os Relatórios de Estudos Observacionais em Epidemiologia (STROBE) sobre estudos observacionais.(17).

População do estudo

Pacientes portadores de psoríase de todos os subtipos e gravidades, selecionados por amostragem por conveniência, maiores de 18 anos, sem restrição de sexo, sob tratamento na instituição incluída no estudo, que consentiram em participar da pesquisa foram incluídos no estudo no período entre março de 2017 a maio de 2019. Foram excluídos os pacientes incapazes de preencher os instrumentos utilizados na pesquisa.

Coleta de dados

Para a coleta de dados foi utilizado formulário com dados sociodemográficos, SKINDEX-16 para avaliação da qualidade de vida relacionada a desordens cutâneas e a escala de sintomas somáticos na versão traduzida para o português (SSS-8-BRA). Todos os participantes foram orientados e supervisionados pelo mesmo entrevistador.

Instrumentos

O Skindex-16 é um instrumento multidimensional, em que as respostas são dadas em uma escala do tipo Likert de 7 pontos, que varia de 0 (nunca incomodou) a 6 (sempre incomodou), de acordo com a intensidade da frequência com que o paciente foi incomodado,

devido à sua condição cutânea durante os últimos sete dias. Possui três dimensões: sintomas (itens de número 1 a 4), emoções (itens de número 5 a 11) e funcionalidade (itens de número 12 a 16). Todas as respostas são transformadas em uma escala linear que varia de 0 a 100 pontos. São calculados os escores de cada uma das três dimensões (sintomas, emoções e funcionalidade). Quanto maior o valor encontrado, pior a qualidade de vida.(5)

O SSS-8 é uma versão abreviada de oito itens do questionário PHQ-15 (*Patient Health Questionnaire*). (8) A pontuação do SSS-8 pode variar de 0 a 32 de acordo com a carga dos sintomas. Sendo assim, foi classificada como muito alta se o escore da soma estivesse entre 16-32, como alta se estivesse entre 12 e 15 pontos, classificamos 8 a 11 pontos como médios, 4 a 7 como baixos e 0 a 3 como carga mínima. (8)

Procedimentos de tradução da escala

A escala SSS-8-BRA foi traduzida seguindo o processo de tradução e validação, baseado em diretrizes internacionais e composto por seis estágios: 1 - Tradução inicial; 2 - Síntese das Traduções; 3 - Retrotradução; 4 - Comitê de especialistas; 5 - Pré-teste; 6 – Validação.(18)

A primeira etapa, foi realizada por dois tradutores que tinham como idioma principal a língua para qual o instrumento foi traduzido e com fluência na língua original do instrumento.

A etapa seguinte foi realizada com os pesquisadores principais do estudo, com o objetivo de finalizar a nova versão do instrumento na língua proposta para o estudo.

Na terceira etapa foi realizada a retrotradução por tradutores fluentes no idioma para o qual o instrumento é traduzido e no idioma original. Nessa etapa os tradutores não devem ter conhecimento prévio do instrumento original para não sofrerem influência no processo de tradução.

Após a retrotradução, um comitê de especialistas (etapa 4), analisou todas as versões quanto aos parâmetros de adaptação semântica e conceitual para que assim posteriormente a versão pré final seja consolidada e aplicada para uma amostra de pacientes.

Na penúltima etapa, os pacientes foram convidados a participar do pré-teste do estudo e indagados quanto a possíveis sugestões que pudessem melhorar o entendimento da escala. Finalmente, na etapa (6), ocorreu a validação de conteúdo. As etapas da pesquisa estão expressas no figura 1.

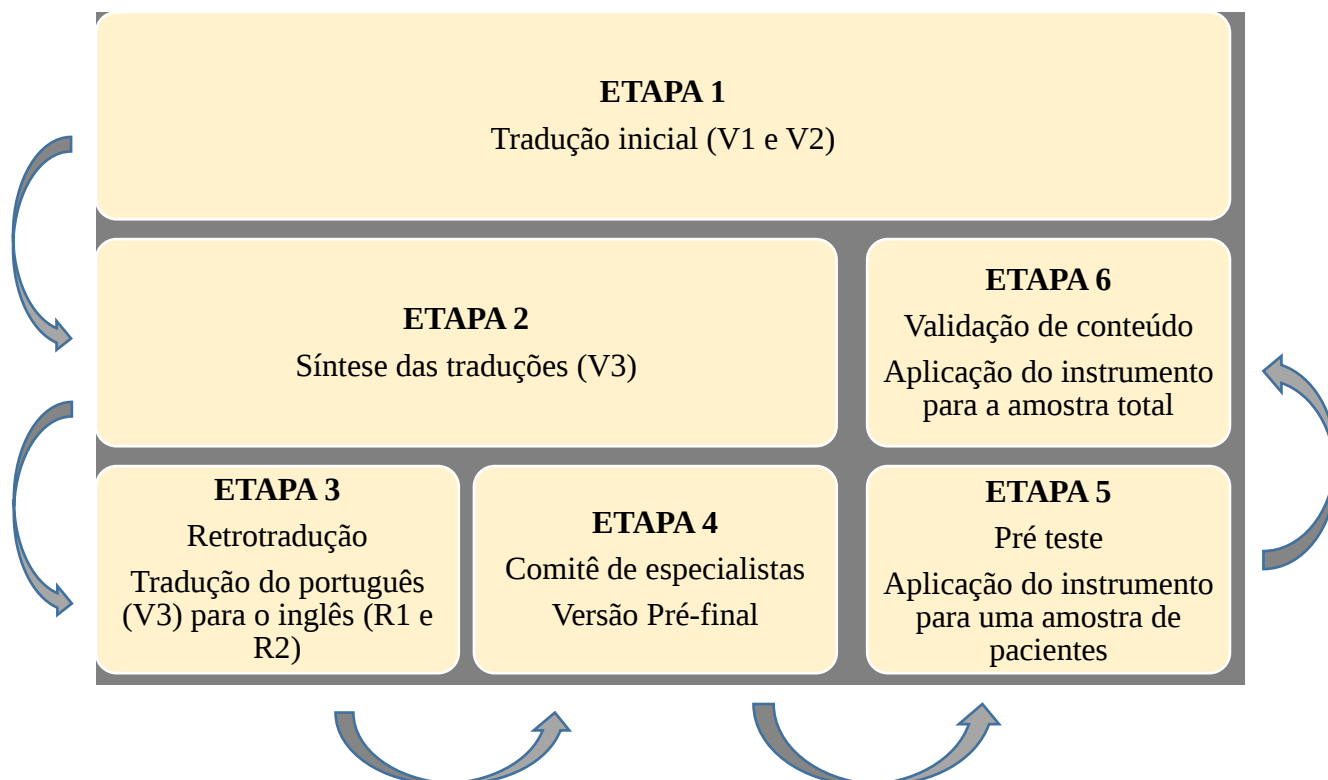


Figura 1- Fluxograma dos estágios de adaptação transcultural e validação de conteúdo da SSS-8-BRA para uso no Brasil. Botucatu, SP, Brasil, 2020

Análise estatística

Este estudo avaliou as propriedades psicométricas do SSS-8-BRA através de mensuração de sua validade e confiabilidade.

Validade de conteúdo. Na avaliação de conteúdo, o comitê de especialistas foi formado por cinco médicos, todos com experiência prévia em validação de instrumentos de medida em saúde e solicitado que avaliassem os itens quanto a sua relevância, pertinência e representatividade.

Validade de construto. O estudo da validade iniciou-se pela análise fatorial exploratória para entender de que forma os itens se agrupavam. Após foi realizado o teste de validade convergente, que avaliou a correlação entre os instrumentos Skindex-16 e SSS-8 –BRA por meio do coeficiente de correlação de Spearman, cujo valores $<0,4$, $0,4$ a $0,6$ e $> 0,6$ foram considerados correlações fracas, moderadas e fortes, respectivamente.(19)

Consistência interna. Na análise da confiabilidade, para a avaliar a consistência interna foi utilizado o alfa de Cronbach; valores acima de $0,70$ e abaixo de $0,95$ foram considerados aceitáveis.(20)

Pela teoria clássica, para que as análises fatoriais exploratórias possam ser estudadas

adequadamente nos testes de validação de questionários, é desejável que a amostra possua entre 4 a 10 indivíduos para cada item do instrumento.(21) Sendo o SSS-8 composto por oito itens, nosso dimensionamento amostral sugerido, compreende o intervalo entre 32 e 80 indivíduos. No entanto, foi aplicado a 300 participantes.

Os dados foram tabulados em planilhas MSExcel 2010 e analisados pelos softwares SPSS 25v e FACTOR 10.10 e a significância foi definida como $p < 0.05$.

RESULTADOS

Tradução e retrotradução do SSS-8

O processo de tradução da versão original para o português do Brasil foi realizado por dois tradutores bilíngues (português - inglês) de nacionalidade brasileira, ambos não tinham conhecimento prévio do instrumento. As versões traduzidas foram denominadas V1 e V2.

As duas versões foram analisadas pelo grupo de autores do estudo, com o objetivo de sintetizar as versões traduzidas em uma única versão (V3).

Na sequência, o resultado da primeira versão em português do instrumento (V3) foi submetido à tradução reversa, ou seja, novamente traduzido para o inglês por dois professores da língua inglesa, ambos com fluência nos dois idiomas (inglês – português) e as novas versões foram denominadas R1 e R2.

Validação de conteúdo

Para a validação de conteúdo, o comitê de especialistas foi formado por cinco médicos, todos com experiência prévia em validação de instrumentos de medida em saúde e solicitado que avaliassem os itens quanto a sua relevância, pertinência e representatividade com opções de resposta SIM e NÃO. Todos os juizes concordaram que seus itens atende a todos os critérios citados acima e nenhum deles acrescentou algo ao instrumento.

Para o pré-teste e análise semântica, foram incluídos 10 pacientes diagnosticados com psoríase e que estavam em tratamento no ambulatório de dermatologia do referido centro incluído no estudo. Nenhum paciente recusou-se a participar.

Os pacientes foram orientados ao autopreenchimento e tinham ajuda do entrevistador caso necessário, porém 100% dos pacientes concluíram o preenchimento sem ajuda.

A tabela 1 reproduz a versão final do instrumento SSS-8-BRA após a validação de conteúdo.

Tabela 1. Escala de Sintomas Somáticos-8 (SSS-8-BRA).

Nos últimos 7 dias , o quanto você se incomodou por algum dos seguintes sintomas?					
	Nenhum pouco	Muito pouco	Pouco	Bastante	Muito
Problemas do estômago ou intestino	0	1	2	3	4
Dor nas costas	0	1	2	3	4
Dor nos braços, pernas ou juntas	0	1	2	3	4
Dores de cabeça	0	1	2	3	4
Dor no peito ou falta de ar	0	1	2	3	4
Tontura	0	1	2	3	4
Cansaço ou pouca energia	0	1	2	3	4
Dificuldades para dormir	0	1	2	3	4

Características da amostra

Na etapa de validação psicométrica, foram incluídos 300 pacientes ambulatoriais, cuja amostragem foi por conveniência. Prevaleceram participantes do sexo feminino 158 (53%), casados ou amasiados 218 (73%), ensino fundamental 162 (54%), renda familiar entre R\$ 1100,00 e R\$ 3000,00 173 (58%). Os dados estão apresentados na tabela 2.

Tabela 2. Dados clínicos e demográficos dos portadores de psoríase (n=300).

Variáveis	Valores (n/%)
n – total	300
Sexo - Feminino	158 (53)
Masculino	142 (47)
Idade – média (dp) em anos	51,9 (13,8)
IMC – média (dp) – kg/m ²	28,8 (5,7)
Magro / desnutrido (<18,5kg/m ²)	2 (1)
Eutrófico (18,5 – 24,9kg/m ²)	69 (23)
Sobrepeso (25,0-29,9kg/m ²)	114 (38)
Obesidade (≥30kg/m ²)	115 (38)
Renda familiar – n (%)	
Até R\$ 1.000,00	43 (14)
R\$ 1.100,00 a R\$ 3.000,00	173 (58)
R\$ 3.100,00 a R\$ 5.000,00	51 (17)
Mais de R\$ 5.000,00	33 (11)
Escolaridade – n (%)	
Fundamental	162 (54)
Médio	88 (29)
Superior	50 (17)
Estado conjugal – n (%)	
Solteiro/Viúvo	82 (27)
Casado/ Amasiado	218 (73)

Idade de início da doença – média (dp) em anos	35,6 (14,1)
Tempo de doença – mediana (p25-p75) em anos	14 (7-24)
Psoríase articular – n (%)	35 (12)
Psoríase ungueal – n (%)	61 (20)

IMC: Índice de Massa Corporal

Viabilidade Clínica

A distribuição das pontuações dos itens do SSS-8 foi assimétrica para a maioria dos itens, como podemos observar na figura 1. Concomitante a isso, os itens dor no estômago/intestino, dor no peito/ falta de ar e tontura apresentam mais de 60% das ocorrências classificadas como "nenhum pouco", o que chamamos de efeito piso ou “efeito chão”.

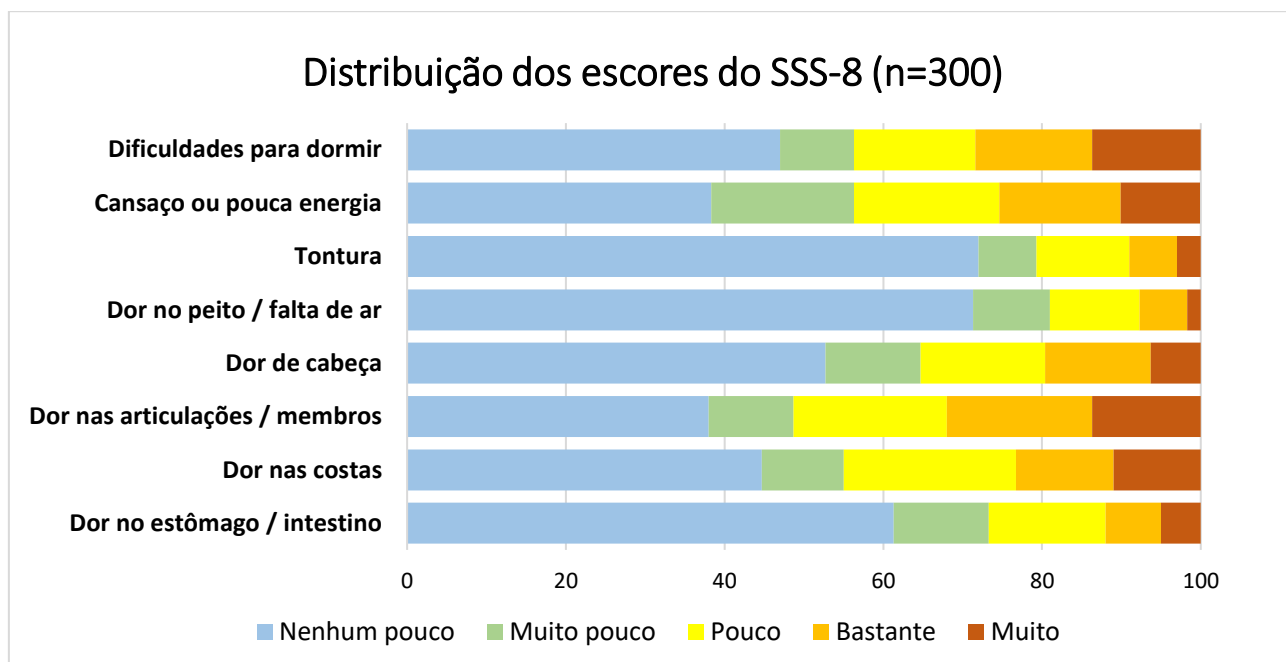


Figura 1. Distribuição dos escores do SSS-8-BRA.

Validação de construto

Para avaliar a dimensionalidade foi utilizado a análise fatorial exploratória, com o objetivo de tentar entender de que forma os itens se agrupavam.

A análise paralela de Horn indicou unidimensionalidade para o SSS-8-BRA, e como pode ser avaliado no gráfico em padrão em scree plot (figura 2), a partir do primeiro fator em diante a linha torna-se quase plana (sem maiores angulações), o que demonstra que é apenas o primeiro fator o grande responsável pela maior parte da variação. A variância da variável latente explicada pelo fator unidimensional é de 59%.

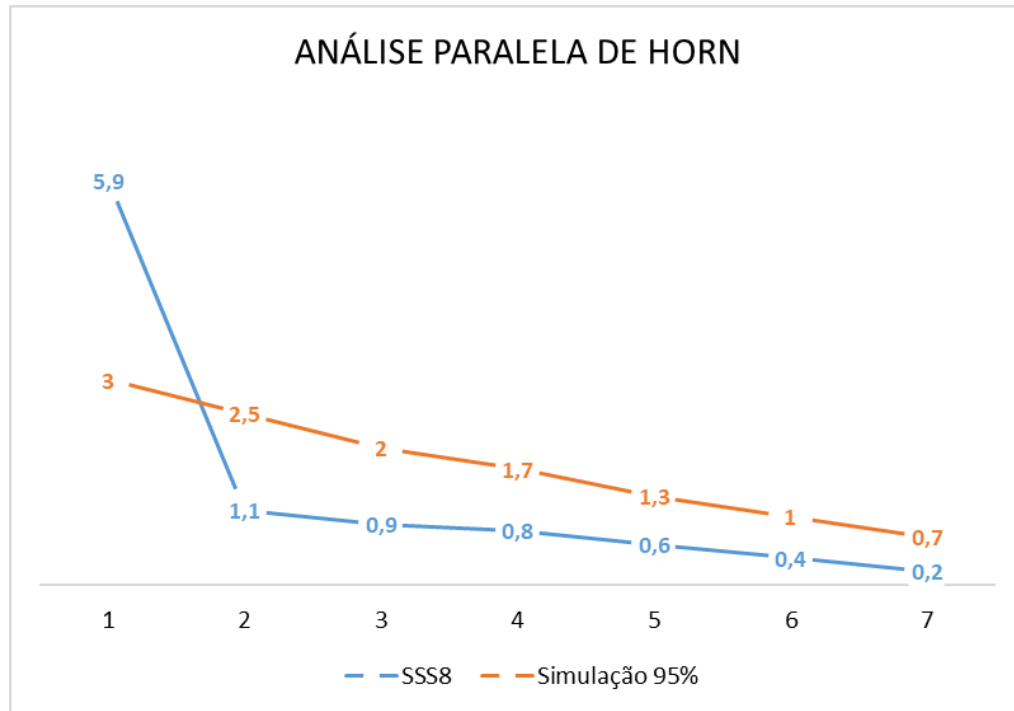


Figura 2. Scree plot da análise paralela de Horn para o SSS-8-BRA.

Validade convergente

Para a realização da validade convergente, na ausência de um instrumento equivalente (“padrão ouro”), que se encaixasse nos padrões de excelência para o estudo, foi utilizado os escores do questionário de qualidade de vida dos pacientes Skindex-16 para análise de dados nesta etapa.

Os valores dos coeficientes de correlação de *Spearman* calculados para o SSS-8-BRA e Skindex-16 estão sumarizados na tabela 3 e apresentaram moderada correlação entre si.

Tabela 3. Validade convergente entre o Skindex-16 e SSS-8-BRA.

	Instrumentos	Coeficientes de correlação
<i>rô de Spearman</i>	SSS-8 - BRA	0,458**
	Dimensão sintomas do Skindex-16	

Skindex-16 (health-related quality of life); rho: coeficiente de correlação de *Spearman*; (*) p-valor < 0,001.

Consistência interna

Na avaliação da consistência interna o coeficiente alfa de Cronbach do SSS-8-BRA foi de 0.81 (IC 95% = 0.77-0.84).

DISCUSSÃO

Muitos problemas de pele podem ter efeitos negativos no bem estar e na qualidade de vida dos pacientes, apesar da maioria das doenças dermatológicas não causarem risco de morte. Porém, o frequente comprometimento da aparência física e os sintomas provocados por elas podem impactar negativamente na vida dos pacientes.(5,22)

Neste estudo, foi realizado a tradução e a avaliação das propriedades psicométricas da versão do SSS-8-BRA e embora a tradução tenha sido realizada por indivíduos com níveis educacionais elevados, participantes com níveis educacionais mais baixos, comuns em nossa instituição, não apresentaram dificuldade em entender o instrumento. Nesse sentido, a relevância da adaptação transcultural na tradução de instrumentos para a avaliação em saúde é enfatizada. Especialistas devem avaliar a equivalência entre as versões traduzida e original, com ênfase semântico, idiomático, conceitual e equivalência cultural.(23)

O SSS-8 é um instrumento de medida da carga de sintomas somáticos. O estudo original realizado na Alemanha incluiu 2510 participantes da população geral acima de 13 anos de idade.(8)

O processo de validação é composto por algumas etapas que estabelece se um instrumento realmente mede o que pretende medir e espera-se que evidências convincentes sejam coletadas demonstrando que o instrumento em questão é útil como um ferramenta de medição.(24)

No presente estudo, a validade de construto do SSS-8 -BRA foi testada com base em sua validade convergente. Nesse caso, investigamos sua correlação com o Skindex-16 e o valor do coeficiente de correlação encontrados para Skindex-16 e SSS-8-BRA foi considerado moderadamente significativo (0,458).

A consistência interna do SSS-8-BRA foi avaliada com base no alfa de Cronbach, que é um método altamente relevante para medir a confiabilidade de escalas contendo vários itens.(20) Apesar de ser o mais utilizado na avaliação da consistência interna, ainda não há consenso quanto a sua interpretação. Embora estudos determinem que valores superiores a 0,7 sejam os ideais, algumas pesquisas consideram valores abaixo de 0,70 – mas próximos a 0,60 – como aceitáveis.(25) É importante compreender que os valores do coeficiente alfa de Cronbach são fortemente influenciados pelo número de itens do instrumento de medida.(26) Pequeno número de itens por domínio de um instrumento pode diminuir os valores de alfa, afetando a consistência interna.(27). No presente estudo na avaliação da consistência interna, o

coeficiente alfa de Cronbach do SSS-8-BRA foi de 0.81, valor igual ao apresentado na versão original, mantendo sua confiabilidade.

Algumas doenças possuem sintomatologia única, nesse caso não é indicado a utilização do SSS-8-BRA, pois sua proposta é para doenças polissintomáticas, ou seja, tem caráter reflexivo para doenças crônicas e sistêmicas que se refletem em vários sintomas ao mesmo tempo. Nesse estudo a psoríase foi utilizada com base nessa proposta, por tratar-se de doença sistêmica e com várias comorbidades.

O SSS-8 avalia a carga somática dos sintomas como um fator subjetivo, fenômeno relatado pelo paciente, sem fazer nenhuma suposição sobre sua causa.⁽⁸⁾ É potencialmente útil em muitas configurações médicas, pois os escores podem servir como marcadores quantitativos da carga somática de sintomas em pacientes com doenças crônicas, como doença coronariana⁽²⁸⁾, ou transtornos mentais, que muitas vezes experimentam vários sintomas somáticos que diminuem sua qualidade de vida e o funcionamento psicológico e social⁽²⁹⁾.

O presente estudo teve como limitação não haver o item “prurido” na composição da SSS-8, sintoma importante em dermatologia e principalmente em psoríase. Entretanto o SSS-8-BRA é eficiente, breve, de rápida aplicação, confiável, válido e pode ser totalmente preenchido pelo paciente.

CONCLUSÃO

O instrumento SSS-8 traduzido e validado para o português é uma ferramenta simples, de rápida aplicação e se mostrou válida e confiável para a avaliação dos sintomas somáticos na população brasileira.

REFERÊNCIAS

1. Fregonesi CEPT, Ávila LA. Terapia Morfoanalítica nos Transtornos de Sintomas Somáticos. *Psicol Ciênc E Prof.* 2019;39:e187122.
2. Ávila LA. Doenças do corpo e doenças da alma: investigação psicossomática psicanalítica [Internet] [Doutorado em Psicologia Clínica]. [São Paulo]: Universidade de São Paulo; 2018 [citado 5 de julho de 2020]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-19042018-103308/>
3. Fortes CPDD, Araújo AP de QC. Check list para tradução e Adaptação Transcultural de questionários em saúde. *Cad Saúde Coletiva.* junho de 2019;27(2):202–9.

4. Pollo CF, Miot LDB, Meneguim S, Miot HA. Development and validation of a multidimensional questionnaire for evaluating quality of life in melasma (HRQ-melasma). *An Bras Dermatol.* junho de 2018;93(3):391–6.
5. Cárcano CBM, de Oliveira CZ, Paiva BSR, Paiva CE. The Brazilian version of Skindex-16 is a valid and reliable instrument to assess the health-related quality of life of patients with skin diseases. Toland AE, organizador. *PLOS ONE.* 22 de março de 2018;13(3):e0194492.
6. Keszei AP, Novak M, Streiner DL. Introduction to health measurement scales. *J Psychosom Res.* abril de 2010;68(4):319–23.
7. Cassepp-Borges V, Balbinotti MAA, Teodoro MLM. Tradução e validação de conteúdo: Uma proposta para a adaptação de instrumentos. Porto Alegre; 2012. (. In: Pasquali L. Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas.).
8. Gierk B, Kohlmann S, Kroenke K, Spangenberg L, Zenger M, Brähler E, et al. The Somatic Symptom Scale–8 (SSS-8): A Brief Measure of Somatic Symptom Burden. *JAMA Intern Med.* 1º de março de 2014;174(3):399.
9. Matsudaira K, Oka H, Kawaguchi M, Murakami M, Fukudo S, Hashizume M, et al. Development of a Japanese version of the Somatic Symptom Scale-8: Psychometric validity and internal consistency. *Gen Hosp Psychiatry.* março de 2017;45:7–11.
10. Petrelis M, Domeyer P. Translation and preliminary validation of the Greek Somatic Symptom Scale-8 (SSS-8) in chronic low back pain patients. 2020 [citado 24 de junho de 2020]; Disponível em: <http://rgdoi.net/10.13140/RG.2.2.24119.27046>
11. Goodarzi M, Ahmadi SM, Asle Zaker Lighvan M, Rahmati F, Molavi R, Mohammadi M. Investigating the Psychometric Properties of the 8-Item Somatic Symptom Scale in Non-clinical Sample of Iranian People. *Pract Clin Psychol.* 30 de janeiro de 2020;57–64.
12. Cather JC, Young M, Bergman MJ. Psoriasis and Psoriatic Arthritis. *J Clin Aesthetic Dermatol.* março de 2017;10(3):S16–25.
13. Hernández-Vásquez A, Molinari L, Larrea N, Ciapponi A. Psoriasis in Latin America and the Caribbean: a systematic review. *J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV.* dezembro de 2017;31(12):1991–8.
14. Schön MP, Boehncke W-H. Psoriasis. *N Engl J Med.* 5 de maio de 2005;352(18):1899–912.
15. Mendes AL, Miot HA, Haddad Junior V, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Brazil, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Brazil. Diabetes mellitus and the skin. *An Bras Dermatol.* fevereiro de 2017;92(1):8–20.
16. Fonseca MB, Gomes FHR, Valera ET, Pileggi GS, Gonfiantini PB, Gonfiantini MB, et al. Sinais e sintomas sugestivos de doenças reumáticas como primeira manifestação de doenças neoplásicas na infância: implicações no diagnóstico e prognóstico. *Rev Bras Reumatol.* julho de 2017;57(4):330–7.
17. Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFP da. Iniciativa

- STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Rev Saúde Pública*. junho de 2010;44(3):559–65.
18. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures: Spine. dezembro de 2000;25(24):3186–91.
 19. Machin D, Fayers P. Quality of life: the assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes [Internet]. Hoboken, N.J.: Wiley; 2013 [citado 26 de junho de 2020]. Disponível em: <http://rbdigital.oneclickdigital.com>
 20. Terwee CB, Bot SDM, de Boer MR, van der Windt DAWM, Knol DL, Dekker J, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol*. janeiro de 2007;60(1):34–42.
 21. Borges MC, Ferraz É, Pontes SMR, Cetlin A de CVA, Caldeira RD, Silva CS da, et al. Development and validation of an asthma knowledge questionnaire for use in Brazil. *J Bras Pneumol*. fevereiro de 2010;36(1):8–13.
 22. Cestari TF, Hexsel D, Viegas ML, Azulay L, Hassun K, Almeida ART, et al. Validation of a melasma quality of life questionnaire for Brazilian Portuguese language: the MelasQoL-BP study and improvement of QoL of melasma patients after triple combination therapy. *Br J Dermatol*. dezembro de 2006;156(s1):13–20.
 23. Epstein J, Osborne RH, Elsworth GR, Beaton DE, Guillemin F. Cross-cultural adaptation of the Health Education Impact Questionnaire: experimental study showed expert committee, not back-translation, added value. *J Clin Epidemiol*. abril de 2015;68(4):360–9.
 24. Souza AC de, Alexandre NMC, Guirardello E de B, Souza AC de, Alexandre NMC, Guirardello E de B. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiol E Serviços Saúde*. julho de 2017;26(3):649–59.
 25. McNeish D. Thanks coefficient alpha, we'll take it from here. *Psychol Methods*. setembro de 2018;23(3):412–33.
 26. Taber KS. The Use of Cronbach's Alpha When Developing and Reporting Research Instruments in Science Education. *Res Sci Educ*. dezembro de 2018;48(6):1273–96.
 27. Sijtsma K. On the Use, the Misuse, and the Very Limited Usefulness of Cronbach's Alpha. *Psychometrika*. março de 2009;74(1):107–20.
 28. Kohlmann S, Gierk B, Hümmelgen M, Blankenberg S, Löwe B. Somatic Symptoms in Patients With Coronary Heart Disease: Prevalence, Risk Factors, and Quality of Life. *JAMA Intern Med*. 12 de agosto de 2013;173(15):1469.
 29. Gierk B, Kohlmann S, Hagemann-Goebel M, Löwe B, Nestoriuc Y. Monitoring somatic symptoms in patients with mental disorders: Sensitivity to change and minimal clinically important difference of the Somatic Symptom Scale – 8 (SSS-8). *Gen Hosp Psychiatry*. setembro de 2017;48:51–5.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

5. REFERÊNCIAS

1. Roque Ferreira B, Santiago L, Simões J, Ramos L, Brites MM, Reis JP, et al. Psoríase, Psicofármacos e Comorbilidades Psiquiátricas: Um Estudo de Caso-Controllo numa População de Doentes Hospitalizados. *spdv*. 17 de abril de 2017;75(1):43.
2. Silveira M, Neto G, Ferreira F. Perfil epidemiológico e qualidade de vida na psoríase. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*. 2017;15(4):246–51.
3. Sultana A, Bhuiyan SI, Mahmud MM, Siddique RU, Shawkat SM, Nandi AK. Comorbidities in Patients with Psoriasis. *Mymensingh Med J*. outubro de 2019;28(4):894–9.
4. Romiti R, Amone M, Menter A, Miot HA. Prevalence of psoriasis in Brazil - a geographical survey. *Int J Dermatol*. agosto de 2017;56(8):e167–8.
5. Finlay AY. Quality of life measurement in dermatology: a practical guide. *Br J Dermatol*. março de 1997;136(3):305–14.
6. Noronha DD, Martins AME de BL, Dias D dos S, Silveira MF, Paula AMBD, Haikal DSA. Qualidade de vida relacionada à saúde entre adultos e fatores associados: um estudo de base populacional. *Ciênc saúde coletiva*. fevereiro de 2016;21(2):463–74.
7. World Health Organization. World Health Organization. Global reports on psoriasis. In 2016. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204871>
8. Pollo CF, Miot LDB, Meneguim S, Miot HA. Factors associated with quality of life in facial melasma: a cross-sectional study. *Int J Cosmet Sci*. junho de 2018;40(3):313–6.
9. Zachariae R, Zachariae H, Blomqvist K, Davidsson S, Molin L, MØrk C, et al. Quality of life in 6497 Nordic patients with psoriasis. *Br J Dermatol*. junho de 2002;146(6):1006–16.
10. Romiti R, Fabrício LHZ, Souza C da S, Galvão LO, de Castro CCS, Terena AC, et al. Assessment of psoriasis severity in Brazilian patients with chronic plaque psoriasis attending outpatient clinics: a multicenter, population-based cross-sectional study (APPISOT). *Journal of Dermatological Treatment*. 17 de novembro de 2018;29(8):775–85.
11. Marcolino JÁM, Suzuki FM, Alli LAC, Gozzani JL, Mathias LA da ST. Medida da ansiedade e da depressão em pacientes no pré-operatório. Estudo comparativo. *Rev Bras Anesthesiol*. abril de 2007;57(2):157–66.
12. Mendes AL, Miot HA, Haddad Junior V, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Brazil, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Brazil. Diabetes mellitus and the skin. *An Bras Dermatol*. fevereiro de 2017;92(1):8–20.
13. Fonseca MB, Gomes FHR, Valera ET, Pileggi GS, Gonfiantini PB, Gonfiantini MB, et al. Sinais e sintomas sugestivos de doenças reumáticas como primeira manifestação de doenças neoplásicas na infância: implicações no diagnóstico e prognóstico. *Revista Brasileira de Reumatologia*. julho de 2017;57(4):330–7.

14. Fortes CPDD, Araújo AP de QC. Check list para tradução e Adaptação Transcultural de questionários em saúde. *Cad saúde colet.* junho de 2019;27(2):202–9.
15. Kimyai-Asadi A, Usman A. The role of psychological stress in skin disease. *J Cutan Med Surg.* março de 2001;5(2):140–5.
16. Fortune DG, Richards HL, Kirby B, McElhone K, Markham T, Rogers S, et al. Psychological Distress Impairs Clearance of Psoriasis in Patients Treated With Photochemotherapy. *Arch Dermatol* [Internet]. 1º de junho de 2003 [citado 5 de julho de 2020];139(6). Disponível em: <http://archderm.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archderm.139.6.752>
17. Limongi-França AC, Rodrigues AL. Stress e trabalho: uma abordagem psicossomática. São Paulo: Atlas; 2005.
18. Folkman S, Lazarus RS. An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample. *Journal of Health and Social Behavior.* setembro de 1980;21(3):219.
19. Folkman S. Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology.* 1984;46(4):839–52.
20. Carneiro C, Chaves M, Verardino G, Frade AP, Coscarelli PG, Bianchi WA, et al. Evaluation of fatigue and its correlation with quality of life index, anxiety symptoms, depression and activity of disease in patients with psoriatic arthritis. *CCID.* maio de 2017;Volume 10:155–63.
21. Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFP da. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Rev Saúde Pública.* junho de 2010;44(3):559–65.
22. Fredriksson T, Pettersson U. Severe Psoriasis – Oral Therapy with a New Retinoid. *Dermatology.* 1978;157(4):238–44.
23. Gierk B, Kohlmann S, Kroenke K, Spangenberg L, Zenger M, Brähler E, et al. The Somatic Symptom Scale–8 (SSS-8): A Brief Measure of Somatic Symptom Burden. *JAMA Intern Med.* 1º de março de 2014;174(3):399.
24. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand.* junho de 1983;67(6):361–70.
25. BRASILEIRO, Sarah Vieira. Adaptação transcultural e propriedades psicométricas do COPE breve em uma amostra brasileira [Internet] [Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde (FM)]. [Universidade Federal de Goiás]: Faculdade de Medicina - FM (RG); 2012. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/3351>
26. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia Jr C, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saúde Pública.* outubro de 1995;29(5):359–63.
27. Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI)-a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol.* maio de 1994;19(3):210–6.

28. Martins GA, Arruda L, Mugnaini ASB. Validação de questionários de avaliação da qualidade de vida em pacientes de psoríase. *An Bras Dermatol.* outubro de 2004;79(5):521–35.
29. Cárcano CBM, de Oliveira CZ, Paiva BSR, Paiva CE. The Brazilian version of Skindex-16 is a valid and reliable instrument to assess the health-related quality of life of patients with skin diseases. Toland AE, organizador. *PLoS ONE.* 22 de março de 2018;13(3):e0194492.
30. Schmitt J, Wozel G. The Psoriasis Area and Severity Index Is the Adequate Criterion to Define Severity in Chronic Plaque-Type Psoriasis. *Dermatology.* 2005;210(3):194–9.
31. Mitchell H. Katz. *Multivariable Analysis: A Practical Guide for Clinicians and Public Health Researchers.* 3º ed. Cambridge University Press, 2011; 2011.
32. Miot HA. Avaliação da normalidade dos dados em estudos clínicos e experimentais. *J vasc bras.* junho de 2017;16(2):88–91.
33. Miot HA. Análise de correlação em estudos clínicos e experimentais. *J vasc bras.* 29 de novembro de 2018;17(4):275–9.
34. Sourial N, Wolfson C, Zhu B, Quail J, Fletcher J, Karunanathan S, et al. Correspondence analysis is a useful tool to uncover the relationships among categorical variables. *Journal of Clinical Epidemiology.* junho de 2010;63(6):638–46.
35. Watts DD. Correspondence Analysis: A Graphical Technique for Examining Categorical Data: *Nursing Research.* julho de 1997;46(4):235–9.
36. Machin D, Fayers P. *Quality of life: the assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes* [Internet]. Hoboken, N.J.: Wiley; 2013 [citado 26 de junho de 2020]. Disponível em: <http://rbdigital.oneclickdigital.com>
37. Terwee CB, Bot SDM, de Boer MR, van der Windt DAWM, Knol DL, Dekker J, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology.* janeiro de 2007;60(1):34–42.
38. Borges MC, Ferraz É, Pontes SMR, Cetlin A de CVA, Caldeira RD, Silva CS da, et al. Development and validation of an asthma knowledge questionnaire for use in Brazil. *J bras pneumol.* fevereiro de 2010;36(1):8–13.

APÊNDICE 1**Informações Clínico-demográficas**

RG Hospital: _____			Iniciais: _____			Telefone: _____		
Data de nascimento: ____/____/____			Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino					
Estado civil: ☐ Solteiro			☐ Casado/Amasiado			☐ Separado/ Viúvo		
Escolaridade: ☐ Fundamental			☐ Médio			☐ Superior		
Idade de surgimento da doença: _____			Profissão: _____			Quantas pessoas na família: _____		
Salário da família:			1- ☐ Até R\$1.000,00			2- ☐ de R\$1.100,00 a 3.000,00		
			3- ☐ De R\$3.000,00 a 5.000,00			4- ☐ Mais 5.000,00		
Em tratamento: ☐ há menos de 1 ano			☐ entre 5 e 10 anos			☐ mais de 10 anos		
Tipo de psoríase: ☐ Ungueal			☐ Couro Cabeludo			☐ Articular		
			☐ Placas (vulgar)			☐ Pustulosa generalizada		
			☐ Eritrodérmica			☐ Palmoplantar		
Hiperqueratásia								
Qual seu tratamento atual para a psoríase? _____								
História familiar de psoríase? ☐ Sim ☐ Não Se sim, quem? _____								
Fuma? ☐ Sim ☐ Não Se sim, quantos por dia? _____								
Há quanto tempo? _____ Se não, parou há quanto tempo? _____								
Ingere bebida alcoólica: ☐ Sim ☐ Não Se sim, qual a frequência? _____								
Se não, parou há quanto tempo? _____								
Pressão Alta: ☐ Sim ☐ Não			Diabetes: ☐ Sim ☐ Não					
Dislipidemia: ☐ Sim ☐ Não			Se sim: ☐ Triglicérides			☐ Colesterol		
Peso: _____			Altura: _____			PASI: _____		

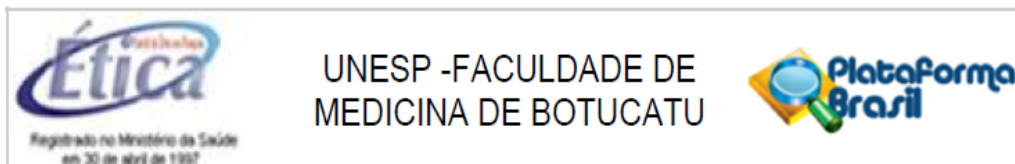
APÊNDICE 2

Escala de Sintomas Somáticos-8 (SSS-8-BRA)

Nos últimos 7 dias , o quanto você se incomodou por algum dos seguintes sintomas?					
	Nenhum pouco	Muito pouco	Pouco	Bastante	Muito
Problemas do estômago ou intestino	0	1	2	3	4
Dor nas costas	0	1	2	3	4
Dor nos braços, pernas ou juntas	0	1	2	3	4
Dores de cabeça	0	1	2	3	4
Dor no peito ou falta de ar	0	1	2	3	4
Tontura	0	1	2	3	4
Cansaço ou pouca energia	0	1	2	3	4
Dificuldades para dormir	0	1	2	3	4

APÊNDICE 3

Parecer Institucional do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FATORES QUE IMPACTAM NA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES PORTADORES DE PSORÍASE

Pesquisador: Camila Fernandes Pollo

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 63817316.7.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.908.794

APÊNDICE 4

Permission to translate the Somatic Symptom Scale 8 (SSS-8)

Prof. Silmara Meneguín
 Dr. Camila Fernandes Pollo
 Nursing Department of FMB-Unesp, s / n
 Faculdade de Medicina
 18618-000 Botucatu
 Brazil
 Email: silmeneguín@fmb.unesp.br
 Email: camilapollo@hotmail.com

Permission to translate the Somatic Symptom Scale 8 (SSS-8)

I give permission to the above mentioned researchers to translate and culturally adapt the Somatic Symptom Scale 8 (SSS-8) to Portuguese spoken in Brazil if they comply with the following conditions:

1. You use an internationally accepted translation procedure (repeated forward and backward translations carried out by native speakers and focus group discussions of the translations). The translation process has to be documented in order to make it reproducible. You have to send us a protocol of the translation process together with the final items.
2. You make the final items freely available to the public (no fees if someone wants to use the translation). We believe that psychometric measures should be freely available because it supports the scientific process and facilitates the application in the clinical context. Moreover, we spent public money on the development of the SSS-8. Therefore, we believe it should be available to the public. A copy of your translation should be published on the SSS-8's Wikipedia page: http://en.wikipedia.org/wiki/Somatic_Symptom_Scale_-_8. Furthermore, it is nice if you write a short paragraph for the Wikipedia page that summarizes the translation study.
3. You publish the translation study in English and include the Portuguese items in the text. This assures that the translation and psychometric validation are recognized by the scientific community.

Best regards,

Dipl.-Psych. Benjamin Gierk

Dipl.-Psych. Benjamin Gierk
 Tagesklinik am Ochspark
 Asklepios Klinik Nord
 Langenhorner Chausse 560
 22419 Hamburg
 Germany
 Email: b.gierk@asklepios.com
 Email: benjamin.gierk@gmx.de
 Phone: +49 40 1818 87 5249
 Hamburg, 10th of February 2017

ANEXO 1

DLQI- BRA

O objetivo deste questionário é medir o quanto seu problema de pele afetou sua vida NO DECORRER DA ÚLTIMA SEMANA. Marque com um X a melhor resposta para cada pergunta.

1. Na última semana, quanto sua pele coçou, esteve sensível, dolorida ou ardida?

Muitíssimo 3 Muito 2 Um pouco 1 Nada 0

2. Na última semana, você ficou com vergonha ou se preocupou com sua aparência por causa de sua pele?

Muitíssimo 3 Muito 2 Um pouco 1 Nada 0

3. Na última semana, quanto sua pele interferiu nas suas compras ou nas suas atividades dentro e fora de casa?

Muitíssimo 3 Muito 2 Um pouco 1 Nada 0

4. Na última semana, quanto sua pele influenciou na escolha das roupas que você vestiu?

Muitíssimo 3 Muito 2 Um pouco 1 Nada 0

5. Na última semana, quanto sua pele afetou as atividades sociais ou de lazer?

Muitíssimo 3 Muito 2 Um pouco 1 Nada 0

6. Na última semana, quanto sua pele atrapalhou a prática de esportes?

Muitíssimo 3 Muito 2 Um pouco 1 Nada 0 Não relevante 0

7. Na última semana, sua pele o impediu de trabalhar ou ir à escola?

Sim 3 Não Não relevante 0

Caso sua resposta seja NÃO, na última semana quanto sua pele lhe causou problemas no trabalho ou na escola?

Muito 2 Um pouco 1 Nada 0

8. Na última semana, quanto sua pele lhe causou problemas com seu parceiro ou amigos mais próximos e parentes?

Muitíssimo 3 Muito 2 Um pouco 1 Nada 0 Não relevante 0

9. Na última semana, quanto seu problema de pele lhe causou dificuldades sexuais?

Muitíssimo 3 Muito 2 Um pouco 1 Nada 0 Não relevante 0

10. Na última semana, quanto o seu tratamento para a pele foi um problema deixando sua casa desorganizada ou tomando muito o seu tempo?

Muitíssimo 3 Muito 2 Um pouco 1 Nada 0 Não relevante 0

Pedimos a gentileza de verificar se todas as perguntas foram respondidas por você.

Muito obrigada.

ANEXO 2

COPE Breve

Estamos interessados em saber a maneira como você está tentando lidar com uma situação difícil. Cada item abaixo refere-se a uma maneira específica de lidar com essa situação. Avalie cada item separadamente, respondendo com as opções 1, 2, 3 ou 4 dentro dos parênteses. Responda as questões da forma mais sincera possível.

1 = Não tenho feito de jeito nenhum

2 = Tenho feito um pouco

3 = Tenho feito mais ou menos

4 = Tenho feito bastante

- () 1. Tenho me dedicado ao trabalho ou outras atividades para me distrair.
- () 2. Tenho concentrado meus esforços para fazer alguma coisa em relação à situação na qual me encontro.
- () 3. Tenho dito a mim mesmo(a): “isto não é real”.
- () 4. Tenho consumido álcool ou outras drogas/medicamentos para me sentir melhor.
- () 5. Tenho recebido apoio emocional de outras pessoas.
- () 6. Estou desistindo de enfrentar a situação.
- () 7. Tenho tomado alguma atitude para tentar melhorar a situação.
- () 8. Tenho me negado a acreditar que essa situação tenha acontecido.
- () 9. Tenho dito coisas para extravasar meus sentimentos desagradáveis.
- () 10. Tenho recebido ajuda e conselhos de outras pessoas.
- () 11. Tenho consumido álcool ou outras drogas/medicamentos para me ajudar a superar a situação.
- () 12. Tenho tentado enxergar a situação de outra forma para fazê-la parecer mais positiva.
- () 13. Tenho me criticado.
- () 14. Tenho tentado criar uma estratégia em relação ao que fazer.
- () 15. Tenho recebido conforto e compreensão de alguém.
- () 16. Estou desistindo de tentar enfrentar a situação.
- () 17. Tenho tentado enxergar algo de bom no que está acontecendo.
- () 18. Tenho feito piadas sobre a situação.
- () 19. Tenho feito coisas para pensar menos na situação como ir ao cinema, ver TV, ler, sonhar acordado(a), dormir ou ir às compras.
- () 20. Tenho aceitado a realidade do fato acontecido.
- () 21. Tenho expressado meus sentimentos negativos.
- () 22. Tenho tentado encontrar conforto em minha religião ou crenças espirituais.
- () 23. Tenho tentado obter conselho ou ajuda com outras pessoas sobre o que fazer.
- () 24. Tenho aprendido a conviver com esta situação.
- () 25. Tenho pensado bastante sobre os passos que irei dar.
- () 26. Tenho me culpado pelas coisas que aconteceram.
- () 27. Tenho orado ou meditado.
- () 28. Tenho ridicularizado a situação.

ANEXO 3

SKINDEX-16

ESTAS PERGUNTAS SÃO RELACIONADAS À CONDIÇÃO DE PELE QUE MAIS LHE INCOMODOU DURANTE OS ÚLTIMOS SETE DIAS

Durante os últimos sete dias, com que frequência você foi incomodado(a):	Nunca incomodou ↓	.	Sempre incomodou ↓
1. Pela coceira devido à sua condição de pele	☐	☐	☐
2. Pela ardência ou as pontadas devido à sua condição de pele	☐	☐	☐
3. Pela dor devido à sua condição de pele	☐	☐	☐
4. Pela irritação devido à sua condição de pele	☐	☐	☐
5. Pela persistência / recorrência de sua condição de pele	☐	☐	☐
6. Pela preocupação com sua condição de pele (Por exemplo: que se espalhe, piore, deixe cicatriz, seja imprevisível etc.)	☐	☐	☐
7. Pela aparência de sua condição de pele	☐	☐	☐
8. Pela frustração em relação à sua condição de pele	☐	☐	☐
9. Pela vergonha em relação à sua condição de pele	☐	☐	☐
10. Pelo aborrecimento devido à sua condição de pele	☐	☐	☐
11. Pela tristeza em relação à sua condição de pele	☐	☐	☐
12. Pelos efeitos de sua condição de pele em suas interações com outras pessoas (Por exemplo: interações com familiares, amigos, relacionamentos íntimos etc.)	☐	☐	☐
13. Pelos efeitos de sua condição de pele na sua vontade de estar com outras pessoas	☐	☐	☐
14. Pelo fato de que sua condição de pele torna difícil demonstrar afeto	☐	☐	☐
15. Pelos efeitos de sua condição de pele nas suas atividades diárias	☐	☐	☐
16. Pelo fato de que sua condição de pele torna difícil trabalhar ou fazer o que você gosta	☐	☐	☐

Você respondeu a todos os itens? Sim ☐ Não ☐

ANEXO 4

Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HADS

A (1) Eu me sinto tenso ou contraído:

- 3 () A maior parte do tempo
- 2 () Boa parte do tempo
- 1 () De vez em quando
- 0 () Nunca

D (2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

- 0 () Sim, do mesmo jeito que antes
- 1 () Não tanto quanto antes
- 2 () Só um pouco
- 3 () Já não sinto mais prazer em nada

A (3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

- 3 () Sim, e de um jeito muito forte
- 2 () Sim, mas não tão forte
- 1 () Um pouco, mas isso não me preocupa
- 0 () Não sinto nada disso

D (4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
- 1 () Atualmente um pouco menos
- 2 () Atualmente bem menos
- 3 () Não consigo mais

A (5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:

- 3 () A maior parte do tempo
- 2 () Boa parte do tempo
- 1 () De vez em quando
- 0 () Raramente

D (6) Eu me sinto alegre:

- 0 () A maior parte do tempo
- 1 () Muitas vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Nunca

A (7) Consigo ficar sentado a vontade e me sentir relaxado:

- 0 () Sim, quase sempre
- 1 () Muitas vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Nunca

D (8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

- 3 () Quase sempre
- 2 () Muitas vezes
- 1 () De vez em quando
- 0 () Nunca

A (9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

- 0 () Nunca
- 1 () De vez em quando
- 2 () Muitas vezes
- 3 () Quase sempre

D (10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

- 3 () Completamente
- 2 () Não estou mais me cuidando como deveria
- 1 () Talvez não tanto quanto antes
- 0 () Me cuido do mesmo jeito que antes

A (11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

- 3 () Sim, demais
- 2 () Bastante
- 1 () Um pouco
- 0 () Não me sinto assim

D (12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
- 1 () Um pouco menos do que antes
- 2 () Bem menos do que antes
- 3 () Quase nunca

A (13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

- 3 () A quase todo momento
- 2 () Várias vezes
- 1 () De vez em quando
- 0 () Não sinto isso

D (14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

- 0 () Quase sempre
- 1 () Várias vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Quase nunca

ANEXO 5

ESCALA VISUAL PARA PRUDIDO (COCEIRA)



0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

[illegible]

SEM

COCEIRA

MÁXIMA

COCEIRA

ANEXO 6

ESCALA VISUAL “INCÔMODO NA QUALIDADE DE VIDA PELA PSORÍASE”

