



LISBOA

UNIVERSIDADE  
DE LISBOA



FACULDADE DE  
**MEDICINA**  
LISBOA

# **TRABALHO FINAL**

## **MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA**

---

Clínica Universitária de Reumatologia

**Referenciação para consulta de reumatologia  
baseada na aplicação de um questionário de  
rastreamento da artrite psoriática a doentes com  
psoríase**

Nadine Correia Amaral

**Orientado por:**

Professora Doutora Elsa Vieira de Sousa

**Co-Orientado por:**

Dr.ª Joana Ferro Antunes

---

Março'2022

## RESUMO

**Introdução/objetivo:** A artrite psoriática é uma doença inflamatória, crónica, imunomediada, com acometimento articular periférico e axial, geralmente associada a psoríase cutânea e ungueal. A maioria dos doentes desenvolve psoríase anos antes de ser diagnosticado com artrite psoriática, criando uma janela de oportunidade para proceder ao rastreio da artrite psoriática entre os doentes com psoríase. De forma a auxiliar os médicos no rastreio da artrite psoriática, foram desenvolvidos vários instrumentos neste âmbito com destaque para o questionário EARP (*Early Psoriatic Arthritis Screening Questionnaire*) dado constituir um método de rastreio fácil e rápido de aplicar. O objetivo primário deste estudo foi estimar a percentagem de doentes com psoríase que, de acordo com o score total obtido no questionário EARP, têm indicação para referência para a especialidade de reumatologia.

**Materiais e métodos:** Neste estudo observacional, transversal e descritivo, doentes com psoríase seguidos na consulta externa de dermatologia do Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, foram convidados a responder a um questionário que incluía especificações sociodemográficas, dados de caracterização da psoríase, a versão portuguesa do questionário EARP e informação complementar sobre sintomas músculo-esqueléticos relacionados com a artrite psoriática.

**Resultados:** Um total de 28 doentes (11 [39,3%] do sexo feminino e 17 [60,7%] do sexo masculino) com uma idade média de  $46,5 \pm 15,4$  anos, foram incluídos no estudo. A percentagem estimada de doentes com potencial indicação de referência para a especialidade de reumatologia foi de 17,9% (5 doentes), baseada na aplicação do questionário EARP (cut-off de 3).

**Conclusão:** O questionário EARP representa um instrumento de rastreio simples e rápido de aplicar que providencia uma orientação na avaliação dos sintomas músculo-esqueléticos de artrite psoriática, selecionando doentes que beneficiam de observação por um reumatologista.

**Palavras-chave:** Artrite Psoriática; Psoríase; Questionário EARP;

O trabalho final é da exclusiva responsabilidade do seu autor, não cabendo qualquer responsabilidade à FMUL pelos conteúdos nele apresentados.

## ABSTRACT

**Background/aim:** Psoriatic arthritis is an inflammatory, chronic, immune-mediated arthropathy that affects the peripheral and axial skeleton, usually associated with skin and nail psoriasis. Most patients develop psoriasis years before being diagnosed with psoriatic arthritis, raising an opportunity to screen for psoriatic arthritis among patients with psoriasis. To help clinicians screen for psoriatic arthritis, several screening tools have been developed with reference to EARP questionnaire (Early Psoriatic Arthritis Screening Questionnaire) as an easy and fast screening method. The primary aim of this study was to estimate the percentage of the patients with psoriasis recruited, who should be referred to rheumatology, based on the total score obtained from the application of EARP questionnaire.

**Materials and methods:** In this observational, cross sectional, descriptive study, psoriatic patients attending dermatology consultations at Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, were invited to answer a questionnaire which includes sociodemographic characteristics, data on psoriasis, the portuguese version of EARP screening questionnaire and complementary data of musculoskeletal symptoms related to psoriatic arthritis.

**Results:** A total of 28 patients (11 [39,3%] female, 17 [60,7%] male) with a mean age of  $46,5 \pm 15,4$  years, were enrolled in the study. The estimated percentage of the psoriatic patients recruited who should be referred to rheumatology, based on the application of EARP questionnaire (cut-off of 3) was 17,9% (5 patients).

**Conclusion:** The EARP questionnaire is a simple and fast screening tool for psoriatic arthritis which provides a guide to assess musculoskeletal symptoms of psoriatic arthritis, selecting the group of patients who would benefit further assessment by a rheumatologist.

**Keywords:** Psoriatic arthritis; Psoriasis; EARP questionnaire.

The present work is of the author's sole responsibility and FMUL does not have any responsibility upon its content.

# ÍNDICE

Resumo .....	2
Abstract.....	3
1. Introdução.....	5
2. Materiais e métodos .....	9
2.1 Amostra e procedimento.....	9
2.2 Análise estatística .....	11
3. Resultados.....	12
4. Discussão.....	17
5. Conclusão .....	22
6. Bibliografia .....	23
7. Anexos.....	26
7.1 Anexo I.....	26
7.2 Anexo II.....	41

# 1. INTRODUÇÃO

A psoríase é uma doença crónica da pele, de natureza imunomediada, associada a múltiplas condições coexistentes, sendo a mais comum a artrite psoriática, a qual se desenvolve em cerca de 20-30% dos doentes com psoríase. Na maioria dos casos, a psoríase precede as manifestações músculo-esqueléticas, colocando os clínicos, quer nos cuidados de saúde primários, quer durante o seguimento dermatológico, numa posição ideal para proceder ao rastreio da artrite psoriática entre os doentes com psoríase, com a finalidade de realizar um diagnóstico precoce e conseqüentemente instituir o tratamento indicado, em articulação com a reumatologia, de uma forma atempada, tendo como objetivo a remissão de sintomas.<sup>1, 2, 4</sup>

A artrite psoriática é uma doença inflamatória, crónica, imunomediada, com acometimento articular periférico e/ou axial associada a psoríase cutânea. Apresenta um pico de incidência entre os 40-50 anos de idade e os dois sexos são igualmente atingidos. Corresponde a um subtipo de espondilartrite, uma vez que partilha características genéticas e clínicas com este grupo de patologias, caracterizando-se por fenótipos clínicos variáveis, que afetam múltiplos sistemas orgânicos, incluindo manifestações como: artrite, entesite, dactilite e espondilite acompanhadas por psoríase cutânea e ungueal, sendo que esta heterogeneidade clínica resulta frequentemente num diagnóstico e tratamento tardio.<sup>1, 3, 4</sup>

Moll e Wright descreveram 5 subtipos clínicos que enfatizam a heterogeneidade desta condição: o subtipo oligoarticular, que tipicamente ocorre segundo uma distribuição assimétrica; o subtipo poliarticular, com uma distribuição tipicamente simétrica, assemelhando-se à artrite reumatoide; o subtipo distal, com envolvimento predominante das articulações interfalângicas distais; a artrite mutilante, que corresponde a um subtipo destrutivo e deformativo ao nível das articulações; e o subtipo axial ou espondilartrite, com acometimento primário das articulações e enteses do esqueleto axial.<sup>1, 5</sup> Em associação à artrite psoriática são descritas ainda diversas comorbilidades como obesidade, diabetes mellitus tipo II, hipertensão arterial, síndrome metabólico, esteatose hepática e risco aumentado para eventos cardiovasculares, tal como manifestações extra-articulares como a uveíte e a doença

inflamatória do intestino, que quando presentes contribuem para reforçar a suspeita diagnóstica, e mais uma vez suportar a extensa interação entre fatores genéticos e ambientais que potenciam uma resposta inflamatória exagerada em múltiplos órgãos e sistemas. <sup>1,3</sup>

A artrite psoriática conduz frequentemente a disfunção de caráter físico, mas também psicológico, com repercussões significativas na qualidade de vida individual, havendo evidência que um atraso no diagnóstico de artrite psoriática associa-se a pior prognóstico. <sup>4</sup> Haroon et al. demonstraram que um atraso de apenas 6 meses desde a primeira manifestação clínica até à primeira consulta de reumatologia contribuiu para o desenvolvimento e progressão do dano estrutural nomeadamente de erosões, ao nível das articulações periféricas e do eixo axial, com agravamento da função física a longo prazo. <sup>6</sup>

Dada a heterogeneidade clínica da artrite psoriática, o reconhecimento desta patologia torna-se uma tarefa exigente, estando os especialistas de reumatologia na posição mais qualificada para realizar o diagnóstico com maior precisão. No entanto, o primeiro contacto destes doentes com os cuidados de saúde acaba, frequentemente, por ser com médicos de outras especialidades que não têm tanta prática na identificação de manifestações músculo-esqueléticas e, conseqüentemente, de equacionar o diagnóstico diferencial. Posto isto, foram desenvolvidos questionários de rastreio de artrite psoriática, que têm vindo a ganhar cada vez mais importância, uma vez que constituem ferramentas para identificar doentes com artrite psoriática, antecedendo a aplicação de procedimentos diagnóstico específicos da especialidade de reumatologia, adicionada à vantagem da facilidade da sua aplicação por outros especialistas, nomeadamente dermatologistas e especialistas de medicina geral e familiar para a identificação de doentes que necessitam de referência. Este rastreio deve ser efetuado sempre em articulação próxima com a especialidade de reumatologia, constituindo uma oportunidade de identificar doentes que se encontram numa fase inicial da doença, e caso haja suspeita diagnóstica encaminhar para uma avaliação subsequente por parte do reumatologista, contribuindo assim para um diagnóstico precoce, com repercussões positivas quer do ponto de vista do prognóstico, quer a nível da instituição da terapêutica e resposta à mesma. <sup>4,7,8</sup>

Segundo a revisão sistemática e metanálise por Nicolas Iragorri et al. foram identificados um total de 14 métodos de rastreio diferentes, dentro dos quais se destacam o “Psoriatic Arthritis Screening and Evaluation” (PASE), o “Psoriasis Epidemiology Screening Tool” (PEST), o “Toronto Psoriatic Arthritis Screening” (ToPAS) e o “Early Psoriatic Arthritis Screening Questionnaire” (EARP), como os mais frequentemente utilizados. A maioria dos estudos determinou que estes métodos de rastreio baseados em questionários têm um desempenho bastante sobreponível. No entanto, esta revisão sugere que o EARP apresenta uma precisão ligeiramente superior aos restantes testes mencionados (PEST, PASE, ToPAS) para o rastreio da artrite psoriática em doentes com psoríase – o EARP demonstrou ter maior sensibilidade e especificidade, estimada em 0,85 para cada domínio, enquanto que a sensibilidade estimada para o ToPAS, PASE e o PEST flutuou entre 0,65 e 0,74, e a especificidade entre 0,68 até 0,83. Contudo é também referida a necessidade de mais estudos para confirmar que o EARP é um procedimento de rastreio mais preciso que os restantes.<sup>7</sup>

Independentemente da sua estrutura, algumas características podem suportar a maior sensibilidade e especificidade do questionário EARP comparativamente aos restantes métodos de rastreio, nomeadamente o facto de apresentar questões específicas sobre a presença de dor e edema nas articulações mais frequentemente afetadas na artrite psoriática, enquanto o PEST, PASE e ToPAS o efetuam de uma forma ambígua.<sup>7</sup> Importa referir ainda a vantagem da facilidade e rapidez da sua aplicação, como ponto fulcral para a adesão tanto por parte do clínico, como para a compreensão do doente.<sup>8</sup> Por outro lado, é de realçar que as comparações entre diferentes questionários de rastreio têm as suas limitações devido às diferentes características das populações estudadas, à heterogeneidade da própria doença, o grau de gravidade da psoríase, diferentes intervenções terapêuticas entre outras variáveis que influenciam os valores de sensibilidade, mas sobretudo de especificidade, daí não se conseguir, perante a evidência atual, concluir quanto ao questionário de rastreio melhor qualificado, no sentido de diagnosticar precocemente a artrite psoriática com maior precisão.<sup>8,9</sup>

Estima-se uma prevalência de cerca de 15,5% de doentes com artrite psoriática não diagnosticados em populações de doentes com psoríase, realçando, uma vez mais,

a importância de os doentes com psoríase serem sujeitos a um método de rastreio para a artrite psoriática, o que constitui a base do tema do presente trabalho.<sup>10</sup>

## **2. MATERIAIS E MÉTODOS**

### **2.1 AMOSTRA E PROCEDIMENTO**

O presente trabalho consiste num estudo observacional, transversal e descritivo de uma amostra de doentes com psoríase seguidos na consulta externa de dermatologia do Hospital de Santa Maria (HSM), Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (CHULN). O período de recrutamento decorreu entre dezembro de 2021 a janeiro de 2022. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do Centro Académico de Medicina de Lisboa e o consentimento informado, livre e esclarecido obtido por parte de todos os participantes (Anexo II).

Este trabalho está integrado num projeto multicêntrico nacional intitulado “CheckAP: Prevalência de artrite psoriática e avaliação do desempenho de um questionário de rastreio de artrite psoriática numa população de doentes Portugueses com psoríase e acompanhados por um Dermatologista” a decorrer nas consultas de dermatologia e de reumatologia do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, do Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Norte, do Hospital CUF Descobertas, do Hospital Lusíadas Lisboa, do Centro Hospitalar Baixo Vouga, do Centro Hospitalar de Leiria, do Centro Hospitalar Universitário de São João e do Instituto Médico de Estudos Imunológicos no Porto. Neste âmbito foi previamente conduzido um processo de tradução seguido de retrotradução do questionário EARP, de modo a assegurar a qualidade da versão portuguesa deste mesmo questionário, tendo em consideração a adaptação intercultural (Quadro 1).

Os critérios de inclusão da população analisada neste trabalho integravam os seguintes pressupostos: doentes com diagnóstico de psoríase estabelecido por um dermatologista, seguidos na consulta de dermatologia do HSM, CHULN, do sexo masculino ou feminino, com idade igual ou superior a 18 anos e capacidade de compreensão da língua portuguesa, que aceitem participar e concedam consentimento informado assinado antes da realização de qualquer atividade relacionada com o estudo. Foram considerados critérios de exclusão doentes em terapêutica sistémica (exceto acitretina e psoraleno-ultravioleta A (PUVA)) ou sob fármacos

imunossupressores para o tratamento da psoríase, a não ser que interrompida 6 meses antes do potencial recrutamento para o estudo.

Os participantes foram convidados a responder a um questionário global do estudo que incluía: especificações sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade e situação profissional), dados de caracterização da psoríase (data do diagnóstico, tratamento atual [tratamento tópico, fototerapia UVB, PUVA e/ou acitretina]) e de impacto na qualidade de vida - índice de qualidade de vida em Dermatologia (DLQI), cujo score total varia entre 0 (sem efeito na vida do doente) e 30 (efeitos extremos na vida do doente). A todos os participantes foi seguidamente aplicada a versão portuguesa do questionário EARP. O questionário de rastreio EARP é composto por 10 perguntas, sendo considerado um resultado indicativo para referência quando o doente apresente 3 ou mais respostas positivas. Adicionalmente, avaliaram-se dados sobre manifestações músculo-esqueléticas, nomeadamente as escalas visuais analógicas (EVAs) correspondentes à aferição de dor periférica, dor axial sem predomínio de horário e noturna nas 48 horas precedentes e o score BASDAI (*Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index*). O BASDAI consiste num questionário de 6 perguntas que avalia 5 manifestações clínicas: fadiga, dor axial, sintomas sugestivos de entesite, artralgia/edema e intensidade e duração da rigidez matinal, com recurso a EVAs. A avaliação das variáveis: subtipo de psoríase de acordo com a morfologia e local anatómico, e a aplicação dos scores de atividade da psoríase: NAPSI (*Nail Psoriasis Severity Index*), PASI (*Psoriasis Area and Severity Index*) e BSA (*Body Surface Area*), integradas no protocolo do estudo, foi conduzida pela Dra. Joana Antunes ou pelo Dr. Miguel Alpalhão (especialistas em dermatologia do CHULN). De referir que o NAPSI score foi aplicado à unha alvo (unha com maior extensão de lesões) procedendo-se a uma avaliação sequencial das lesões presentes na matriz ungueal, que contemplava os seguintes aspetos: pitting irregular, leuconíquia, destruição ungueal ou pontos vermelhos na lúnula; e posteriormente das lesões presentes no leito ungueal com as seguintes formas de apresentação: hiperqueratose subungueal, mancha de óleo, onicólise ou hemorragias splinter. O score total do NAPSI resulta do somatório destas duas avaliações, variando entre 0 e 8. Todas as variáveis foram colhidas no caderno de recolha de dados (CRF) definido para o estudo Check AP (Anexo I).

## 2.2 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Após a recolha da informação em CRF procedeu-se à introdução dos dados para cada variável definida, no programa Microsoft Office Excel® e o tratamento estatístico foi realizado através do software estatístico SPSS® (iBm Corp.) versão 26. As características sociodemográficas e clínicas da amostra total foram apresentadas como média e desvio padrão para variáveis contínuas e frequência absoluta e/ou respetiva percentagem para variáveis categóricas. Procedeu-se à comparação das diversas variáveis contínuas (idade, índice de massa corporal (IMC), tempo de evolução da psoríase, NÁPSI da unha alvo, BSA, PASI, DLQI, BASDAI e EVAs da dor nas 48h precedentes) entre o grupo de doentes com questionário EARP positivo (score  $\geq 3$ ) e o grupo de doentes com questionário EARP negativo (score  $< 3$ ), recorrendo ao teste não paramétrico de Mann-Whitney. Foi considerada uma significância estatística de 5%.

Quadro 1: Versão portuguesa do questionário EARP.

Questões	Sim	Não
1. Tem dores nas articulações?	1	0
2. Nos últimos três meses, tomou medicamentos anti-inflamatórios pelo menos duas vezes por semana?	1	0
3. Acorda espontaneamente durante a noite devido a dores no fundo das costas?	1	0
4. Ao acordar, sente dificuldade em abrir e fechar as mãos, por prisão dos movimentos, por mais de 30 minutos?	1	0
5. Os seus pulsos ou dedos das mãos costumam doer?	1	0
6. Os seus pulsos ou dedos das mãos costumam inchar?	1	0
7. Pelo menos um dos seus dedos das mãos ou dos pés dói e fica inchado durante 3 dias ou mais?	1	0
8. A região traseira do seu tornozelo (tendão de Aquiles) costuma inchar?	1	0
9. Costuma ter dores nos pés ou tornozelos?	1	0
10. Costuma ter dores nos cotovelos ou ancas?	1	0

### 3. RESULTADOS

Um total de 28 doentes (11 [39,3%] do sexo feminino e 17 [60,7%] do sexo masculino) com uma idade média de 46,5 ± 15,4 anos, que compareceram à consulta externa de dermatologia do HSM, CHULN com o diagnóstico de psoríase e que preenchiam os critérios de elegibilidade foram incluídos no estudo. Estimou-se uma percentagem de doentes com potencial indicação de referenciação para especialidade de reumatologia de 17,9% (5 doentes), baseada na aplicação do questionário EARP. O resumo das características sociodemográficas e clínicas da população do estudo encontra-se exposto na tabela 1.

Tabela 1: Características sociodemográficas e clínicas da população do estudo.

	<b>Amostra total</b> (n=28)	<b>EARP ≥ 3</b> (n=5)	<b>EARP &lt; 3</b> (n=23)
Sexo (Feminino/ Masculino) [%]	39,3/60,7	60,0/40,0	34,8/65,2
Idade [anos, média±SD]	46,5 ± 15,4	50,8 ± 15,6	45,5 ± 15,5
Escolaridade [anos, média±SD]	11,8 ± 4,1	9,2 ± 4,4	12,3 ± 4,0
Situação profissional atual [%]			
○ Trabalhador ativo a tempo inteiro	60,7	40,0	65,2
○ Trabalhador ativo a tempo parcial	7,1	0,0	8,7
○ Reformado(a)	14,3	40,0	8,7
○ Estudante	7,1	0,0	8,7
○ Desempregado	10,7	20,0	8,7
○ Com incapacidade laboral temporária	0,0	0,0	0,0
Tempo de evolução da psoríase (desde o diagnóstico) [anos, média±SD]	16,1 ± 14,5	24,8 ± 21,4	14,2 ± 12,4
IMC [kg/m <sup>2</sup> , média±SD]	25,9 ± 3,8	29,0 ± 3,8	25,2 ± 3,6
Subtipos de psoríase (de acordo com morfologia) [%]			
○ Em placas	92,9	100,0	91,3
○ Gutata	3,6	0,0	4,3
○ Eritrodérmica	0,0	0,0	0,0
○ Postular	3,6	0,0	4,3
Subtipos de psoríase (de acordo com local anatómico) [%]			
○ Couro cabeludo	67,9	80,0	65,2
○ Palmoplantar	14,3	20,0	13,0
○ Genital	7,1	20,0	4,3
○ Unhas	53,6	40,0	56,5
○ Anal	0,0	0,0	0,0

Subgrupo com psoríase ungueal - NAPSI score [média±SD]			
○ matriz ungueal	2,6 ± 1,2	4,0 ± 0,0	2,4 ± 1,1
○ leito ungueal	2,4 ± 0,9	2,5 ± 0,7	2,4 ± 0,9
○ total	3,7 ± 2,3	4,5 ± 3,5	3,6 ± 2,3
BSA [%; média±SD]	10,5 ± 11,5	14,0 ± 10,5	9,7 ± 11,7
PASI score [média±SD]	9,4 ± 7,0	12,5 ± 3,5	5,0 ± 7,0
Índice de qualidade de vida – Dermatologia DLQI [média±SD]	5,4 ± 4,5	8,6 ± 4,4	4,7 ± 4,3
Dor periférica nas últimas 48h – EVA [média±SD]	1,9 ± 2,8	6,0 ± 2,0	1,0 ± 2,1
Dor axial nas últimas 48h – EVA [média±SD]	1,9 ± 2,6	4,2 ± 3,4	1,4 ± 2,1
Dor axial noturna nas últimas 48h – EVA [média±SD]	2,1 ± 3,0	4,2 ± 3,8	1,6 ± 2,7
BASDAI [média±SD]	1,7 ± 1,9	4,5 ± 2,0	1,1 ± 1,2

IMC, *Índice de Massa Corporal*; NAPSI, *Nail Psoriasis Severity Index*; BSA, *Body Surface Area*; PASI, *Psoriasis Area and Severity Index*; BASDAI, *Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index*.

#### Dados Sociodemográficos:

A análise dos dados sociodemográficos da população em estudo mostrou um predomínio do sexo masculino, perfazendo um total de 17 doentes (60,7%). Adicionalmente, verificou-se dispersão no nível de escolaridade mais alto frequentado pelos participantes, observando-se os seguintes resultados: 10,7% mestrado (n=3), 21,4% licenciatura (n=6), 32,1% ensino secundário ou curso técnico (n=9), 17,9% 3º ciclo do ensino básico/antigo liceu (n=5), 10,7% 2º ciclo do ensino básico/antigo ciclo preparatório (n=3) e 7,1% 1º ciclo do ensino básico/ensino primário completo (n=2), estimando-se uma média de 11,8 ± 4,1 anos de estudo concluídos, quando avaliada a amostra na sua totalidade. Em complemento, no que diz respeito à situação profissional atual, verificou-se que 17 doentes eram trabalhadores ativos a tempo inteiro (60,7%) contribuindo com 39,1 ± 4,0 horas semanais, identificando-se ainda 2 trabalhadores ativos a tempo parcial (7,1%), 2 estudantes (7,1%), dos quais um simultaneamente trabalhador ativo a tempo parcial, 3 doentes desempregados (10,7%), dos quais 1 motivado pela sua condição clínica (psoríase) e 4 doentes reformados (14,3%), dos quais 1 motivado por incapacidade atribuída a hérnia discal.

### Caracterização da Psoríase:

No que respeita à gravidade da psoríase documentou-se uma percentagem corporal afetada por lesões de psoríase média de  $10,5 \pm 11,5\%$  avaliada pelo BSA e um valor médio do score total PASI de  $9,4 \pm 7,0$ .

A aplicação do NAPSI permitiu verificar que 35,7% (n=10) dos participantes apresentavam psoríase na matriz ungueal, registando um valor médio do score de  $2,6 \pm 1,2$ . De forma análoga, registou-se um valor médio do NAPSI score para psoríase no leito ungueal de  $2,4 \pm 0,9$  presente em 46,4% (n=13) da totalidade dos doentes. O score total do NAPSI aplicado à unha alvo corresponde a  $3,7 \pm 2,3$ .

Considerando a forma de apresentação clínica da psoríase de acordo com o local anatómico de risco, 67,9% dos participantes (n=19) exibiam lesões no couro cabeludo, 53,6% (n=15) nas unhas, 7,1% (n=2) na região genital, 14,3% (n=4) a nível palmoplantar e 0% (n=0) na região anal. Dos 5 subtipos de psoríase avaliados de acordo com o local anatómico considerado de risco, 3 doentes (10,7%) apresentavam lesões em 3 locais diferentes, 11 doentes (39,3%) em 2 locais, 9 doentes (32,1%) em apenas 1 dos locais anatómicos avaliados e 5 doentes (17,9%) não exibiam lesões em nenhum dos locais anatómicos considerados no protocolo do estudo. Adicionalmente, entre os diversos subtipos de psoríase existentes, verificou-se que a psoríase em placas, correspondeu ao subtipo mais prevalente na amostra estudada perfazendo um total de 26 doentes (92,9%), registando-se ainda 1 doente (3,6%) com psoríase gutata e 1 doente (3,6%) com psoríase postular.

A medição da qualidade de vida no que respeita ao impacto da psoríase nestes doentes, realizada com recurso ao questionário DLQI, registou um score total médio de  $5,4 (\pm 4,5)$ .

A totalidade dos participantes realizava alguma forma de terapêutica para a psoríase, destacando-se o tratamento com fármacos de aplicação tópica como o mais frequentemente instituído, de forma isolada ou em esquemas de terapêutica combinada com fototerapia UVB, PUVA e/ou acitretina. 21 doentes (75%) encontravam-se sob tratamento tópico, 14 doentes (50%) sob fototerapia UVB, 2 doentes (7,1%) sob fototerapia PUVA e 1 doente (3,6%) sob acitretina.

### Caracterização das manifestações músculo-esqueléticas

Para uma melhor caracterização das manifestações músculo-esqueléticas, confirmou-se a ausência de diagnóstico formal de artrite psoriática no passado, por médico especialista, bem como terapêutica dirigida para a mesma. Foram obtidos os seguintes valores médios relativos à quantificação da EVA para a dor periférica, para a dor axial sem predomínio de horário e noturna, nas 48 horas precedentes:  $1,9 \pm 2,8$ ,  $1,9 \pm 2,6$  e  $2,1 \pm 3,0$  respectivamente. Adicionalmente, o valor médio do score total BASDAI foi de  $1,7 \pm 1,9$ .

### Questionário EARP

Para cada item do questionário EARP, a taxa de resultados afirmativos na amostra estudada encontra-se exposto na tabela 2. Dos 28 participantes, 5 doentes (17,9%) pontuaram 3 ou mais no questionário EARP, indicativo de referência para a especialidade de reumatologia, e os restantes 23 doentes (82,1%) apresentaram um questionário EARP negativo, dos quais 15 doentes obtiveram um score de 1 ou 2 e 8 doentes um score de 0. De destacar a questão número 1 - "Tem dores nas articulações?" - como o item do questionário com maior taxa de respostas afirmativas (n=15; 53,6%), comparativamente às restantes.

Tabela 2: Resultados de respostas afirmativas do questionário EARP.

<b>Questionário EARP</b>	<b>n=28</b>
1. Tem dores nas articulações?	15 (53,6%)
2. Nos últimos três meses, tomou medicamentos anti-inflamatórios pelo menos duas vezes por semana?	2 (7,1%)
3. Acorda espontaneamente durante a noite devido a dores no fundo das costas?	2 (7,1%)
4. Ao acordar, sente dificuldade em abrir e fechar as mãos, por prisão dos movimentos, por mais de 30 minutos?	0 (0%)
5. Os seus pulsos ou dedos das mãos costumam doer?	8 (28,6%)
6. Os seus pulsos ou dedos das mãos costumam inchar?	4 (14,3%)

7. Pelo menos um dos seus dedos das mãos ou dos pés dói e fica inchado durante 3 dias ou mais?	1 (3,6%)
8. A região traseira do seu tornozelo (tendão de Aquiles) costuma inchar?	2 (7,1%)
9. Costuma ter dores nos pés ou tornozelos?	5 (17,9%)
10. Costuma ter dores nos cotovelos ou ancas?	7 (25,0%)

A análise comparativa entre o grupo de doentes com questionário EARP positivo e o grupo de doentes com questionário EARP negativo não demonstrou diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito à idade ( $50,8 \pm 15,6$  vs  $45,5 \pm 15,5$ : *p-value* 0,447), índice de massa corporal ( $29,0 \pm 3,8$  vs  $25,2 \pm 3,6$ : *p-value* 0,061), tempo de evolução da psoríase ( $24,8 \pm 21,4$  vs  $14,2 \pm 12,4$ : *p-value* 0,264), NAPSI score total ( $4,5 \pm 3,5$  vs  $3,6 \pm 2,3$ : *p-value* 0,684), BSA ( $14,0 \pm 10,5$  vs  $9,7 \pm 11,7$ : *p-value* 0,318), PASI ( $12,5 \pm 3,5$  vs  $5,0 \pm 7,0$ : *p-value* 0,290), DLQI ( $8,6 \pm 4,4$  vs  $4,7 \pm 4,3$ : *p-value* 0,053), e EVAs correspondentes à aferição de dor axial sem predomínio de horário ( $4,2 \pm 3,4$  vs  $1,4 \pm 2,1$ : *p-value* 0,107) ou noturna ( $4,2 \pm 3,8$  vs  $1,6 \pm 2,7$ : *p-value* 0,071), nas 48 horas precedentes. Em contrapartida, constata-se uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos supramencionados nos resultados obtidos a partir da aplicação da EVA para aferição de dor de predomínio periférico nas 48 horas precedentes ( $6,0 \pm 2,0$  vs  $1,0 \pm 2,1$ : *p-value* 0,001) e do score BASDAI total ( $4,5 \pm 2,0$  vs  $1,1 \pm 1,2$ : *p-value* 0,001).

## 4. DISCUSSÃO

O atraso no diagnóstico de artrite psoriática permanece um importante fator de mau prognóstico na gestão destes doentes, tornando o rastreio desta patologia essencial para uma maior probabilidade de sucesso na indução da remissão de sintomas.<sup>11</sup> No entanto, não seria apropriado, nem exequível a solicitação de uma observação por um reumatologista a todos os doentes que se apresentam com psoríase, daí a importância dos questionários de rastreio, incluindo o questionário EARP, com intuito de orientar a avaliação conduzida por clínicos de outras especialidades (não reumatologistas), de modo a mitigar constrangimentos como a restrição de tempo de consulta e a variabilidade da relevância dos sintomas descritos pelos doentes. Estes questionários auxiliam na identificação de doentes que potencialmente têm indicação de referência para a especialidade de reumatologia, à qual se segue uma avaliação clínica de modo que um diagnóstico definitivo possa ser realizado.<sup>12, 13</sup>

A metodologia aplicada neste estudo visou primariamente estimar a percentagem de doentes com psoríase que, de acordo com o score total obtido no questionário EARP, e o cut-off definido, merecem referência para a especialidade de reumatologia, por suspeita de artrite psoriática. Secundariamente pretendeu-se identificar características clínicas nesta população que sugiram referência para a especialidade de reumatologia com base na aplicação do questionário EARP, confrontando os dados obtidos com a literatura publicada.

A vantagem da facilidade e rapidez da aplicação do questionário EARP, com uma duração inferior a 5 minutos, dada a simplicidade das suas questões, tornam-no, por outro lado, pouco específico pela reduzida capacidade de distinguir manifestações clínicas da artrite psoriática das de outras patologias com manifestações músculo-esqueléticas como, a título de exemplo, a osteoartrose e a fibromialgia.<sup>14, 15</sup> A pergunta mais frequentemente respondida afirmativamente corresponde à presença de dores nas articulações. Facilmente depreendemos, contudo, a inespecificidade desta questão. A inespecificidade e heterogeneidade clínica subjacente à artrite psoriática dificulta desta forma o desenvolvimento de um questionário de rastreio que identifique os verdadeiros casos com precisão, e simultaneamente exclua outras causas de

manifestações músculo-esqueléticas. Sob outra perspectiva, as outras causas de manifestações músculo-esqueléticas podem ter também, por si só, um importante impacto na qualidade de vida do doente, provavelmente beneficiando de uma observação por um reumatologista tanto quanto os doentes com artrite psoriática. No entanto, de forma a evitar o excesso de referências para a especialidade de reumatologia, a aplicação do questionário EARP deve ter por base uma breve avaliação clínica antes do encaminhamento, com intuito de maximizar as potencialidades deste tipo de testes de rastreio.<sup>16,17</sup>

Neste estudo identificaram-se 5 doentes (17,9%) com um resultado positivo (cut-off  $\geq 3$ ) no questionário EARP, correspondendo ao grupo de doentes com indicação para ser submetido a uma avaliação mais especializada por um reumatologista. Do ponto de vista prático, durante a aplicação do questionário EARP, foram de facto percecionadas algumas limitações que poderão constituir potenciais fatores de viés nomeadamente: a variabilidade na valorização das manifestações músculo-esqueléticas e limiar de tolerância à dor entre diferentes doentes, a dificuldade na distinção de dor articular e dor muscular e a presença frequente de patologia osteodegenerativa, que apesar de se caracterizar por um ritmo de dor do tipo mecânico, em oposição ao ritmo de dor do tipo inflamatório característico da artrite psoriática, esta diferença não é tão evidente nas perguntas contempladas no questionário EARP, com praticamente metade das questões - “Tem dores nas articulações?”, “Os seus pulsos ou dedos das mãos costumam doer?”, “Costuma ter dores nos pés ou tornozelos?”, “Costuma ter dores nos cotovelos ou ancas?” - às quais a resposta é independente da clínica do ritmo da dor. Dada a inespecificidade das perguntas supramencionadas é possível verificar que um doente que se apresente com patologia osteodegenerativa facilmente consegue obter um score no questionário EARP igual ou superior a 3, sem que para isso tenha artrite psoriática.

Atentando às variáveis de caracterização adicional das manifestações músculo-esqueléticas é possível identificar uma diferença estatisticamente significativa entre o grupo de doentes com o questionário EARP positivo, que evidencia resultados superiores na EVA da dor periférica nas 48 horas precedentes e no score total BASDAI, comparativamente ao grupo de doentes com o questionário EARP negativo. A EVA da

dor axial sem predomínio de horário e noturna, nas 48 horas precedentes, expressa uma evidente diferença absoluta entre os 2 grupos, apesar de não ser considerada estatisticamente significativa. Estes resultados podem traduzir e apoiar os dados obtidos no questionário EARP e corroborar o diagnóstico de artrite psoriática, mas por outro lado podem também ser indicativos de possíveis patologias mimetizantes da artrite psoriática, como a osteoartrose, nomeadamente espondilartrose, fibromialgia ou outras artropatias inflamatórias.<sup>18</sup>

A artrite psoriática desenvolve-se frequentemente em doentes já com diagnóstico de psoríase estabelecido, com cerca de 10 anos de evolução.<sup>19, 20</sup>

Características clínicas específicas da psoríase podem ajudar a identificar doentes com artrite psoriática numa fase inicial do curso da doença ou selecionar doentes com maior probabilidade de vir a desenvolver artrite psoriática, constituindo um campo da ciência com maior necessidade de investigação dada a sua potencial relevância na otimização da abordagem de doentes com psoríase.<sup>21</sup>

Segundo a revisão sistemática e metanálise por Allen Zabotti et al. foram reconhecidos diversos fatores que identificam doentes com psoríase com maior probabilidade de progressão para artrite psoriática. Em termos cutâneos, a gravidade da psoríase e a sua extensão (avaliados com recurso ao BSA e PASI) constituem importantes fatores a ter em conta, estando as formas mais graves de psoríase associadas a maior probabilidade de desenvolvimento futuro de artrite psoriática, em alguns estudos, no entanto a associação quanto ao subtipo de psoríase de acordo com o local anatómico (nomeadamente couro cabeludo, psoríase inversa e ungueal) carece de confirmação adicional.<sup>22, 23, 24</sup> Por outro lado, o envolvimento ungueal parece condicionar especificamente risco aumentado de artrite psoriática, sendo que, de entre as diferentes características das lesões ungueais, apenas o pitting ungueal foi selecionado como um possível fator preditivo.<sup>22</sup> Importa ainda referir a associação entre a duração da psoríase e o desenvolvimento de artrite psoriática, reportada por diversos estudos, que concluíram que quanto maior a duração da psoríase maior a probabilidade de desenvolvimento de artrite psoriática<sup>25, 26</sup> Adicionalmente, verificou-se que a presença de artralgia pode ser considerada um fator preditivo de desenvolvimento de artrite psoriática, sendo o risco duas vezes superior nos doentes

com psoríase e artralgia comparativamente aos sem artralgia. Outros fatores, incluindo comorbilidades (como obesidade e depressão), história familiar de artrite psoriática e fatores ambientais (como trauma) parecem também contribuir para caracterizar doentes com psoríase com alto risco de desenvolvimento de artrite psoriática.<sup>22</sup>

No presente estudo não foi possível detetar diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de doentes com o questionário EARP positivo comparativamente ao grupo de doentes com questionário EARP negativo quando avaliadas as variáveis clínicas, a destacar com particular importância: IMC, tempo de evolução da psoríase, NAPSÍ da unha alvo, BSA, PASI e DLQI. Esta avaliação foi realizada com intuito de identificar as potenciais características que sugiram risco aumentado de desenvolvimento de artrite psoriática, correlacionando com o resultado do questionário EARP, no entanto essa associação não foi encontrada, limitada em grande parte pelo reduzido tamanho da amostra em estudo e por outro lado por corresponder a uma comparação entre grupos selecionados com base na aplicação de um questionário de rastreio e não um diagnóstico definitivo de artrite psoriática. No entanto, analisando os resultados em termos absolutos constatam-se valores mais elevados a predominar no grupo de doentes com o questionário EARP positivo, na totalidade das variáveis supramencionadas.

Por outro lado, dado o questionário EARP ser composto por questões maioritariamente sobre sintomas articulares, implicitamente identifica doentes com psoríase que se apresentam, simultaneamente, com artralgia sem que para isso tenha que existir um cut-off igual ou superior a 3, apresentando estes doentes também risco aumentado para desenvolvimento de artrite psoriática quando integrado o contexto clínico global.<sup>11</sup> Posto isto, a resposta positiva à primeira pergunta do questionário EARP (“Tem dores nas articulações?”), que no nosso estudo fez um total de 15 doentes, cerca de metade da população do estudo, coloca os doentes num grupo de risco superior para progressão para artrite psoriática, estando o clínico mais suscetível para adotar uma estratégia de investigação ativa e seguimento apertado dos sintomas músculo-esqueléticos, em observações subseqüentes.

O questionário EARP representa uma ferramenta muito útil no auxílio da triagem de doentes que merecem observação por um reumatologista, mas o seu resultado não

é vinculativo, requer sempre uma ponderação individualizada e personalizada. Nicolas Iragorri et al. desenvolveu um modelo de custo-utilidade relativamente à aplicação de questionários de rastreio de artrite psoriática em doentes com psoríase, com resultados que apoiam a sua vantagem custo-efetiva, com destaque para o questionário EARP.<sup>27</sup> Concluir quanto ao desempenho de um determinado teste de rastreio, não depende exclusivamente da sua sensibilidade e especificidade, mas também no impacto que a sua introdução tem na gestão dos doentes face à abordagem atual.<sup>28</sup>

No decorrer deste estudo identificaram-se diversas limitações, com destaque para a ausência de avaliação formal por um reumatologista, à data da análise destes dados, que impossibilita considerações relativas à sensibilidade e especificidade do questionário EARP, bem como comparação com outros questionários de rastreio existentes. Por outro lado, o reduzido tamanho da amostra não permite obter uma avaliação apropriada da epidemiologia da psoríase ou artrite psoriática, justificando a necessidade de um estudo mais alargado, com uma amostra maior, incluindo candidatos de diferentes regiões geográficas, de modo a ser representativa da população nacional. A fase de recrutamento constituiu também um desafio, pela dificuldade de selecionar doentes que cumpriam os critérios de elegibilidade, nomeadamente a exclusão de doentes em terapêutica sistémica (exceto acitretina e PUVA) ou sob fármacos imunossupressores para o tratamento da psoríase, exceto se interrompidos 6 meses antes do potencial recrutamento para o estudo. Os fármacos imunossupressores podem encobrir os sintomas da artrite psoriática tornando o seu rastreio e diagnóstico mais difícil, daí ter sido considerado critério de exclusão. Idealmente o questionário deveria ser aplicado na primeira consulta de dermatologia por psoríase, no entanto, o questionário EARP e os restantes questionários de rastreio foram criados para serem aplicados a todos os doentes com psoríase, independentemente do tratamento prévio. Fazer esta seleção pode ter introduzido algum grau de viés nos resultados, sobrevalorizando a aplicabilidade do questionário.<sup>11</sup>

## 5. CONCLUSÃO

Este estudo destaca a importância do rastreio da artrite psoriática em doentes com psoríase, dado que, na maioria dos casos as lesões cutâneas precedem as manifestações músculo-esqueléticas, constituindo uma oportunidade para o diagnóstico precoce desta patologia. O questionário EARP, tal como outros questionários de rastreio da artrite psoriática são instrumentos fáceis e rápidos de aplicar por dermatologistas e especialistas em medicina geral e familiar, auxiliando na triagem de doentes que merecem referência para consulta de reumatologia. No entanto, tal como a maioria dos testes de rastreio aplicados a doenças com elevada heterogeneidade clínica, a sua precisão fica comprometida, daí que o seu resultado não seja vinculativo e deva ser interpretado e ponderado no contexto clínico individual, não substituindo nunca a observação por um reumatologista para que o diagnóstico definitivo possa ser feito.

Dadas as limitações do estudo não foi possível identificar características clínicas específicas da psoríase de modo a selecionar doentes com maior probabilidade de vir a desenvolver artrite psoriática, no entanto a análise em termos de resultados absolutos permitiu confrontar com a literatura publicada e sensibilizar para a maior necessidade de investigação neste campo da ciência, dada a sua potencial relevância na otimização da abordagem de doentes com psoríase.

## 6. BIBLIOGRAFIA

1. Ritchlin, C., Colbert, R., & Gladman, D. (2017). Psoriatic Arthritis. *The New England journal of medicine*, 376 10, 957-970.
2. Mease P. J. (2011). Psoriatic arthritis: update on pathophysiology, assessment and management. *Annals of the rheumatic diseases*, 70 Suppl 1, i77–i84.
3. Veale, D. J., & Fearon, U. (2018). The pathogenesis of psoriatic arthritis. *Lancet (London, England)*, 391(10136), 2273–2284.
4. Ocampo D, V., & Gladman, D. (2019). Psoriatic arthritis. *F1000Research*, 8, F1000 Faculty Rev-1665.
5. Zachariae H. (2003). Prevalence of joint disease in patients with psoriasis: implications for therapy. *American journal of clinical dermatology*, 4(7), 441–447.
6. Haroon, M., Gallagher, P., & FitzGerald, O. (2015). Diagnostic delay of more than 6 months contributes to poor radiographic and functional outcome in psoriatic arthritis. *Annals of the rheumatic diseases*, 74(6), 1045–1050.
7. Irigorri, N., Hazlewood, G., Manns, B., Danthurebandara, V., & Spackman, E. (2019). Psoriatic arthritis screening: a systematic review and meta-analysis. *Rheumatology (Oxford, England)*, 58(4), 692–707.
8. Tinazzi, I., Adami, S., Zanolin, E. M., Caimmi, C., Confente, S., Girolomoni, G., Gisondi, P., Biasi, D., & McGonagle, D. (2012). The early psoriatic arthritis screening questionnaire: a simple and fast method for the identification of arthritis in patients with psoriasis. *Rheumatology (Oxford, England)*, 51(11), 2058–2063.
9. Haddad, A., Feld, J., & Zisman, D. (2019). The Performance of Psoriatic Arthritis Screening Questionnaires in Patients with Psoriasis. *The Journal of rheumatology*, 46(12), 1643–1645.
10. Villani, A. P., Rouzaud, M., Sevrain, M., Barnetche, T., Paul, C., Richard, M. A., Beylot-Barry, M., Misery, L., Joly, P., Le Maitre, M., Aractingi, S., Aubin, F., Cantagrel, A., Ortonne, J. P., & Jullien, D. (2015). Prevalence of undiagnosed psoriatic arthritis among psoriasis patients: Systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 73(2), 242–248.
11. Jo, S. J., Foley, P., Oakley, S. P., Zhang, J., Zheng, M., Shin, K., McGonagle, D., Gisondi, P., Tinazzi, I., Butcher, B. E., & Handel, M. (2019). Initial assessment of the early arthritis for psoriatic patients diagnostic questionnaire in dermatology

- clinics in Australia, Korea and China. *International journal of rheumatic diseases*, 22(8), 1512–1520.
12. Haroon, M., Kirby, B., & FitzGerald, O. (2013). High prevalence of psoriatic arthritis in patients with severe psoriasis with suboptimal performance of screening questionnaires. *Annals of the rheumatic diseases*, 72(5), 736–740.
  13. Burlando, M., Cozzani, E., Schiavetti, I., Cicchelli, S., Repetto, M., Rossotto, G., Scaparro, E., & Parodi, A. (2020). The STRIPP questionnaire (Screening Tool for Rheumatologic Investigation in Psoriatic Patients) as a new tool for the diagnosis of early psoriatic arthritis. *Giornale italiano di dermatologia e venereologia: organo ufficiale, Societa italiana di dermatologia e sifilografia*, 155(3), 294–298.
  14. Walsh, J. A., Callis Duffin, K., Krueger, G. G., & Clegg, D. O. (2013). Limitations in screening instruments for psoriatic arthritis: a comparison of instruments in patients with psoriasis. *The Journal of rheumatology*, 40(3), 287–293.
  15. Mishra, S., Kancharla, H., Dogra, S., & Sharma, A. (2017). Comparison of four validated psoriatic arthritis screening tools in diagnosing psoriatic arthritis in patients with psoriasis (COMPAQ Study). *The British journal of dermatology*, 176(3), 765–770.
  16. Coates, L. C., Savage, L., Waxman, R., Moverley, A. R., Worthington, S., & Helliwell, P. S. (2016). Comparison of screening questionnaires to identify psoriatic arthritis in a primary-care population: a cross-sectional study. *The British journal of dermatology*, 175(3), 542–548.
  17. Coates, L. C., Aslam, T., Al Balushi, F., Burden, A. D., Burden-Teh, E., Caperon, A. R., Cerio, R., Chattopadhyay, C., Chinoy, H., Goodfield, M. J., Kay, L., Kelly, S., Kirkham, B. W., Lovell, C. R., Marzo-Ortega, H., McHugh, N., Murphy, R., Reynolds, N. J., Smith, C. H., Stewart, E. J., ... Helliwell, P. S. (2013). Comparison of three screening tools to detect psoriatic arthritis in patients with psoriasis (CONTEST study). *The British journal of dermatology*, 168(4), 802–807.
  18. Savage, L., Tinazzi, I., Zabotti, A., Laws, P. M., Wittmann, M., & McGonagle, D. (2020). Defining Pre-Clinical Psoriatic Arthritis in an Integrated Dermato-Rheumatology Environment. *Journal of clinical medicine*, 9(10), 3262.
  19. Gladman, D. D., Antoni, C., Mease, P., Clegg, D. O., & Nash, P. (2005). Psoriatic arthritis: epidemiology, clinical features, course, and outcome. *Annals of the rheumatic diseases*, 64 Suppl 2(Suppl 2), ii14–ii17.
  20. Dominguez, P. L., Husni, M. E., Holt, E. W., Tyler, S., & Qureshi, A. A. (2009). Validity, reliability, and sensitivity-to-change properties of the psoriatic arthritis screening and evaluation questionnaire. *Archives of dermatological research*, 301(8), 573–579.

21. Scher, J. U., Ogdie, A., Merola, J. F., & Ritchlin, C. (2019). Preventing psoriatic arthritis: focusing on patients with psoriasis at increased risk of transition. *Nature reviews. Rheumatology*, *15*(3), 153–166.
22. Zabotti, A., De Lucia, O., Sakellariou, G., Batticciotto, A., Cincinelli, G., Giovannini, I., Idolazzi, L., Maioli, G., Tinazzi, I., Aletaha, D., De Vita, S., Marchesoni, A., Smolen, J., Iagnocco, A., McGonagle, D., & Caporali, R. (2021). Predictors, Risk Factors, and Incidence Rates of Psoriatic Arthritis Development in Psoriasis Patients: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis. *Rheumatology and therapy*, *8*(4), 1519–1534.
23. Amin, M., Lee, E. B., Tsai, T. F., & Wu, J. J. (2020). Psoriasis and Co-morbidity. *Acta dermato-venereologica*, *100*(3), adv00033.
24. Wilson, F. C., Icen, M., Crowson, C. S., McEvoy, M. T., Gabriel, S. E., & Kremers, H. M. (2009). Incidence and clinical predictors of psoriatic arthritis in patients with psoriasis: a population-based study. *Arthritis and rheumatism*, *61*(2), 233–239.
25. Egeberg, A., Skov, L., Zachariae, C., Gislasen, G. H., Thyssen, J. P., & Mallbris, L. (2018). Duration of Psoriatic Skin Disease as Risk Factor for Subsequent Onset of Psoriatic Arthritis. *Acta dermato-venereologica*, *98*(6), 546–550.
26. Christophers, E., Barker, J. N., Griffiths, C. E., Daudén, E., Milligan, G., Molta, C., Sato, R., & Boggs, R. (2010). The risk of psoriatic arthritis remains constant following initial diagnosis of psoriasis among patients seen in European dermatology clinics. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology: JEADV*, *24*(5), 548–554.
27. Iragorri, N., Hazlewood, G., Manns, B., Bojke, L., Spackman, E., & Early Detection to Improve Outcome in People With Undiagnosed Psoriatic Arthritis Study Group (2021). Model to Determine the Cost-Effectiveness of Screening Psoriasis Patients for Psoriatic Arthritis. *Arthritis care & research*, *73*(2), 266–274.
28. Bossuyt, P. M., Irwig, L., Craig, J., & Glasziou, P. (2006). Comparative accuracy: assessing new tests against existing diagnostic pathways. *BMJ (Clinical research ed.)*, *332*(7549), 1089–1092.

## **7. ANEXOS**

### **7.1 ANEXO I**

#### **Caderno de Recolha de Dados**

**Check AP: Prevalência de artrite psoriática e avaliação do desempenho de um questionário de rastreio de artrite psoriática numa população de doentes Portugueses com psoríase e acompanhados por um Dermatologista**

**Nome do participante**

---

**ID**

---

Data da versão do documento:

7 de maio de 2021

## I – Critérios de elegibilidade

- A. Critérios de inclusão (participantes devem cumprir todos os seguintes critérios)**
1. Doentes com diagnóstico de psoríase e que sejam acompanhados por um dermatologista num dos 8 centros portugueses participantes (privado e público);
  2. Indivíduos do sexo masculino ou feminino  $\geq 18$  anos;
  3. Compreensão da língua Portuguesa;
  4. Consentimento informado assinado e obtido antes da realização de qualquer atividade relacionada com o estudo.
- B. Critérios de exclusão (participantes não devem cumprir nenhum dos seguintes critérios)**
1. Doentes em terapêutica sistémica (exceto: acitretina e PUVA);
  2. Imunossuppressores, a não ser que a terapêutica tenha sido interrompida 6 meses antes.

## II – 1ª fase de recolha de dados (efetuada pelo(a) Dermatologista)

ID \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (DD/MM/AAAA)

### Identificação

**Sexo:** Masculino ( ) Feminino ( )

**Idade:** \_\_\_\_\_ anos

### **Local de Recrutamento:**

Consulta de Dermatologia do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental \_\_\_\_\_

Consulta de Dermatologia do Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte \_\_\_\_\_

Consulta de Dermatologia do Hospital CUF Descobertas \_\_\_\_\_

Consulta de Dermatologia do Hospital Lusíadas Lisboa \_\_\_\_\_

Consulta de Dermatologia do Centro Hospitalar Baixo Vouga \_\_\_\_\_

Consulta de Dermatologia do Centro Hospitalar Leiria \_\_\_\_\_

Consulta de Dermatologia do Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto \_\_\_\_\_

Consulta de Dermatologia do Instituto Médico de Estudos Imunológicos, Porto \_\_\_\_\_

### **Assinou consentimento informado**

**Sim** \_\_\_\_\_ **Não** \_\_\_\_\_

**Data da assinatura do consentimento Informado:** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

## **Dados Sociodemográficos**

### **> Escolaridade**

---

**1. Indique o nível de instrução/escolaridade mais alto que completou:**

Doutoramento ( )

Mestrado ( )

Licenciatura ( )

Ensino secundário (10 a 12 anos de estudo) ou curso técnico ( )

Antigo Liceu ou 3º ciclo do ensino básico (9 anos de estudo) ( )

Antigo ciclo preparatório ou 2º ciclo do ensino básico (6 anos de estudo) ( )

Ensino primário completo ou 1º ciclo do ensino básico (4 anos de estudo) ( )

Ensino primário incompleto (com um ou dois anos de escola primária, que sabem ler) ( )

Analfabetismo ( )

Não sabe/Não responde ( )

**2. Anos de estudo completos: \_\_\_\_\_ anos.**

### **> Situação Profissional**

---

**3. Qual a sua condição profissional atual:**

Trabalhador ativo a tempo inteiro ( )

Trabalhador ativo a tempo parcial ( )

Doméstico(a) ( )

Reformado(a) ( )

Estudante ( )

Com incapacidade laboral temporária ( )

Não sabe/Não responde ( )

**3.1. Se na pergunta 3 respondeu “reformado”, responder ao seguinte:**

Qual o ano em que se reformou? \_\_\_\_\_ (AAAA)

Está reformado por doença? Sim ( ) Não ( ) Não sabe/Não responde ( )

**Se sim:**

**3.1.1 Qual a doença?**

\_\_\_\_\_

**3.2. Se na pergunta 3 respondeu “desempregado”, responder ao seguinte:**

Qual o ano em que ficou desempregado? \_\_\_\_\_ (AAAA)

Ficou desempregado devido a uma doença que sofreu/sofre?

Sim ( ) Não ( ) Não sabe/Não responde ( )

**Se sim:**

**3.3.1. Qual a doença?** \_\_\_\_\_

**3.3. Se na pergunta 3 respondeu “trabalhador ativo”, responder ao seguinte:**

Quantas horas trabalha por semana? \_\_\_\_\_ h/semana

Qual o seu grupo Profissional?

Membros das forças Armadas ( )

Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas ( )

Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas ( )

Operadores de instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem ( )

Pessoal Administrativo e Similares ( )

Pessoal dos Serviços e Vendedores ( )

Quadros Superiores da A.P, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa ( )

Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio ( )

Trabalhadores não Qualificados ( )

Não sabe/Não responde ( )

**4. Profissão:** \_\_\_\_\_

## **Dados Antropométricos**

### **5. Indique o peso e altura:**

Peso \_\_\_\_\_ Kg

Altura \_\_\_\_\_ cm

## **Psoríase**

### **6. Qual a data de diagnóstico de psoríase?**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (DD/MM/AAAA)

### **7. Faz terapêutica para a psoríase?**

Não ( ) Sim ( ) Não sabe ( ) Não responde ( )

### **8. Se sim, qual a terapêutica para a psoríase que faz?**

---

### **9. Subtipos de Psoríase (de acordo com morfologia)**

- Em placas \_\_\_\_\_
- Gutata \_\_\_\_\_
- Eritrodérmica \_\_\_\_\_
- Postular \_\_\_\_\_

### **9.1. Subtipos de Psoríase (de acordo com local anatómico)**

- Couro cabeludo \_\_\_\_\_
- Palmoplantar \_\_\_\_\_
- Genital \_\_\_\_\_
- Unhas \_\_\_\_\_
- Anal \_\_\_\_\_

### **10. % Total body surface area: \_\_\_\_\_**

(<http://derma-tools.com/index.php/bsa-calculator.html>)

## 11. NAPSI Unha alvo



**NAPSI score para psoríase na matriz ungueal \_\_\_\_\_**

(*Pitting* irregular, leuconíquia, destruição ungueal ou pontos vermelhos na lúnula)

- 0 = inexistente
- 1 = presente em 1/4 da unha
- 2 = presente em 2/4 da unha
- 3 = presente em 3/4 da unha
- 4 = presente em 4/4 da unha



**NAPSI score para psoríase no leito ungueal \_\_\_\_\_**

(Hiperqueratose subungueal, mancha de óleo, onicólise ou hemorragias *splinter*)

- 0 = inexistente
- 1 = presente em 1/4 da unha
- 2 = presente em 2/4 da unha
- 3 = presente em 3/4 da unha
- 4 = presente em 4/4 da unha

## 12. PASI

Para calcular o índice de extensão e gravidade da psoríase (PASI), o corpo é dividido em 4 secções, e cada uma é pontuada, individualmente: cabeça (C) – 10% do total da superfície cutânea; membros superiores (MS) – 20%; tronco (T) – 30%; membros inferiores (MI) – 40%.

Determinação da percentagem de área afectada (P) por secção:

Área afectada (%)	Pontuação
0%	0
< 10%	1
10-29%	2
30-49%	3
50-69%	4
70-89%	5
90-100%	6

Determinação da gravidade por secção: são avaliados 3 parâmetros: Eritema (E), Descamação (D), Infiltração das lesões (I). Para cada parâmetro, atribui-se uma pontuação:

Gravidade	Pontuação
Nenhuma	0
Alguma	1
Moderada	2
Severa	3
Máxima	4

$$PASI\ score = 0,1xPCx(EC+DC+IC) + 0,2xPMSx(EMS+DMS+IMS) + 0,3xPTx(ET+DT+IT) + 0,4xPMIx(EMI+DMI+IMI)$$

PASI score: \_\_\_\_\_

### 13. índice de qualidade de vida – Dermatologia (DLQI)

1	Na última semana sentiu a pele <b>irritada e mais sensível, comichão</b> ou <b>sensação de picadas</b> ?	Muito Bastante Um pouco Nada	• • • •	
2	Na última semana sentiu-se <b>embaraçado(a)</b> ou <b>incomodado(a)</b> por causa do estado da sua pele?	Muito Bastante Um pouco Nada	• • • •	
3	Na última semana até que ponto o seu problema de pele prejudicou a sua vida normal ( <b>fazer compras, cuidar da casa, tratar das plantas, etc.</b> )?	Muito Bastante Um pouco Nada	• • • •	Não aplicável <input type="checkbox"/>
4	Na última semana a escolha da <b>roupa</b> que usou teve que ver com o estado da sua pele?	Muito Bastante Um pouco Nada	• • • •	Não aplicável <input type="checkbox"/>
5	Na última semana até que ponto o seu problema de pele afetou o <b>convívio com outras pessoas</b> ou mesmo os seus <b>tempos livres</b> ?	Muito Bastante Um pouco Nada	• • • •	Não aplicável <input type="checkbox"/>

6	Na última semana até que ponto o seu problema de pele o(a) impediu de praticar <b>desporto</b> ?	Muito Bastante Um pouco Nada	• • • •	Não aplicável <input type="checkbox"/>
7	Na última semana o seu problema de pele impediu-o(a) de <b>trabalhar</b> ou <b>estudar</b> ?	Sim Não	• •	Não aplicável <input type="checkbox"/>
	<i>Se a sua resposta foi NÃO, até que ponto a sua pele foi problema no <b>trabalho</b> ou na <b>escola</b>?</i>	Bastante Um pouco Nada	• • •	
8	Na última semana o estado da sua pele criou-lhe problemas no relacionamento com <b>colegas de trabalho, o/a seu/sua companheiro(a), alguns amigos próximos ou familiares</b> ?	Muito Bastante Um pouco Nada	• • • •	Não aplicável <input type="checkbox"/>
9	Na última semana até que ponto o seu problema de pele afetou a sua <b>vida sexual</b> ?	Muito Bastante Um pouco Nada	• • • •	Não aplicável <input type="checkbox"/>
10	Na última semana até que ponto os <b>tratamentos</b> para a sua pele lhe criaram problemas, por exemplo de sujar a casa ou lhe tomarem demasiado tempo?	Muito Bastante Um pouco Nada	• • • •	Não aplicável <input type="checkbox"/>

#### 14. Questionário EARP

Questões	Sim	Não
1. Tem dores nas articulações?	1	0
2. Nos últimos três meses, tomou medicamentos anti-inflamatórios* pelo menos duas vezes por semana?	1	0
3. Acorda espontaneamente durante a noite devido a dores no fundo das costas?	1	0
4. Ao acordar, sente dificuldade em abrir e fechar as mãos, por prisão dos movimentos, por mais de 30 minutos?	1	0
5. Os seus pulsos ou dedos das mãos costumam doer?	1	0
6. Os seus pulsos ou dedos das mãos costumam inchar?	1	0

7. Pelo menos um dos seus dedos mãos ou dos pés dói e fica inchado durante 3 dias ou mais?	1	0
8. A região traseira do seu tornozelo (tendão de Aquiles) costuma inchar?	1	0
9. Costuma ter dores nos pés ou tornozelos?	1	0
10. Costuma ter dores nos cotovelos ou ancas?	1	0

\* Se existir confusão em relação ao que são medicamentos anti-inflamatórios, considerar os seguintes exemplos de medicamentos anti-inflamatórios: Naproxeno, Ibruprofeno, Diclofenac.

### III – 2ª fase de recolha de dados (efetuada pelo(a) Reumatologista)

**Algum médico, algum dia, lhe fez o diagnóstico de artrite psoriática?**

Não ( ) Sim ( ) Não sabe ( ) Não responde ( )

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (DD/MM/AAAA)

**É seguido numa consulta de Reumatologia?**

Não ( ) Sim ( )

**Se sim, quem é o médico assistente que orienta o seu seguimento?**

\_\_\_\_\_

**Se tem diagnóstico de artrite psoriática, faz terapêutica para artrite psoriática ?**

Não ( ) Sim ( ) Não sabe ( ) Não responde ( )

**Se sim, qual a terapêutica para a artrite psoriática que faz?**

\_\_\_\_\_

**Tem ou teve alguma dor e/ou inchaço nas articulações que durasse mais de 2 semanas?**

Não ( ) Sim ( ) Não sabe ( ) Não responde ( ) **Se sim quando**

**começaram as queixas? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_**

**Tem ou teve alguma dor lombar que durasse cerca de 3 meses?**

Não ( ) Sim ( ) Não sabe ( ) Não responde ( )

**Se sim quando começaram as queixas? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_**

**Para o reumatologista (fazer história clínica e avaliação)**

**Suspeita que este doente tenha artrite psoriática?**

Não ( ) Sim ( ) Não sabe ( ) Não responde ( )

Se sim, segue preenchimentos em baixo:

**Critérios de classificação**

**ASAS (Espondilartrite axial/periférica)**

	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Raquiálgia com duração ≥ 3 meses e de início <45 anos		
Sacroilite imagiológica (Rx, RM)		
HLA-B27 positivo		
História de Raquiálgia inflamatória		
Artrite		
Entesite (qualquer uma)		
Entesite (calcanhar)		
Dactilite		
Uveíte		
Psoríase		
Doença inflamatória intestinal (Crohn, Colite Ulcerosa)		
Boa resposta a AINEs		
História familiar de Espondilartrite		
PCR elevada		
Infecção previa		

**Critério Espondilartrite Axial:** Não ( ) Sim ( )

**Critério Espondilartrite Periférica:** Não ( ) Sim ( )

**CASPAR**

	Sim	Não
Doença inflamatória articular estabelecida (articular, axial ou entesopática)		
Psoríase actual		
História pessoal de psoríase		
História familiar de psoríase		
Alterações ungueais típicas de psoríase		
Dactilite (actual ou prévia)		
Neoformação óssea justa-articular		
Factor reumatóide negative		

**Critério CASPAR de artrite psoriática:** Não ( ) Sim ( )

**Contagem de Entesites (SPARCC)****MASES**

Direita	Localização	Esquerda
	Inserção do supraespinhoso na grande tuberosidade do humero	
	Epitróclea	
	Epicôndilo	
	Grande trocanter	
	Polo superior da Rótula	
	Polo Inferior da Rótula	
	Inserção Tendão Aquiles	
	Inserção da Fáschia Plantar	

**Total de Entesites: \_\_\_\_\_ (0-16)**

Articulações

Consulta: 1 de 1, registada em 2013-09-15      Consultas: 2013-09-15 14:05      Voltar

N.º: 2      Idade: 63      Imprimir

VS:  mm/1ª hr      DAS28 3V:       DAS28 3V PCR:

PCR:  Unidades:        Valor não determinado por estar abaixo do limite de detecção. Indique o limite de detecção:

**Articulações dolorosas**      **Articulações tumefactas**      **Articulações não avaliáveis**

Dir      Esq      Dir      Esq      Dir      Esq

Sem Articulações Dolorosas (DAS28)       Sem Articulações Tumefactas (DAS28)

N.º de Articulações Dolorosas DAS28:       N.º de Articulações Tumefactas DAS28:       Guardar

Valor digitado manualmente       Valor digitado manualmente

DAPSA score: \_\_\_\_\_

DAS28 score: \_\_\_\_\_

BASDAI índice: \_\_\_\_\_

### Dor

Como avalia a sua dor na coluna (pescoço, costas, região lombar e nadequeira), nas últimas 48 horas?

Nenhuma										Muito intensa				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				

Como avalia a sua dor à noite, na coluna (pescoço, costas, região lombar e nadegueira), nas últimas 48 horas?

---

Nenhuma						Muito intensa				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Como avalia a sua dor nas articulações (fora da coluna), nas últimas 48 horas?

---

Nenhuma						Muito intensa				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

### Avaliação Global da Doença

De um modo geral, como avalia a atividade da sua doença na última semana?

---

Nenhuma						Muito intensa				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Avaliação da atividade da doença pelo médico (0-10):

---

Nenhuma						Muito intensa				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Como descreveria, em geral, a fadiga/ o cansaço que tem sentido?

---

Nenhuma						Muito intensa				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**Como descreveria, em geral, a dor que tem tido no pescoço, nas costas ou na anca, devido à doença?**

Nenhuma										Muito intensa
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**Como descreveria, em geral, a dor / o inchaço que tem tido nas articulações, com exceção do pescoço, das costas e da anca?**

Nenhuma										Muito intensa
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**Como descreveria, em geral, o desconforto sentido quando toca ou carrega em zonas que doem?**

Nenhuma										Muito intensa
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**Como descreveria, em geral, a intensidade da rigidez matinal que tem tido desde que acorda?**

Nenhuma										Muito intensa
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**Quando tempo dura a rigidez matinal desde que acorda?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0 horas		½ hora			1 hora		1 ½ hora			2 ou mais horas

**Necessita de pedir exames complementares?**

Não ( ) Sim ( ) Não sabe ( ) Não responde ( )

**Se sim,**

Indique quais e proceda ao pedido:

**Análises**

Hemograma completo com plaquetas \_\_\_\_\_

VS \_\_\_\_\_

PCR \_\_\_\_\_

AST \_\_\_\_\_

ALT \_\_\_\_\_

Creatinina \_\_\_\_\_

Ra test \_\_\_\_\_

Anti-ccps \_\_\_\_\_

Tipagem HLA B27 \_\_\_\_\_

**Rnm**

RNM sacroilíacas \_\_\_\_\_

RNM coluna lombar \_\_\_\_\_

RNM coluna dorsal \_\_\_\_\_

RNM coluna cervical \_\_\_\_\_

**Radiografias**

Mãos 2pp \_\_\_\_\_

Pés 2pp \_\_\_\_\_

Joelhos em carga 2pp \_\_\_\_\_

Bacia ap \_\_\_\_\_

Coluna lombar 2 pp \_\_\_\_\_

Coluna dorsal 2pp \_\_\_\_\_

Coluna cervical 2pp \_\_\_\_\_

**O doente tem artrite psoriática?**

Não ( ) Sim ( ) Não sabe ( ) Não responde ( )

**Se sim, diga o grau de confiança que tem no diagnóstico**

---

Nenhuma confiança											Muita confiança	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

---

## 7.2 ANEXO II

# Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para Participação em Investigação

*Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.*

**Título do estudo:** Check AP: Prevalência de artrite psoriática e avaliação do desempenho de um questionário de rastreio de artrite psoriática numa população de doentes Portugueses com psoríase e acompanhados por um Dermatologista.

**Promotor:** *NOVA Medical School*

**Investigadores:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elsa Sousa  
Dr.<sup>a</sup> Joana Antunes  
Dr. Miguel Alpalhão  
Dra. Carolina Matos

**E-mail:** [contactcenter@chln.min-saude.pt](mailto:contactcenter@chln.min-saude.pt)

**Tel.:** 21 780 5000

**Enquadramento:** É convidado(a) a participar voluntariamente num estudo da *NOVA Medical School* e que irá realizar-se no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Hospital CUF Descobertas, Hospital Lusíadas Lisboa, Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Centro Hospitalar de Leiria, Instituto Médico de Estudos Imunológicos e Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto. Para que possa decidir se deseja ou não participar neste estudo, deve compreender quais os seus objetivos,

potenciais riscos e benefícios, por forma a tomar uma decisão consciente. Todas estas informações estão presentes neste formulário designado por termo de consentimento informado. Leia atentamente este formulário e coloque à equipa do estudo todas as perguntas que considere necessárias.

A equipa de investigação irá esclarecer qualquer dúvida que tenha sobre este estudo, bem como quaisquer outras informações que julgue necessárias. Irá receber uma cópia deste termo de consentimento informado para rever com calma e solicitar aconselhamento de familiares e amigos, se assim o desejar.

Depois de compreender a finalidade deste estudo e se desejar participar, ser-lhe-á solicitado que assine este documento.

**Explicação do estudo:** Este estudo tem por objetivo estimar a prevalência de artrite psoriática em doentes com psoríase que estejam a ser seguidos em consulta de dermatologia.

A população deste estudo será constituída por pessoas com idade igual ou superior a 18 anos; com diagnóstico de psoríase e acompanhados por um dermatologista num dos seis centros participantes; que tenham a capacidade de entender Português; e disponibilidade para participar e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

Caso aceite participar no estudo, irá responder a um questionário em consulta de dermatologia e será convidado a ir a uma consulta de reumatologia (gratuita), onde será avaliado para a identificação de existência de artrite psoriática. Caso o reumatologista considere necessário, poderá ser convidado a realizar análises, radiografias e ressonância magnética (gratuitos) para confirmar ou infirmar o diagnóstico de artrite psoriática.

O estudo tem uma duração prevista de 6 meses e terminará assim que estiverem incluídos 300 doentes.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da *NOVA Medical School* da Universidade NOVA de Lisboa e pela Comissão de Ética para a Saúde do Centro Académico de Medicina de Lisboa, que consistem num grupo de pessoas independentes, incluindo indivíduos com e sem formação médica, que avaliam

o protocolo do estudo verificando se são fornecidas as informações completas aos participantes e avaliam a existência de riscos para os mesmos.

A sua participação neste estudo é voluntária, podendo recusar-se a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem qualquer tipo de penalização por este facto. Não será remunerado pela participação e não haverá qualquer custo para o participante pela sua participação neste estudo. No âmbito desta investigação, não estão previstos quaisquer prejuízos ou riscos para si.

**Confidencialidade:** Ao consentir a sua participação neste estudo, está a autorizar que os seus dados pessoais e de saúde sejam tratados confidencialmente de acordo com a lei, com os regulamentos e com as normas aprovadas pela Comissão de Ética da *NOVA Medical School* e pela Comissão Nacional da Proteção de Dados. Por forma a garantir a confidencialidade dos seus dados, ser-lhe-á atribuído um código de identificação não relacionável com os seus dados pessoais. Os dados recolhidos, serão transcritos, já pseudoanonimizados, para uma base de dados eletrónica, num computador da *NOVA Medical School*. Apenas a equipa de investigação terá acesso aos dados.

Caso tenha dúvidas sobre a forma como os seus dados pessoais são tratados, para saber mais sobre os seus direitos no âmbito da proteção de dados, pode entrar em contacto com o Encarregado de Proteção de Dados do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte através do endereço de email: [dpo@chln.min-saude.pt](mailto:dpo@chln.min-saude.pt).

Caso considere que os seus dados não estão a ser objeto de tratamento legítimo, pode, a todo o momento, apresentar uma reclamação junto da autoridade competente, a Comissão Nacional de Proteção de Dados ([www.cnpd.pt](http://www.cnpd.pt)).

Os resultados deste estudo serão publicados na literatura médica. A publicação dos dados será anónima e agregada, em termos de percentagens ou dados numéricos, e nunca individualmente.

## Declaração de Consentimento Informado

Eu \_\_\_\_\_ portador do documento de identificação nº (cartão do cidadão/Passaporte)

\_\_\_\_\_ declaro que é da minha vontade participar no estudo "Check AP: Prevalência de artrite psoriática e avaliação do desempenho de um questionário de rastreio de artrite psoriática numa população de doentes Portugueses com psoríase e acompanhados por um Dermatologista". Declaro que tomei conhecimento dos detalhes do estudo e concordo com a sua realização.

Declaro ainda que me foi dado conhecimento da partilha dos meus dados pessoais com a NOVA Medical School. A minha participação neste estudo é voluntária, e posso recusar-me a participar ou interromper a minha participação a qualquer momento, sem qualquer tipo de penalização, nem alteração na prestação de cuidados médicos por este facto.

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Assinatura do indivíduo ou do seu representante legal  
(de acordo com o Cartão do Cidadão)

## Declaração do investigador

Li com precisão a folha de informações para o participante e certifiquei-me de que este entende o propósito do estudo. Confirmo que foi dada ao participante a oportunidade de colocar todas as questões sobre o estudo que todas elas foram respondidas adequadamente. Confirmo que a pessoa em causa não foi coagida a prestar o seu consentimento e que este foi dado voluntariamente e de livre vontade.

Uma cópia deste documento foi fornecida ao participante.

---

Data

---

Nome do médico/investigador

---

Assinatura do médico/investigador