

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INFECÇÃO HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS
MESTRADO PROFISSIONAL – PPGHIV/HV**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Avaliação do perfil clínico, epidemiológico e laboratorial dos
pacientes com HIV e psoríase entre os anos de 2003 e 2019
do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle.**

Michelle Zolet

RIO DE JANEIRO

2022

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INFECÇÃO HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS
MESTRADO PROFISSIONAL – PPGHIV/HV

**Avaliação do perfil clínico, epidemiológico e laboratorial dos
pacientes com HIV e psoríase entre os anos de 2003 e 2019 do
Hospital Universitário Gaffrée e Guinle.**

Michelle Zolet

Sob Orientação do Professor
Dr. Antonio Macedo D’Acri

Dissertação submetida como requisito
parcial para obtenção do Grau de Mestre em
Infecção HIV/AIDS e Hepatites Virais na
Área de Doenças Infecciosas e Parasitárias.

RIO DE JANEIRO

2022

Catálogo informatizada pelo(a) autor(a)

Zz86 Zolet, Michelle
Avaliação do perfil clínico, epidemiológico e laboratorial dos pacientes com HIV e psoríase entre os anos de 2003 e 2019 do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle / Michelle Zolet. -- Rio de Janeiro, 2022.
53f

Orientador: Antonio Macedo D'Acri.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Infecção HIV/AIDS e Hepatites Virais, 2022.

1. psoríase. 2. HIV/AIDS. 3. pele. I. Macedo D'Acri, Antonio, orient. II. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INFECÇÃO HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS
MESTRADO PROFISSIONAL – PPGHIV/HV

MICHELLE ZOLET

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em **Infecção HIV/AIDS e Hepatites Virais** na Área de **DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS.**

DISSERTAÇÃO APROVADA EM 04/04/2022.

Prof. Dr. Antônio Macedo D’Acri.
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro/UNIRIO.

Prof.a Dr.a Maria Inês Fernandes Pimentel.
Fundação Oswaldo Cruz.

Prof. Dr. Claudio José de Almeida Tortori.
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro/UNIRIO.

Prof. Dr. Marcelo Rosandiski Lyra.
Fundação Oswaldo Cruz (Suplente).

Prof. Dr. Carlos André Bueno Klojda.
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro/UNIRIO (Suplente).

“Disciplina é a ponte entre metas e realizações.”

Jim Rohn

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus que me deu forças para concluir este projeto de forma satisfatória.

Aos meus pais, pilares da minha formação como ser humano.

Ao meu companheiro Fabio, que sempre foi o maior incentivador desse projeto.

À Ivete, por toda a atenção e ajuda prestada no Ambulatório de Imunologia do Hospital.

Ao meu orientador Professor Antonio, por ter assumido essa função e me conduzido com sabedoria e resiliência durante períodos difíceis.

Aos funcionários do laboratório de Patologia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, por ter atendido às solicitações com brevidade.

Aos funcionários do Arquivo Médico e Estatística do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle pelo fornecimento do material para a coleta de dados.

“Pesquisar é acordar para o mundo.”

Marcelo Lamy

RESUMO

A psoríase pode ser um marcador de infecção ou de progressão da doença pelo HIV e possui particularidades na apresentação clínica e no manejo terapêutico nesta população. Este trabalho de pesquisa teve como objetivo—avaliar o perfil clínico, epidemiológico e laboratorial dos pacientes com psoríase e infecção pelo vírus HIV do Ambulatório de Imunologia do HUGG entre os anos de 2003 e 2019. Foi realizado um estudo transversal através da revisão de prontuários quanto às variáveis demográficas idade, sexo, raça e ocupação; quanto às variáveis clínicas forma da psoríase, temporalidade entre as enfermidades e tratamentos utilizados; e quanto às variáveis laboratoriais carga viral do vírus HIV e contagem sérica de linfócitos T CD4 e CD8 por ocasião do diagnóstico da psoríase. Os dados coletados foram armazenados em planilhas do Microsoft Excel e calculadas medidas de tendência central e dispersão, teste Quiquadrado e teste de Fisher. A amostra incluiu 9 prontuários, com 88,8% do sexo masculino e 55% com diagnóstico de psoríase após o diagnóstico de infecção pelo HIV. Entre os pacientes com diagnóstico de psoríase anterior ao diagnóstico de HIV, a idade mínima foi 42 anos e a máxima 67 anos (média 60,5; mediana 66,5); os níveis séricos de linfócitos T CD4 foram de 229 no mínimo e 542 células/mm³ no máximo (média 382; mediana 375); linfócitos CD8 de 754 no mínimo e 1661 células/mm³ no valor máximo (média 1196,6; mediana 1175). Entre os pacientes com diagnóstico de psoríase após o diagnóstico do HIV, a idade mínima foi 51 anos e a máxima 69 anos (média 60,2; mediana 58), os níveis séricos de linfócitos T CD4 de 1 até 1315 células/mm³ (média 465,5; mediana 273); linfócitos T CD8 215 a 5848 células/mm³ (média 2029,7; mediana 1028). A maioria (77,7%) estava em uso de terapia antirretroviral. A forma clínica mais comum foi a forma cutânea. Os tratamentos e as ocupações descritas foram variáveis. A correlação entre a presença de psoríase antes e após o diagnóstico do HIV com o uso de terapia antiretroviral gerou $p=0,083$ no teste Quiquadrado e $p=0,813$ no Teste de Fisher, com intervalo de confiança de 95%. A compreensão da dinâmica da psoríase associada a infecção pelo HIV pode levar ao melhor manejo clínico e terapêutico, com consequente ganho na sobrevida e na qualidade de vida desses indivíduos.

Palavras-chave: psoríase, HIV/AIDS, pele.

ABSTRACT

Psoriasis can be a marker of HIV infection or disease progression and has particularities in its clinical presentation and therapeutic management in this population. This research work aimed to evaluate the clinical, epidemiological, and laboratory profiles of patients with psoriasis and HIV infection at the HUGG Immunology Outpatient Clinic between 2003 and 2019. A cross-sectional study was carried out through the review of medical records regarding the demographic variables age, sex, race, and occupation; as for the clinical variables form of psoriasis, temporality between diseases and treatments used; and regarding the laboratory variables HIV viral load and serum count of CD4 and CD8 T lymphocytes at the time of diagnosis of psoriasis. The collected data were stored in Microsoft Excel spreadsheets and measures of central tendency and dispersion, chi-square test, and Fisher's test was calculated. The sample included 9 medical records, with 88.8% male and 55% diagnosed with psoriasis after the diagnosis of HIV infection. Among patients diagnosed with psoriasis before HIV diagnosis, the minimum age was 42 years and the maximum 67 years (mean 60.5; median 66.5); serum levels of CD4 T lymphocytes were minimum 229 and maximum 542 cells/mm³ (mean 382; median 375); CD8 lymphocytes minimum 754 and maximum value of 1661 cells/mm³ (mean 1196.6; median 1175). Among patients diagnosed with psoriasis after HIV diagnosis, the minimum age was 51 years and the maximum 69 years (mean 60.2; median 58), serum CD4 T lymphocyte levels from 1 to 1315 cells/mm³ (mean 465.5; median 273); CD8 T lymphocytes from 215 to 5848 cells/mm³ (mean 2029.7; median 1028). Most (77.7%) were using antiretroviral therapy. The most common clinical form was the cutaneous form. The treatments and occupations described were variable. The correlation between the presence of psoriasis before and after the diagnosis of HIV and the use of antiretroviral therapy generated $p=0.083$ in the chi-square test and $p=0.813$ in the Fisher test, with a confidence interval of 95%. Understanding the dynamics of psoriasis associated with HIV infection can lead to better clinical and therapeutic management, with a consequent gain in survival and quality of life for these individuals. Keywords: psoriasis, HIV/AIDS, skin.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Diagrama 1	Percentual dos participantes com psoríase e HIV diagnosticados no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle entre 2003 e 2019 em relação ao Sexo	23
Diagrama 2	Percentual das ocupações dos indivíduos com psoríase e HIV diagnosticados no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle entre 2003 e 2019	24
Diagrama 3	Formas clínicas de psoríase relatadas nos prontuários dos pacientes com HIV diagnosticados no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle entre 2003 e 2019	25
Diagrama 4	Pacientes com diagnóstico de psoríase antes ou depois do diagnóstico de HIV, Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, 2003 a 2019	26
Diagrama 5	Relação do tipo de artigo com o número de publicações da plataforma LILACS entre os anos de 1986 até 2022.....	39
Diagrama 6	Número de publicações na plataforma PUBMED entre os anos de 1987 e 2022 que relacionam a psoríase com o vírus HIV.....	40
Diagrama 7	Relação do tipo de artigo com o número de publicações da plataforma PUBMED entre os anos de 1987 até 2022.....	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Variáveis dos pacientes com diagnóstico de psoríase antes e após ao diagnóstico da infecção pelo HIV, Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, 2003 a 2019	27
Tabela 2	Características dos pacientes incluindo todos os indivíduos com diagnóstico de HIV e psoríase atendidos no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle de 2003 a 2019	28
Tabela 3	Pacientes com diagnóstico de psoríase antes do diagnóstico da infecção pelo HIV, Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, 2003 a 2019	29
Tabela 4	Características dos pacientes com psoríase antes do diagnóstico de HIV, Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, 2003 a 2019.....	30
Tabela 5	Pacientes com diagnóstico de psoríase após o diagnóstico da infecção pelo HIV, Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, 2003 a 2019	31
Tabela 6	Características dos pacientes com psoríase posterior ao diagnóstico de HIV, Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, 2003 a 2019	32
Tabela 7	Características dos pacientes com psoríase e infecção pelo vírus HIV com comparativo em relação à temporalidade do início da psoríase, Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, 2003 a 2019	33
Tabela 8	Revisões Sistemáticas que relacionam a psoríase com o vírus HIV.....	37
Tabela 9	Trabalhos publicados na plataforma Scielo que relacionam a psoríase e o vírus HIV.....	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i> (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)
CD4	<i>Cluster of differentiation 4</i> (grupamento de diferenciação 4)
CD8	<i>Cluster of differentiation 8</i> (grupamento de diferenciação 8)
CD45R0+	Subgrupo de linfócitos T de memória
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COVID-19	<i>Coronavirus disease</i> (doença do Coronavírus)
CV	Carga viral
DLQI	<i>Dermatology Life Quality Index</i> (Índice de Qualidade de Vida em Dermatologia)
EUA	Estados Unidos da América
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HUGG	Hospital Universitário Gaffré e Guinle
HLA-DR	<i>Class II major human leukocyte antigen histocompatibility complex</i> (Classe II do complexo principal de histocompatibilidade do antígeno leucocitário humano)
IFN- γ	Interferon Gama
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LTCD4	<i>Lymphocyte T helper</i> (linfócito T auxiliar)
LTCD8	<i>Lymphocyte T cytotoxic</i> (linfócito T citotóxico)
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i> (Sistema de Análise e Recuperação de Literatura Médica Online)
PASI	<i>Psoriasis Area and Severity Index</i> (Índice de Severidade e Gravidade da Psoríase por Área)
PUBMED	<i>National Library of Medicine</i> (Biblioteca Nacional de Medicina)
SAME	Serviço de Arquivos Médicos e Estatística

SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i> (Biblioteca Eletrônica Científica On-line)
TARV	Terapia Antirretroviral
Th1	<i>Lymphocyte T helper type 1</i> (Linfócito T auxiliar tipo 1)
Th2	<i>Lymphocyte T helper type 2</i> (Linfócito T auxiliar tipo 2)
TNF	<i>Tumor Necrosis Factor</i> (Fator de necrose tumoral)

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVOS	18
2.1. OBJETIVO GERAL	18
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
3. METODOLOGIA	19
3.1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS	19
3.2. TIPO DE ESTUDO	19
3.3. DESENHO DO ESTUDO	19
3.4. POPULAÇÃO ALVO E POPULAÇÃO DE ESTUDO	19
3.5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	20
3.6. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	20
3.7. VARIÁVEIS	20
3.7.1. Variáveis demográficas	20
3.7.2. Variáveis clínicas	20
3.7.3. Variáveis laboratoriais	21
3.8. COLETA DE DADOS E ARMAZENAMENTO	21
3.9. ASPECTOS ÉTICOS	22
3.10. TABULAÇÃO E ESTATÍSTICA	22
4. RESULTADOS	22
4.1 RESULTADOS GERAIS	23
4.2 RESULTADOS EM RELAÇÃO AOS GRUPOS	28
4.2.1 INDIVÍDUOS COM PSORÍASE ANTERIOR AO DIAGNÓSTICO DE HIV	28
4.2.2 INDIVÍDUOS COM PSORÍASE POSTERIOR AO DIAGNÓSTICO DE HIV .	30
5. DISCUSSÃO	34
6. CONCLUSÕES	43
REFERÊNCIAS.....	44
ANEXO A – ESCALA PASI (Psoriasis Area and Severity Index)	48
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	50

1. INTRODUÇÃO

O vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é um retrovírus do gênero lentivírus que causa a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) (Navarrete-Dechent *et al.*, 2015). São conhecidos dois subtipos, tipo 1 e o tipo 2, sendo o primeiro mais comum e de distribuição mundial, e o segundo, uma variante menos virulenta, prevalente na África Ocidental e Central (Sharp e Hahn, 2011).

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida foi reconhecida pela primeira vez como nova doença em 1981, nos Estados Unidos (EUA) (Centers for Disease Control and Prevention, 1981) e um ano mais tarde no Brasil (Galvão-Castro *et al.*, 1987), devido à associação atípica de sarcoma de Kaposi e pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* em homens (Ruiz, Almeida e Oyafuso, 2003).

As manifestações cutâneas são observadas em 40 a 95% dos pacientes infectados com HIV (Navarrete-Dechent *et al.*, 2015), podendo ser a primeira e, às vezes, a única manifestação que o paciente apresenta no curso da doença (Ruiz, Almeida e Oyafuso, 2003). Permanecem como um dos mais importantes marcadores clínicos da síndrome, podendo atuar como fator preditivo da infecção ou sinal de doença avançada (Castillo, Racaza e Roa, 2014; Ruiz, Almeida e Oyafuso, 2003). Sua frequência e gravidade aumentam à medida que a doença progride e a função imune diminui. As dermatoses nesses pacientes podem apresentar-se de forma atípica, e a resposta terapêutica, inferior à esperada (Montes-Torres *et al.*, 2019).

Os pacientes infectados pelo HIV apresentam uma diminuição do número de células de Langerhans, linfócitos T CD4, células “*natural killer*”, macrófagos e monócitos, podendo justificar o maior número de infecções cutâneas (Navarrete-Dechent *et al.*, 2015). A mudança do perfil de citocinas do linfócito Th1 (linfócito T “*helper*”) para Th2 pode explicar o aparecimento ou a exacerbação de dermatoses não infecciosas, como a dermatite atópica. Ocorrem também inversão da relação LTCD4/LTCD8 (valor normal >1) e ativação policlonal de linfócitos B, com aumento de gamaglobulinas e produção de autoanticorpos e fenômenos autoimunes

(Navarrete-Dechent *et al.*, 2015).

A psoríase é uma afecção crônica que afeta cerca de 2 a 3% da população mundial (Alpalhão, Borges-Costa e Filipe, 2019; Santos *et al.*, 2012; Valenzuela *et al.*, 2018), e 1,31% da população brasileira, segundo o Consenso Brasileiro de Psoríase da Sociedade Brasileira de Dermatologia de 2020. A prevalência da psoríase na infecção pelo HIV não tem um consenso na literatura, sendo que alguns estudos mostram uma prevalência similar a população geral (Navarrete-Dechent *et al.*, 2015), e outros sugerem uma prevalência aumentada nesse grupo, girando em torno de 4 a 6% (Alpalhão, Borges-Costa e Filipe, 2019; Garbe, Husak e Orfanos, 1994). A doença cutânea costuma ser mais intensa, acral, extensa e recalcitrante (Navarrete-Dechent *et al.*, 2015). Há maior frequência também de artrite psoriásica (Parperis *et al.*, 2019). Sua etiologia é multifatorial, com participação de fatores genéticos, autoimunes e ambientais (Santos *et al.*, 2012).

O surgimento tardio da psoríase sem história familiar ou fatores de risco deve instigar o clínico a pensar na investigação da infecção viral (Castillo, Racaza e Roa, 2014; Navarrete-Dechent *et al.*, 2015; Ruiz, Almeida e Oyafuso, 2003), também quando ocorre uma piora repentina de pacientes com psoríase previamente estável (Valenzuela *et al.*, 2018). Duas formas clínicas principais são encontradas: 1) psoríase vulgar ou em placas e a psoríase *gutata*, podendo coexistir no mesmo paciente; 2) dermatite psoriasiforme difusa, frequentemente associada com queratodermia palmoplantar. Ainda, pode se apresentar de forma atípica, como psoríase invertida (Castillo, Racaza e Roa, 2014; Ruiz, Almeida e Oyafuso, 2003). Pacientes com níveis de CD4 menores que 200 células por microlitro são mais propensos a desenvolver psoríase (Boon-Kee Goh BSc (Hons), MBChB, MRCP, Roy KW Chan MBBS, FRCP, Priya Sen BSc (Hons), MBChB, MRCP, Colin TS Theng MBBS, MRCP, Hiok-Hee Tan MBBS, MRCP, Yuan-Jing Wu MSc, Nicholas I. Paton MBChB, 2007). A psoríase pode aparecer em qualquer momento da evolução da imunodeficiência, mas a severidade é proporcional ao grau de imunossupressão, sendo mais grave quando a contagem de CD4 cai abaixo de 100 células por microlitro (Valenzuela *et al.*, 2018).

A psoríase é classicamente reconhecida como um estado pro-inflamatório com

uma super expressão de citocinas do tipo 1 (TNF- α , IL-12, IL-23), e a exacerbação da psoríase em estados de imunossupressão de estágios avançados da infecção pelo HIV sempre foi visto como paradoxal (Duvic, 1990). Entretanto, alguns potenciais mecanismos fisiopatológicos tem sido propostos para explicar essa evidência clínica (Alpalhão, Borges-Costa e Filipe, 2019), como descrito abaixo:

- O tropismo do vírus HIV causa uma depleção de linfócitos T CD4 em relação aos linfócitos T CD8, o que é visto na redução da relação CD4/CD8 (Roederer *et al.*, 1995);

- O aumento da contagem de linfócitos T CD8 é preferencialmente de linfócitos com fenótipo de memória, e uma redução dos linfócitos T CD8 *nãive*, favorecendo um ambiente imune para a doença cutânea (Vissers *et al.*, 2004);

- O aumento de citocinas tipo 2, como IL-4, IL-6 e IL-10, explica a hipergamaglobulinemia que ocorre no paciente HIV, e isso leva a uma diminuição da resposta celular dependente de citocinas do tipo 1 aos microorganismos (Clerici e Shearer, 1994);

- Ocorre também um aumento de citocinas tipo 1, como TNF- α , IL-12, IL-23, nas subpopulações de linfócitos T CD8 na periferia (Chevalier e Weiss, 2013);

- O aumento da liberação de interferon gama induz a expressão do complexo de histocompatibilidade tipo II HLA-DR nos queratinócitos, o que induz a migração de leucócitos para o tecido cutâneo (Baker *et al.*, 1988);

- Superantígenos estreptocócicos e estafilocócicos induzem uma resposta exacerbada pela grande infiltração de leucócitos na pele (Valdimarsson *et al.*, 1995);

- Algumas proteínas virais do HIV, como *nef protein* e a *gp120* também podem agir como superantígenos e contribuir para um ambiente favorável para o surgimento da psoríase (Torres e Johnson, 1994; Townsley-Fuchs *et al.*, 1997).

O tratamento desses pacientes torna-se complexo e delicado. A resposta ao tratamento tópico pode ser pobre e alguns medicamentos devem ser reservados apenas para casos refratários, ou porque são imunossupressores, ou porque podem

provocar reação cruzada (Ruiz, Almeida e Oyafuso, 2003). A escolha do agente terapêutico depende da gravidade da doença e do estado imune do paciente. Agentes tópicos com corticosteroides, calcipotrieno ou a combinação dos dois, são a primeira linha de tratamento para os casos leves a moderados de psoríase, enquanto a fototerapia e os antirretrovirais são recomendados na psoríase moderada a grave (Alpalhão, Borges-Costa e Filipe, 2019; Romiti, Carvalho e Duarte, 2021). Lembrando, que desde o ano de 2013, o início da terapia antirretroviral está indicada para todos os indivíduos com diagnóstico laboratorial de infecção pelo HIV, independente da contagem de linfócitos T CD4 (Brasil, 2018; Saúde, 2021).

Os retinóides orais são a segunda linha de tratamento nesses casos. Quando há maior refratariedade, doença cutânea extensa ou com artrite associada, podem ser considerados outros medicamentos como a ciclosporina, o metotrexate, a hidroxiuréia e os inibidores do fator de necrose tumoral (TNF) (Castillo, Racaza e Roa, 2014; Marques *et al.*, 2010; Merchant, 2015; Romiti, Carvalho e Duarte, 2021).

No Brasil, de 2007 até junho de 2021, foram notificados pelo SINAN 381.793 casos de infecção pelo HIV, sendo 165.247 casos apenas na região Sudeste. Apenas no ano de 2020 foram identificados 32.701 novos casos de infecção pelo HIV e 29.917 casos de AIDS no Brasil. No estado do Rio de Janeiro, foram identificados 3031 casos de infecção pelo HIV em 2020 e 1222 casos em 2021. Casos de AIDS notificados no Estado do Rio de Janeiro foram de 3192 no ano de 2020 e 1414 no ano de 2021 (Saúde, 2021). Com uma população brasileira total estimada pelo IBGE em 2021 de 214.183.669, e no Rio de Janeiro, de 17.515.299 indivíduos (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022), e considerarmos que aproximadamente 1,31% da população brasileira tenha psoríase (Romiti, Carvalho e Duarte, 2021), podemos estimar que aproximadamente 2.805.806 pessoas no Brasil e 229.450 pessoas no Rio de Janeiro, vivam com psoríase.

Considerando que a psoríase é uma doença crônica que pode ser um marcador de infecção ou de progressão da doença pelo HIV e possui particularidades na apresentação clínica e no manejo terapêutico, um estudo do perfil clínico, epidemiológico e laboratorial dos pacientes com as duas enfermidades poderá

contribuir para melhor compreensão da fisiopatologia, e para um melhor manejo clínico dos pacientes, com consequente ganho na qualidade de vida desses indivíduos.

2. OBJETIVOS

2.1.OBJETIVO GERAL

- Avaliar o perfil clínico, epidemiológico e laboratorial dos pacientes portadores do vírus HIV e com psoríase, entre os anos de 2003-2019 no Hospital Universitário Gafrée e Guinle.

2.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Como objetivos específicos deste estudo:

- Avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes com psoríase e HIV, quanto a sexo, idade e ocupação;
- Avaliar a forma clínica da psoríase na apresentação inicial;
- Avaliar a titulação de CD4, CD8 e a carga viral na apresentação inicial da psoríase;
- Avaliar a temporalidade do aparecimento da psoríase, ou seja, se antes ou após o diagnóstico da infecção pelo HIV;
- Avaliar modalidades terapêuticas utilizadas e controle da psoríase, incluindo o uso da terapia antirretroviral e os tratamentos específicos para psoríase.

3. METODOLOGIA

3.1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O trabalho foi realizado durante a pandemia de COVID-19, o que trouxe algumas dificuldades e atrasos no processo metodológico. O acesso ao serviço de arquivos médicos e estatística do serviço foi bloqueado durante vários meses por o Hospital Universitário Gaffrée e Guinle ter se tornado um serviço de referência para os casos de COVID-19 na cidade do Rio de Janeiro.

3.2. TIPO DE ESTUDO

Foi realizado um estudo descritivo retrospectivo do tipo transversal.

3.3. DESENHO DO ESTUDO

Tratou-se de um estudo transversal para avaliar o perfil clínico, epidemiológico e laboratorial dos pacientes portadores do vírus HIV e com psoríase, entre os anos de 2003-2019 matriculados no Ambulatório de Imunologia do HUGG. Foi realizada a revisão dos prontuários dos pacientes do Ambulatório de Imunologia do HUGG entre os anos de 2013 e 2019, quanto às variáveis selecionadas.

3.4. POPULAÇÃO ALVO E POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população alvo do estudo foram os pacientes do Ambulatório de Imunologia do HUGG que foram atendidos a partir do ano de 2003 até o final do ano de 2019.

A população de estudo foi constituída de pacientes que atenderam aos critérios de elegibilidade.

3.5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os critérios de elegibilidade foram pacientes matriculados no HUGG entre os anos de 2003-2019, atendidos no Ambulatório de Imunologia, com diagnóstico laboratorial de infecção pelo vírus HIV e diagnóstico clínico e/ou histopatológico de psoríase, incluindo qualquer forma de psoríase.

3.6. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Os critérios de exclusão foram pacientes matriculados no HUGG entre os anos de 2003-2019, com diagnóstico de HIV, mas sem nenhuma menção no prontuário de diagnóstico de psoríase, tanto clínico como histopatológico.

3.7. VARIÁVEIS

3.7.1. Variáveis demográficas

As variáveis demográficas medidas foram: idade (em anos), sexo (masculino ou feminino) e ocupação.

3.7.2. Variáveis clínicas

As variáveis clínicas avaliadas foram: a forma clínica da psoríase (vulgar, *gutata*, invertida, artrite psoriásica, ou a associação destas); a temporalidade da psoríase em relação ao diagnóstico de HIV; os tratamentos utilizados, incluindo a TARV e os tratamentos específicos para psoríase, tanto tópicos como sistêmicos.

3.7.3. Variáveis laboratoriais

As variáveis laboratoriais avaliadas foram: a carga viral do vírus HIV, a contagem sérica de linfócitos T do tipo CD4 e a contagem de linfócitos do tipo T CD8 dos pacientes portadores de HIV por ocasião do diagnóstico de psoríase nos pacientes que iniciaram o quadro cutâneo após a infecção pelo vírus HIV e no momento do diagnóstico da infecção viral nos pacientes que iniciaram o quadro cutâneo antes da infecção pelo vírus HIV.

3.8. COLETA DE DADOS E ARMAZENAMENTO

Os prontuários foram solicitados ao SAME (Serviço de Arquivos Médicos e Estatística) do Hospital após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, através do parecer consubstanciado nº 4.816.546 (ANEXO B). A listagem de prontuários foi obtida de um cadastro já existente no Ambulatório de Imunologia, considerando as duas enfermidades em questão. Essa listagem incluiu onze prontuários de pacientes. A coleta de dados pode ser iniciada apenas após a liberação da entrada de estudantes pela instituição, que foi bloqueada no primeiro ano da pandemia de COVID-19.

Ainda, foi solicitado ao Serviço de Patologia do HUGG todos os laudos histopatológicos com diagnóstico de psoríase, independente da forma, entre os anos de 2003 a 2019, para o possível encontro de pacientes com HIV que não estivessem matriculados no Ambulatório de Imunologia, o que resultou em uma adição de 65 prontuários para avaliação.

Todos os prontuários e todos os laudos histopatológicos foram avaliados pelo mesmo examinador em relação às variáveis descritas anteriormente durante o ano de 2021.

Os dados coletados foram armazenados em planilhas do programa

Microsoft Excel.

3.9. ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, através do parecer consubstanciado nº 4.816.546 (ANEXO B). Não houve contato direto com nenhum dos pacientes cujos prontuários e/ou laudos histopatológicos foram analisados e não será divulgado ao público, por nenhum meio, os nomes dos mesmos.

3.10. TABULAÇÃO E ESTATÍSTICA

Foram realizadas medidas de tendência central e de dispersão, teste quiquadrado e teste de Fisher nos dados coletados e armazenados nas planilhas do Microsoft Excel. Foi considerado significativo um valor de $p < 0,05$.

4. RESULTADOS

4.1. RESULTADOS GERAIS

Foram avaliados 76 prontuários de pacientes do HUGG, sendo 67 prontuários excluídos por não possuírem as duas questões de estudo. Os nove prontuários restantes que se enquadraram nos critérios de elegibilidade foram avaliados em relação às variáveis do estudo.

A amostra incluindo todos os participantes do estudo mostrou 88,8% do sexo masculino e 11,1% do sexo feminino. A idade mínima foi de 42 anos e a máxima de 69 anos, com média de 60,3 anos, moda de 67 e 69 anos e mediana de 66 anos. As ocupações relatadas foram pedreiro, calista, comerciante, reciclador, artesão, atendente comercial, costureiro aposentado e segurança, sendo a ocupação mais frequente a de

comerciante (22,2%).

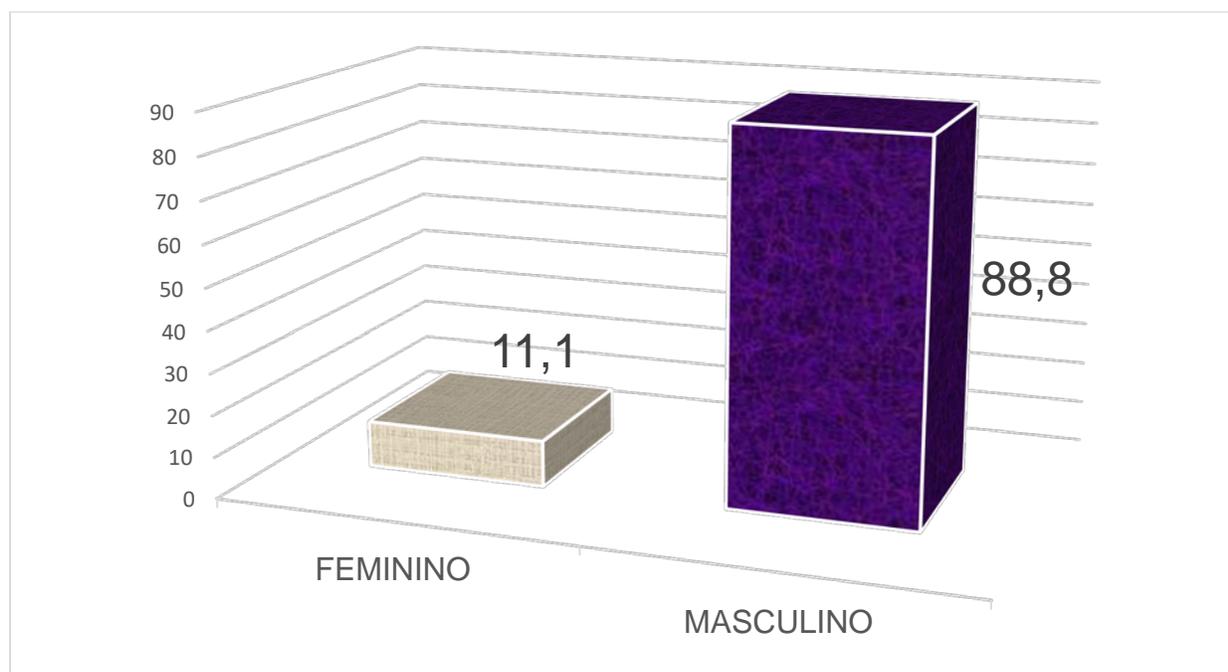


Diagrama 1. Percentual dos participantes com psoríase e HIV diagnosticados no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle entre 2003 e 2019 em relação ao Sexo.

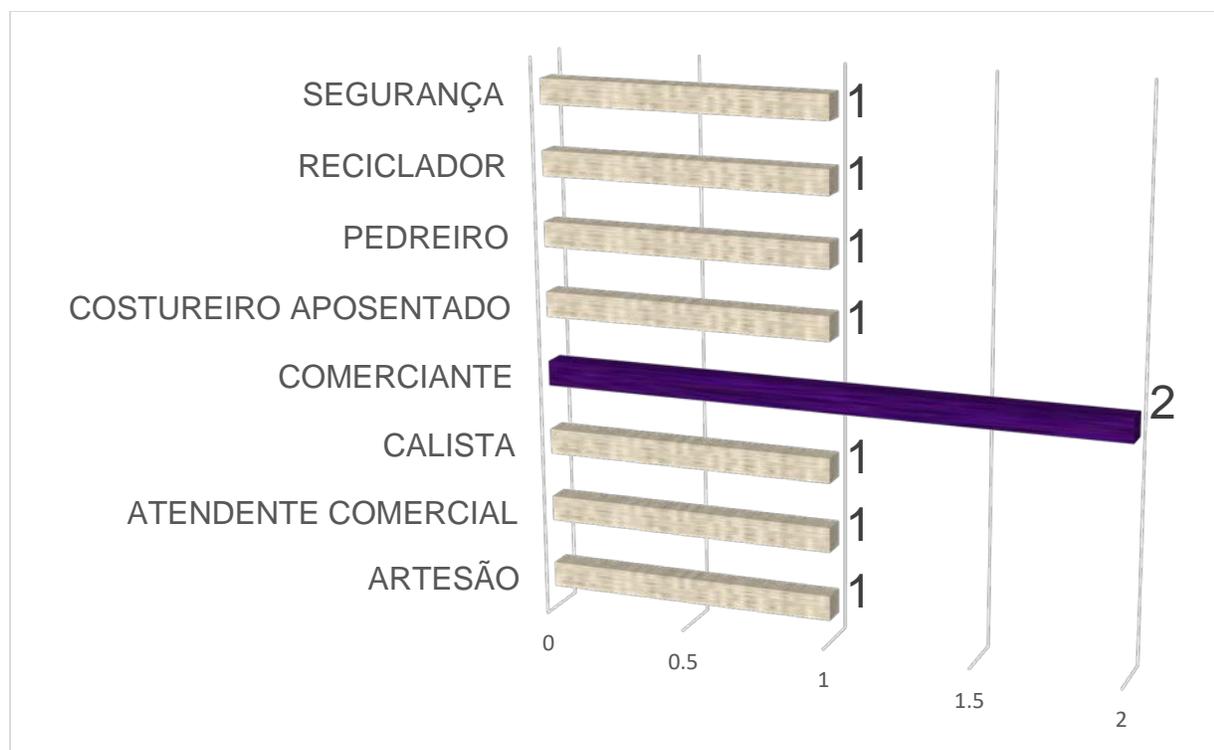


Diagrama 2. Percentual das ocupações dos indivíduos com psoríase e HIV diagnosticados no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle entre 2003 e 2019.

As formas clínicas de psoríase relatadas nos prontuários foram a cutânea, a cutânea invertida e a articular. A forma clínica mais relatada foi a cutânea, sendo relatada de forma isolada em 4 prontuários, associada a forma articular em um prontuário e a cutânea invertida em um prontuário. Um prontuário relatou a forma articular isolada e dois prontuários não continham a informação da forma clínica apresentada.

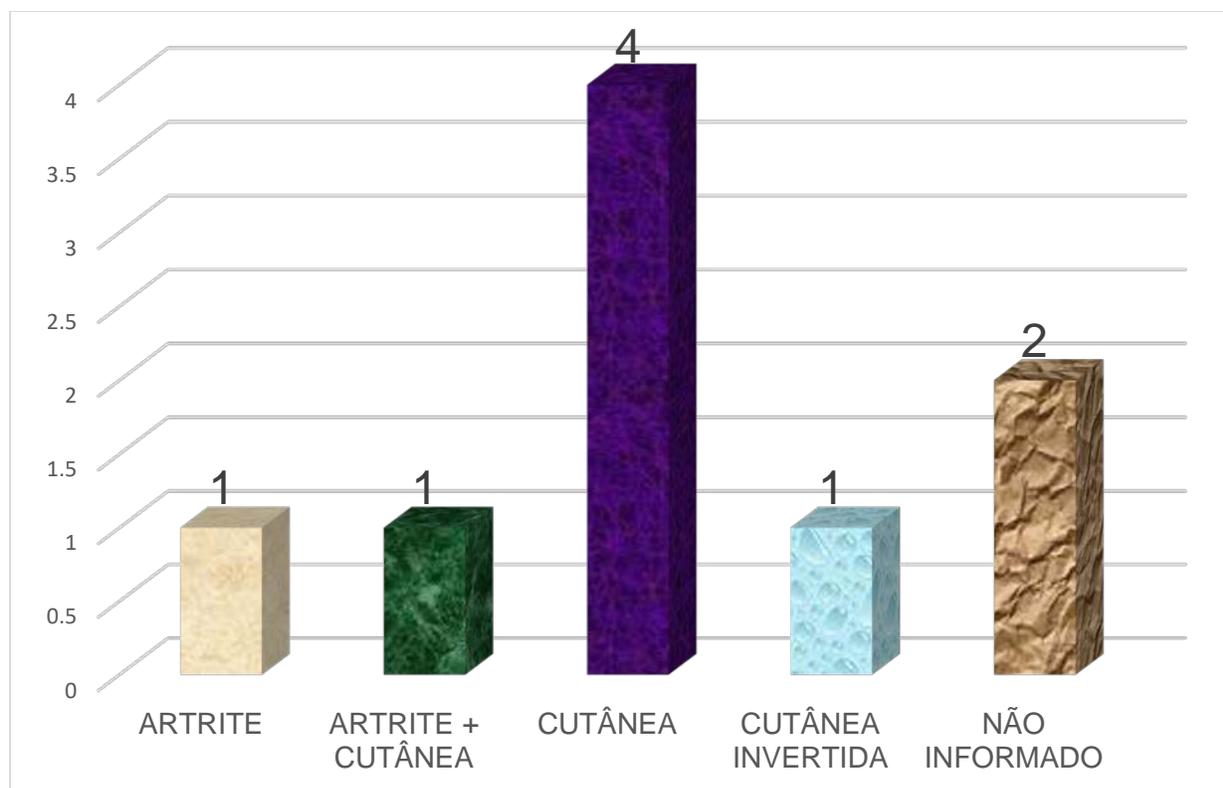


Diagrama 3. Formas clínicas de psoríase relatadas nos prontuários dos pacientes com HIV diagnosticados no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle entre 2003 e 2019.

Quatro pacientes relataram a psoríase ser anterior ao diagnóstico de HIV, representando 44,4% da amostra; e 5 indivíduos relataram a psoríase ter sido diagnosticada posteriormente, representando 55,5% da amostra. O intervalo entre o diagnóstico de HIV e o aparecimento de psoríase foi muito variável, com intervalo mínimo de 40 dias (0,12 ano) e máximo de 30 anos, com mediana de 0,91 ano e média de 10,9 anos. Em relação aos níveis séricos de linfócitos T CD4, a média foi de 429,7 células/mm³ e a mediana foi de 375 células/mm³. Já em relação aos níveis séricos de linfócitos T CD8, a média foi de 1672,7 células/mm³ e a mediana foi de 1175 células/mm³. A carga viral teve uma média de 238.013,4 cópias/ml e mediana de 16.796 cópias/ml.

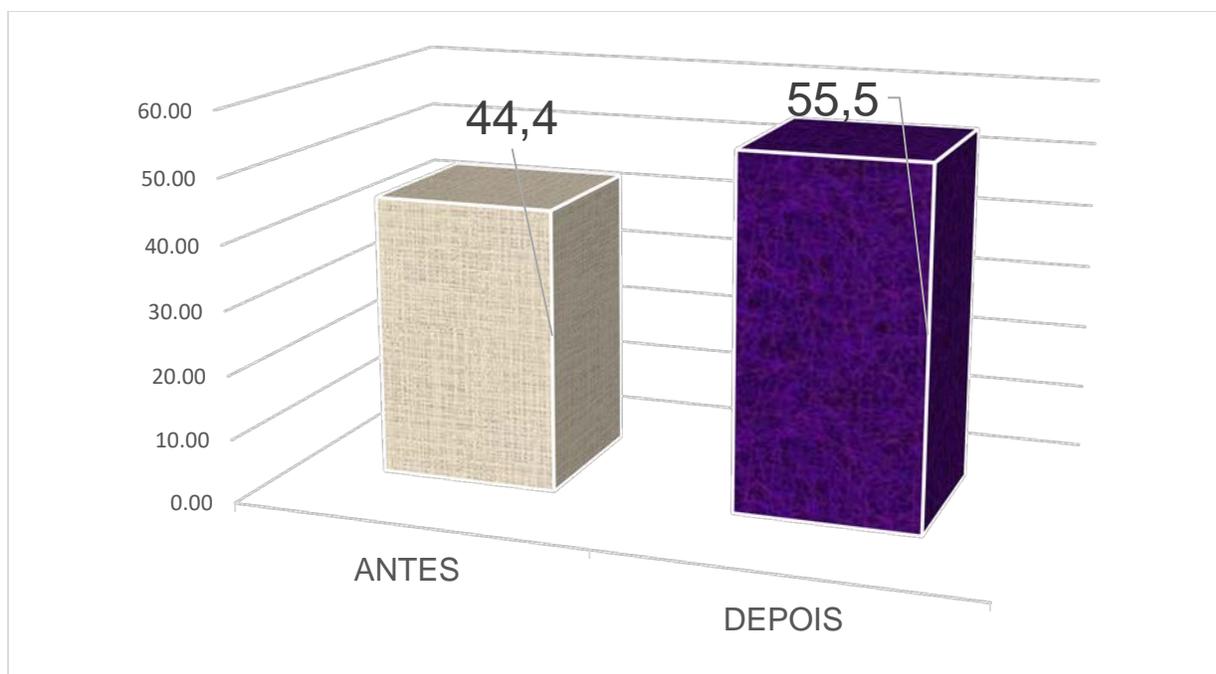


Diagrama 4. Pacientes com diagnóstico de psoríase antes ou depois do diagnóstico de HIV, Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, 2003 a 2019.

Tabela 1. Variáveis dos pacientes com diagnóstico de psoríase antes e após o diagnóstico da infecção pelo HIV, Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, 2003 a 2019.

P	PSO ANTES OU APÓS O HIV	S	ID	OCUPAÇÃO	INT ENF	CD4	CD8	CV	FORMA	TARV	TTO
1	ANTES	M	66	PEDREIRO		229	1175	I	CUT	S	CORT TOP
2	ANTES	F	67	CALISTA	30	542	754	2360	CUT	N	
3	ANTES	M	67	COMERCIANTE		375	1661	293038	CUT + A	S	ACIT + SULFA
4	ANTES	M	42	RECICLADOR	0.29				CUT		
5	DEPOIS	M	58	ARTESÃO	11.16	1	215	1300000	CUT	S	CORT TOP
6	DEPOIS	M	51	AT COMERCIAL	0.25	524	5848	16796		S	
7	DEPOIS	M	69	COSTUREIRO AP	0.91				A	S	CLO + MTX
8	DEPOIS	M	54	COMERCIANTE	0.12	22	461	53900		S	
9	DEPOIS	M	69	SEGURANÇA	27.91	1315	1595	I	CUT INV	S	

Legenda: P – paciente; PSO ANTES OU APÓS O HIV – se o paciente teve o diagnóstico de psoríase antes ou após o diagnóstico da infecção pelo vírus HIV; ID – idade em anos; S – sexo; M – sexo masculino; F – sexo feminino; AT COMERCIAL – atendente comercial; COSTUREIRO AP – costureiro aposentado; INT ENF – Intervalo entre as enfermidades (psoríase e HIV em anos); CD4 – contagem sérica de linfócitos T CD4/mm³; CD8 – contagem sérica de linfócitos T CD8/mm³; CV – carga viral do HIV em cópias/ml; I – carga viral indetectável; FORMA – forma clínica da psoríase; CUT – forma clínica cutânea; A – forma clínica articular; CUT INV - forma clínica de psoríase que acomete dobras cutâneas, como região inframamária, interglútea, perineal e axilar; TARV – terapia antirretroviral; S – Sim (em uso de TARV); N – Não (não em uso de TARV); CORT TOP – corticosteróide de uso tópico; ACIT – acitretina; SULFA – sulfadiazina; CLO – cloroquina; MTX – metotrexate.

Tabela 2. Características dos pacientes incluindo todos os indivíduos com diagnóstico de HIV e psoríase atendidos no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle de 2003 a 2019.

PACIENTES COM PSORÍASE COM DIAGNÓSTICO ANTES E APÓS O HIV	
	N=9
HOMENS, n (%)	8 (88,88)
IDADE EM ANOS, MEDIANA (IIQ)	66 (52,5-68)
INTERVALO ENTRE AS ENFERMIDADES EM ANOS, MEDIANA (IIQ)	0.91 (0.25-27.91)
LINFÓCITOS T CD4 EM CÉLULAS/MM ³ , MEDIANA (IIQ)	375 (22-542)
LINFÓCITOS T CD8 EM CÉLULAS/MM ³ , MEDIANA (IIQ)	1175 (461-1661)
	16796 (0-
CARGA VIRAL EM CÓPIAS/ML, MEDIANA (IIQ)	293.038)

Legenda: N – número total de prontuários avaliados; n – número de indivíduos do sexo masculino na amostra; IIQ – intervalo interquartil.

4.2. RESULTADOS EM RELAÇÃO AOS GRUPOS

4.2.1. INDIVÍDUOS COM PSORÍASE ANTERIOR AO DIAGNÓSTICO DE HIV

A maioria da amostra foi do sexo masculino, com 3 indivíduos (75%); e a idade variou de 42 até 67 anos, com uma média de 60,5 anos e uma mediana de 66,5 anos. As profissões relatadas foram pedreiro, calista, comerciante e reciclador. O intervalo entre as enfermidades foi de 0,29 até 30 anos, com uma média e uma mediana de 15,1 anos.

Os níveis de linfócitos T CD4 variaram de 229 até 542, com uma média de 382 e uma mediana de 375 células/mm³. Os níveis de linfócitos T CD8 variaram de 754 até

1661, com uma média de 1196,6 e uma mediana de 1175 células por mm³. A carga viral variou de indetectável até 293038 em cópias/ml, com uma média de 98.466 e uma mediana de 2360 cópias/ml. Apenas um paciente não estava em uso de terapia antirretroviral entre os prontuários onde havia o relato da informação nesse grupo.

As formas clínicas da doença cutânea estavam relatadas em todos os quatro prontuários desse grupo, sendo todos descritos como apresentando a forma cutânea e um paciente com a forma articular associada.

Os tratamentos específicos para a psoríase estavam relatados em 50% dos prontuários do grupo (dois prontuários) e foram corticosteróide tópico e acitretina associada a sulfadiazina.

Tabela 3. Pacientes com diagnóstico de psoríase antes do diagnóstico da infecção pelo HIV, Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, 2003 a 2019.

P	ID	S	OCUPAÇÃO	INT ENF	CD4	CD8	CV	FORMA	TARV	TTO
1	66	M	PEDREIRO	-	229	1175	I	CUT	S	CORT TOP
2	67	F	CALISTA	30	542	754	2360	CUT	N	-
3	67	M	COMERCIANTE	-	375	1661	293038	CUT + A	S	ACIT + SULFA
4	42	M	RECICLADOR	0,29	-	-	-	CUT	-	-

Legenda: P – paciente; ID – idade em anos; S – sexo; M – sexo masculino; F – sexo feminino; INT ENF – Intervalo entre as enfermidades (psoríase e HIV em anos); CD4 – contagem sérica de linfócitos T CD4/mm³; CD8 – contagem sérica de linfócitos T CD8/mm³; CV – carga viral do HIV em cópias/ml; I – carga viral indetectável; FORMA – forma clínica da psoríase; CUT – forma clínica cutânea; A – forma clínica articular; TARV – terapia antirretroviral; S – Sim (em uso de TARV); N – Não (não em uso de TARV); CORT TOP – corticosteróide de uso tópico; ACIT – acitretina; SULFA – sulfadiazina.

Tabela 4. Características dos pacientes com psoríase antes do diagnóstico de HIV, Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, 2003 a 2019.

PACIENTES COM PSORÍASE ANTES DO DIAGNÓSTICO DE HIV	N=4
HOMENS, n (%)	3 (75)
IDADE EM ANOS, MEDIANA (IIQ)	66.5 (42-67)
INTERVALO ENTRE AS ENFERMIDADES EM ANOS, MEDIANA (IIQ)	15.14 (0.29-30)
LINFÓCITOS T CD4 EM CÉLULAS/MM ³ , MEDIANA (IIQ)	375 (229-542)
LINFÓCITOS T CD8 EM CÉLULAS/MM ³ , MEDIANA (IIQ)	1175 (754-1661)
CARGA VIRAL EM CÓPIAS/ML, MEDIANA (IIQ)	2360 (0-293038)

Legenda: N – número total de prontuários avaliados no grupo; n – número de indivíduos do sexo masculino no grupo de pacientes com psoríase com diagnóstico antes do diagnóstico da infecção pelo HIV; IIQ – intervalo interquartil.

4.2.2. INDIVÍDUOS COM PSORÍASE POSTERIOR AO DIAGNÓSTICO DE HIV

A totalidade da amostra foi do sexo masculino, com 5 indivíduos (100%); e a idade variou de 51 até 69 anos, com uma média 60,2 anos e uma mediana de 58 anos. As profissões relatadas foram artesão, atendente comercial, costureiro aposentado, comerciante e segurança. O intervalo entre as enfermidades foi de 0,12 até 27,91 anos, com uma média 8,07 anos e uma mediana de 0,91 anos.

Os níveis de linfócitos T CD4 variaram de 1 até 1315 células/mm³, com uma média de 465,5 e uma mediana de 273 células/mm³. Os níveis de linfócitos T CD8 variaram de 215 até 5848, com uma média de 2029,7 e uma mediana de 1028 células por mm³. A Carga viral variou de indetectável até 1.300.00 cópias/ml, com uma média de 342.674 e uma mediana de 35.348 cópias/ml. Todos os pacientes desse grupo estavam em uso de terapia antirretroviral.

A forma clínica da psoríase estava relatada em três prontuários, sendo um paciente com a forma cutânea isolada, um com artrite psoriásica associada à forma

cutânea e um paciente com psoríase invertida.

Os tratamentos específicos para psoríase estavam relatados em 40% dos prontuários (2 prontuários) e foram corticosteróide tópico e cloroquina associada a metotrexate.

Tabela 5. Pacientes com diagnóstico de psoríase após o diagnóstico da infecção pelo HIV, Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, 2003 a 2019.

P	ID	S	OCUPAÇÃO	INT ENF	CD4	CD8	CV	FORMA	TARV	TTO
1	58	M	ARTESÃO	11,16	1	215	1.300.000	CUT	S	CORT TOP
2	51	M	AT COMERCIAL	0,25	524	5848	16796	-	S	-
3	69	M	COSTUREIRO AP	0,91	-	-	-	A	S	CLO + MTX
4	54	M	COMERCIANTE	0,12	22	461	53900	-	S	-
5	69	M	SEGURANÇA	27,91	1315	1595	I	CUT INV	S	-

Legenda: P – paciente; ID – idade em anos; S – sexo; M – sexo masculino; F – sexo feminino; AT COMERCIAL – atendente comercial; COSTUREIRO AP – costureiro aposentado; INT ENF – Intervalo entre as enfermidades (psoríase e HIV em anos); CD4 – contagem sérica de linfócitos T CD4/mm³; CD8 – contagem sérica de linfócitos T CD8/mm³; CV – carga viral do HIV em cópias/ml; I – carga viral indetectável; FORMA – forma clínica da psoríase; CUT – forma clínica cutânea; A – forma clínica articular; CUT INV – forma clínica de psoríase que acomete dobras cutâneas, como região inframamária, interglútea, perineal e axilar; TARV – terapia antirretroviral; S – Sim (em uso de TARV); N – Não (não em uso de TARV); CORT TOP – corticosteróide de uso tópico; CLO – cloroquina; MTX – metotrexate.

Tabela 6. Características dos pacientes com psoríase posterior ao diagnóstico de HIV, Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, 2003 a 2019.

PACIENTES COM PSORÍASE APÓS O DIAGNÓSTICO DE HIV	N=5
HOMENS, n (%)	5 (100)
IDADE EM ANOS, MEDIANA (IIQ)	58 (52.5-69)
INTERVALO ENTRE AS ENFERMIDADES EM ANOS, MEDIANA (IIQ)	0.91 (0.12-27.91)
LINFÓCITOS T CD4 EM CÉLULAS/MM ³ , MEDIANA (IIQ)	273 (1-1315)
LINFÓCITOS T CD8 EM CÉLULAS/MM ³ , MEDIANA (IIQ)	1028 (215-5848)
CARGA VIRAL EM CÓPIAS/ML, MEDIANA (IIQ)	35348 (0-1300000)

Legenda: N – número total de prontuários avaliados no grupo; n – número de indivíduos do sexo masculino no grupo de pacientes com psoríase com diagnóstico posterior ao diagnóstico da infecção pelo HIV; IIQ – intervalo interquartil.

Tabela 7. Características dos pacientes com psoríase e infecção pelo vírus HIV com comparativo em relação à temporalidade do início da psoríase, Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, 2003 a 2019.

CARACTERÍSTICAS	PSO ANTES DO HIV	PSO DEPOIS DO HIV
NÚMERO DE PACIENTES	N=4	N=5
HOMENS, n (%)	3 (75)	5 (100)
IDADE EM ANOS, MEDIANA (IIQ)	66,5 (42-67)	58 (52,5-69)
INTERVALO ENTRE AS ENFERMIDADES EM ANOS, MEDIANA (IIQ)	15,14 (0,29-30)	0,91 (0,12-27,91)
LINFÓCITOS T CD4 EM CÉLULAS/MM ³ , MEDIANA (IIQ)	375 (229-542)	273 (1-1315)
LINFÓCITOS T CD8 EM CÉLULAS/MM ³ , MEDIANA (IIQ)	1175 (754-1661)	1028 (215-5848)
CARGA VIRAL EM CÓPIAS/ML, MEDIANA (IIQ)	2360 (0-293038)	35348 (0-1300000)

Legenda: N – número total de prontuários avaliados no grupo; n – número de indivíduos do sexo masculino; PSO ANTES DO HIV - grupo de pacientes com psoríase com diagnóstico anterior ao diagnóstico da infecção pelo HIV; PSO DEPOIS DO HIV - grupo de pacientes com psoríase com diagnóstico posterior ao diagnóstico da infecção pelo HIV; IIQ – intervalo interquartil.

De acordo com a tabela 7 podemos observar:

- A idade mediana foi menor nos pacientes com diagnóstico de psoríase posterior ao diagnóstico do vírus HIV (58 anos) do que nos pacientes com diagnóstico de psoríase anterior ao vírus HIV (66,5 anos);
- O intervalo mediano entre as enfermidades foi menor nos pacientes com psoríase posterior ao diagnóstico do HIV (0,91 anos) do que nos pacientes com psoríase anterior ao diagnóstico da infecção viral (15,14 anos);
- A mediana da titulação sérica de linfócitos T CD4 em células/mm³ foi menor nos pacientes com psoríase posterior ao HIV (273 células/mm³) do que nos pacientes com psoríase anterior ao diagnóstico do HIV (375 células/mm³);
- A mediana da titulação sérica de linfócitos T CD8 em células/mm³ foi menor nos pacientes com psoríase posterior ao HIV (1028 células/mm³) do que nos pacientes com psoríase anterior ao diagnóstico do vírus HIV (1175 células/mm³);

- A mediana da carga viral em cópias/ml foi maior nos pacientes com psoríase posterior ao diagnóstico do HIV (35348 cópias/ml) do que nos pacientes com psoríase anterior ao diagnóstico do HIV (2360 cópias/ml).

O teste Qui-quadrado e o teste de Fisher para relacionar a presença de psoríase antes e após o diagnóstico do HIV com o uso de terapia antirretroviral geraram um p não estatisticamente significativo, com valor de 0,083 no teste Quiquadrado e de 0,813 no teste de Fisher, com um intervalo de confiança de 95%.

5. DISCUSSÃO

A pandemia de infecção pelo HIV constitui um grande problema de saúde pública mundial. Em 2020, havia 37,7 milhões de pessoas vivendo com o HIV, com 1,5 milhão infectada apenas em 2020, segundo os dados do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. O risco de adquirir o vírus HIV é 35 vezes maior entre indivíduos usuários de drogas injetáveis, 34 vezes maior entre mulheres transgêneros, 26 vezes maior entre trabalhadores do sexo e 25 vezes maior entre homens que fazem sexo com homens (UNAIDS, 2021).

A pandemia de HIV está concentrada na África Subsaariana, onde 25,5 milhões de pessoas vivem com HIV (Okano *et al.*, 2020). Profissionais do sexo femininos, masculinos e transgêneros continuam a ter cargas desproporcionalmente altas de infecção por HIV em países de baixa, média e alta renda. A carga global de HIV entre trabalhadores do sexo mostra que a prevalência do HIV é inaceitavelmente alta em 10,4% e vem praticamente inalterada nesse grupo desde 2014 (Shannon *et al.*, 2018).

Apesar de 53% das pessoas que vivem com HIV mundialmente em 2020 serem do sexo feminino (UNAIDS, 2021), na Europa e nos Estados Unidos, tanto como no Brasil, o maior número de novos diagnósticos de HIV é do sexo masculino, e o modo predominante de transmissão são os homens que fazem sexo com homens (Center for Disease Control, 2019; Organization, 2021). Essa prevalência do sexo feminino pode ser explicada pelo maior número de casos na África Subsaariana, onde 63% dos casos

novos de HIV de 2020 foram de mulheres e meninas (UNAIDS, 2021).

Segundo um trabalho de 2019, entre as pessoas que vivem com HIV nos Estados Unidos, a mortalidade diminuiu significativamente; no entanto, a expectativa de vida permanece menor em relação à população em geral, refletindo o impacto do HIV, bem como entre as populações vulneráveis e desfavorecidas em um maior risco de adquirir a infecção viral (Center for Disease Control, 2019).

No Brasil, de 2007 até junho de 2021, foram notificados 381.793 casos de HIV, e em 2020, foram diagnosticados 32.701 novos casos. Desde o ano de 2012, observa-se uma diminuição na taxa de detecção de AIDS no Brasil, que passou de 22,0/100mil habitantes (2012) para 14,1/100 mil habitantes em 2020, configurando um decréscimo de 35,7%(Saúde, 2021). O risco de infecção pelo vírus no nosso país é maior entre homens que fazem sexo com homens, dependentes em drogas, profissionais do sexo e mulheres transexuais (Saúde, 2021).

A idade média na nossa casuística foi de 60,3 anos e a mediana de 66 anos, o que vai de encontro a literatura que mostra que a maioria dos casos de HIV no Brasil em 2020 encontra-se na faixa etária de 20 a 34 anos, com um percentual de 52,9% dos casos (Saúde, 2021). Trabalhos semelhantes ao nosso também mostram uma idade média mais jovem, como Ramos *et al.* em 2011 e Montes Torres *et al.* em 2019. O serviço onde foi realizado o trabalho é um serviço de referência em HIV no Brasil, o que pode justificar uma qualidade melhor do cuidado e uma sobrevida maior dos pacientes. Novos trabalhos podem ajudar a elucidar essa questão.

Em relação à escolaridade, verificou-se um elevado percentual de casos com escolaridade ignorada no ano de 2020, em torno de 25,1% (Saúde, 2021). Outro dado alarmante é que todos os casos de AIDS desde 1980 até 2021 no Brasil, 19,6% do sexo masculino e 23,4% do sexo feminino, declararam ter de quinta a oitava série incompleta (Saúde, 2021). Essa baixa escolaridade também se confirma no último boletim epidemiológico do estado, que mostra 37,6% de escolaridade ignorada e 15,6% com quinta a oitava série incompleta (Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, 2020).

Na nossa casuística podemos observar que as profissões foram bastante diversas, mas na maioria não relacionadas com profissões que exigem estudo de nível superior, o que pode estar relacionado a populações mais vulneráveis conforme já descrito em relação à prevalência dos indivíduos com HIV.

Com relação a raça, tanto no Brasil quanto nos Estados Unidos, o maior número de casos é representado pela cor negra, em ambos os sexos (Center for Disease Control, 2019; Saúde, 2021).

A nossa casuística de pacientes com psoríase e infecção pelo vírus HIV do Hospital Gaffrée e Guinle entre os anos de 2003 e 2019 apesar de pequena, vai ao encontro do que há na literatura, com um número maior de pacientes do sexo masculino e com a forma cutânea na apresentação clínica (Ramos *et al.*, 2011).

A psoríase pode iniciar, ser reativada ou piorar em pacientes imunossuprimidos. Também pode ser a primeira apresentação de uma infecção pelo HIV e, portanto, um teste de HIV deve ser considerado, especialmente em grupos sujeitos a um maior risco (Sobron, 2010). A prevalência da psoríase na infecção pelo HIV não tem um consenso na literatura, sendo que alguns estudos mostram uma prevalência similar à população geral (Navarrete-Dechent *et al.*, 2015), e outros sugerem uma prevalência aumentada nesse grupo, girando em torno de 4 a 6% (Alpalhão, Borges-Costa e Filipe, 2019; Garbe, Husak e Orfanos, 1994).

A nossa casuística mostrou uma mediana menor da idade, do intervalo entre as enfermidades, da titulação de linfócitos T CD4 e T CD8 e da carga viral no grupo dos pacientes com o diagnóstico da psoríase após o diagnóstico da infecção pelo HIV, o que pode refletir a ação direta do vírus HIV na doença cutânea.

A correlação entre a psoríase e o vírus HIV tem sido abordada em um grande número de publicações. Foram encontradas três revisões sistemáticas da literatura, todas publicadas nos últimos 5 anos e com ênfase no manejo terapêutico. A maioria das publicações é formada por relatos de caso e pequenas séries de casos. Foram encontrados 155 relatos de casos na literatura, publicados desde 1987 até os dias de hoje. Não foi encontrada nenhuma meta-análise na literatura.

Tabela 8. Revisões Sistemáticas que relacionam a psoríase com o vírus HIV.

AUTOR	NÚMERO DE ARTIGOS	ANO	PAÍS	REVISTA
Fink DL et al	37	2017	Inglaterra	Int J STD AIDS
Nakamura M et al	25	2018	EUA	Cutis
Plachouri KM et al	*	2019	Grécia	Int J Dermatol

Legenda: Int J STD AIDS: International Journal of STD & AIDS; Int J Dermatol: International Journal of Dermatology; * não informado o número de artigos utilizados.

A revisão de Nakamura M et al é a única que relaciona apenas a infecção do HIV com a psoríase com foco no tratamento da doença cutânea nesse perfil de pacientes. A revisão de Fink DI et al aborda o tratamento com terapias biológicas em dez doenças inflamatórias presentes em pacientes com infecção pelo vírus HIV, incluindo a psoríase. Já Plachouri KM et al aborda os desafios do tratamento da psoríase com medicamentos imunobiológicos em situações diversas, como vacinação, história de malignidade, infância e infecção pelo vírus HIV.

Não existe uma definição conceitual de psoríase associada ao HIV, o termo é frequentemente usado em conjunto com a psoríase em pacientes HIV-positivos, o que pode gerar confusão (Jeong *et al.*, 2014). A psoríase associada ao HIV pode ser observada em todos os estágios da infecção, mas seu início parece estar relacionado a alguns fatores de risco, como uma baixa contagem de células CD4+ e uma hereditariedade conhecida para a doença. A infecção pelo HIV é um fator de risco para o desenvolvimento da psoríase (Yen *et al.*, 2017). Não obstante, pacientes com níveis de células CD4 menores que 200 por microlitro são mais propensos a desenvolver psoríase (Boon-Kee Goh BSc (Hons), MBChB, MRCP, Roy KW Chan MBBS, FRCP, Priya Sen BSc (Hons), MBChB, MRCP, Colin TS Theng MBBS, MRCP, Hiok-Hee Tan MBBS, MRCP, Yuan-Jing Wu MSc, Nicholas I. Paton MBChB, 2007).

Na plataforma científica *SciELO (Scientific Eletronic Library Online)*, que é uma biblioteca digital de acesso livre de publicação digital de periódicos científicos brasileiros, encontramos apenas 5 trabalhos publicados em revistas brasileiras sobre as duas doenças relacionadas nos últimos 26 anos, sendo todos relatos de caso. A escassez de

trabalhos brasileiros demonstra a necessidade de estudos com amostras maiores e mais robustos para trilharmos o caminho para o entendimento da relação entre a psoríase e o vírus HIV no país.

Tabela 9. Trabalhos publicados na plataforma *Scielo* que relacionam a psoríase e o vírus HIV.

AUTOR	ANO	REVISTA	PAÍS (ESTADO)
SILVA-VERGARA ML et al	1996	Rev Soc Bras Med Trop	Brasil (MG)
RUIZ MFA et al	2003	An Bras Dermatol	Brasil (SP)
BITTENCOURT MJS et al	2015	An Bras Dermatol	Brasil (PA)
VALENZUELA F et al	2018	An Bras Dermatol	Chile
SILVA JADC et al	2020	J Coloproctol	Brasil (RJ)

Legenda: Rev Soc Bras Med Trop: Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical; An Bras Dermatol: Anais Brasileiros de Dermatologia; J Coloproctol: Journal of Coloproctology. MG: Minas Gerais; SP: São Paulo; PA: Pará; RJ: Rio de Janeiro.

Já na plataforma latino-americana *LILACS* (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) encontramos 14 artigos com descritores incluindo o vírus HIV e a psoríase, excluindo os artigos de revistas brasileiras citados anteriormente, desde o ano de 1994. Destes artigos, sete artigos foram relatos de casos, cinco artigos revisões da literatura, uma coorte e um editorial.

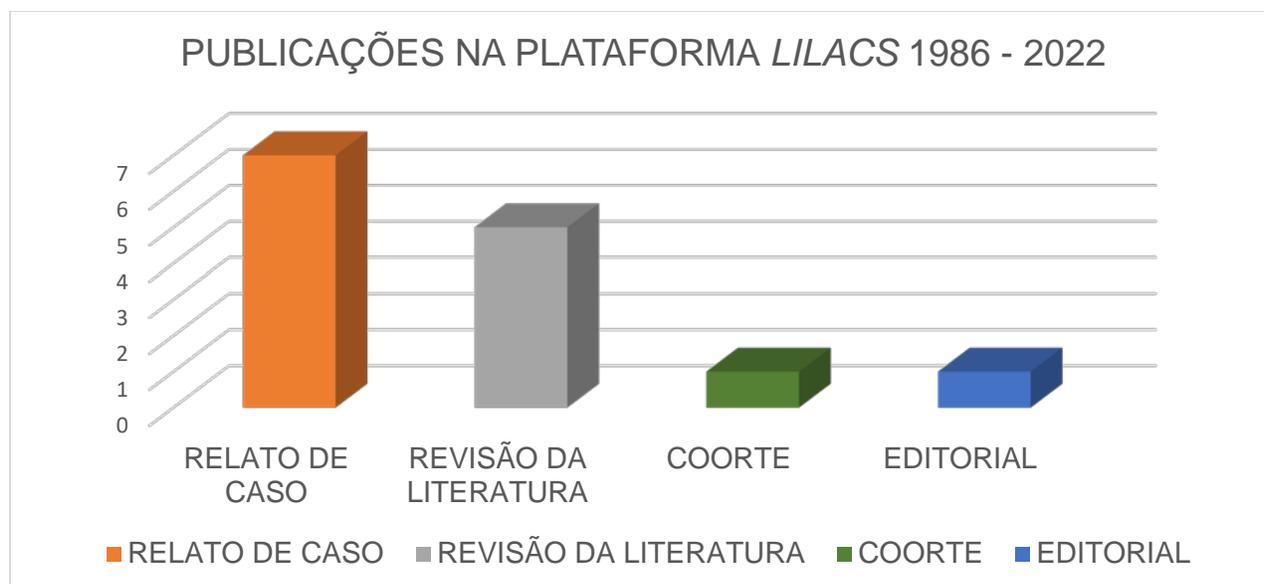


Diagrama 5. Relação do tipo de artigo com o número de publicações da plataforma *LILACS* entre os anos de 1986 até 2022.

Na plataforma *PUBMED*, que é a ferramenta de busca na base de dados *MEDLINE* (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*) da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos da América, encontramos 548 artigos desde o ano de 1987, sendo os anos com os maiores números de publicações os anos de 2017 e 2019.

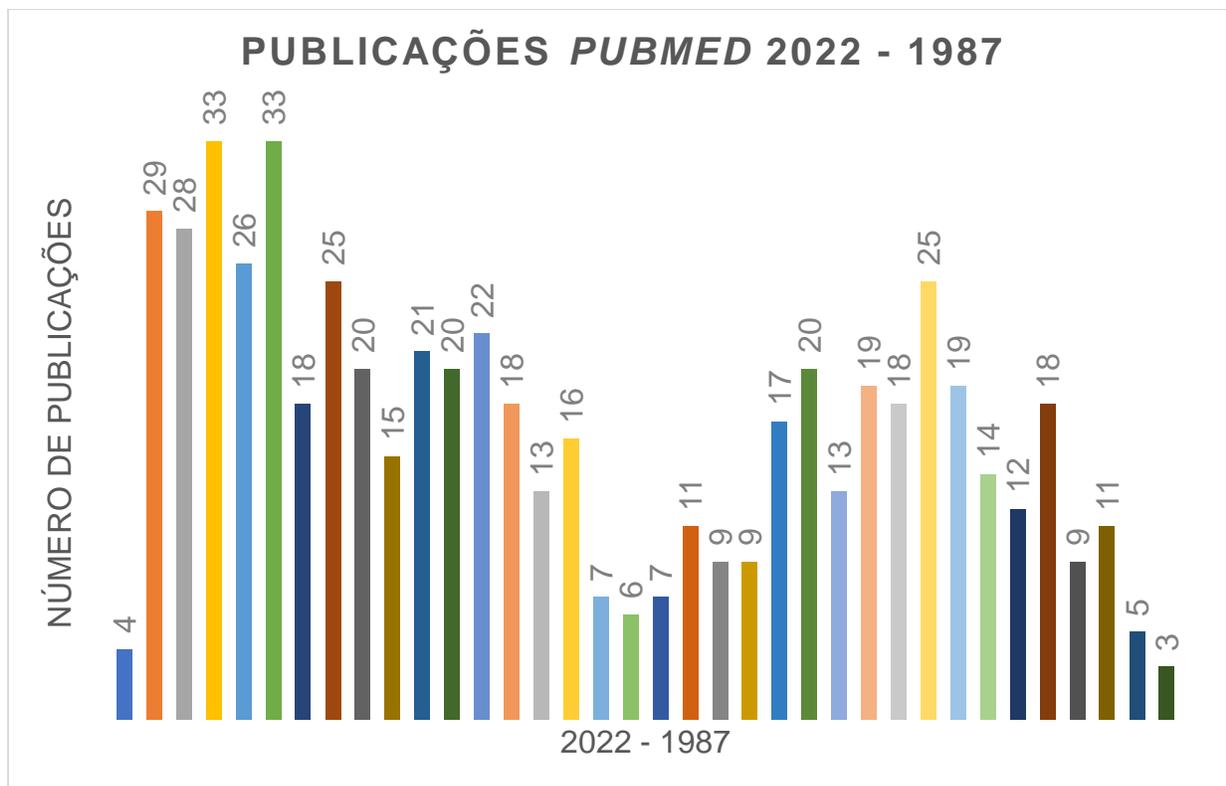


Diagrama 6. Número de publicações na plataforma *PUBMED* entre os anos de 1987 e 2022 que relacionam a psoríase com o vírus HIV.

Do montante de artigos da plataforma do *PUBMED*, 155 são relatos de caso, 179 são revisões (incluindo 12 revisões sistemáticas), 7 estudos clínicos e 2 capítulos de livros. Apenas um artigo aparece como publicação na língua portuguesa, sendo na Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical no ano de 1996.

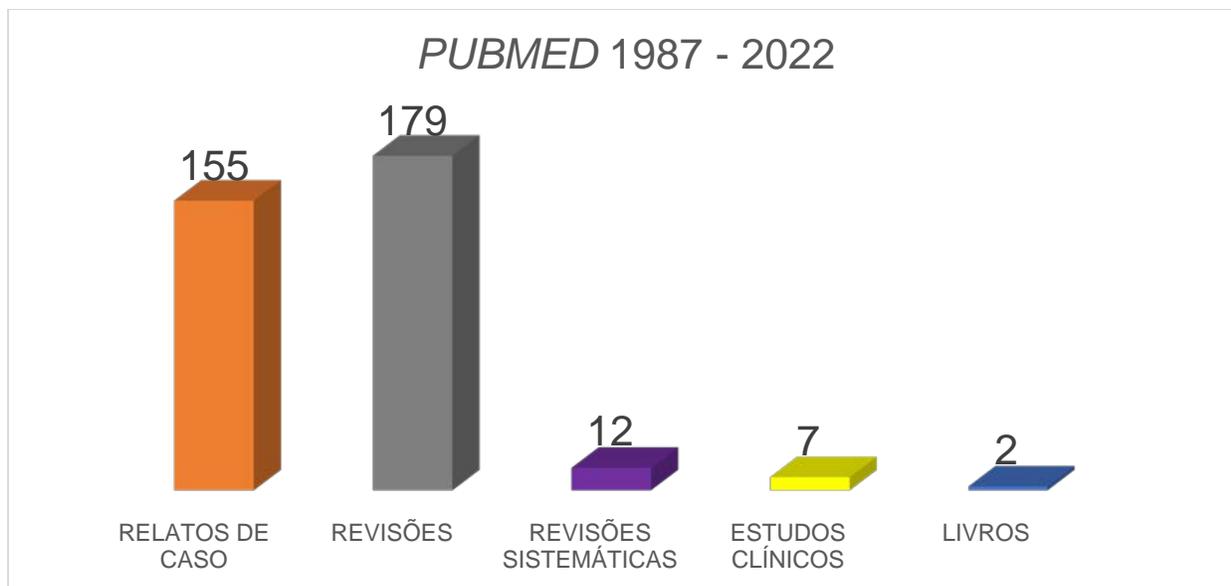


Diagrama 7. Relação do tipo de artigo com o número de publicações da plataforma *PUBMED* entre os anos de 1987 até 2022.

Na nossa casuística não conseguimos correlacionar os níveis de CD4 com o início da psoríase porque a amostra foi muito pequena. A pandemia do COVID-19 que iniciou no Brasil no mês de março de 2019 dificultou o acesso ao serviço de arquivo dos prontuários dos pacientes pelo fato de o serviço de atendimento hospitalar ter se tornado referência municipal para o atendimento de pacientes com COVID-19. Uma limitação importante da coleta foi o fato de os prontuários dos pacientes serem exclusivamente feitos de forma manual, sem arquivos eletrônicos que pudessem ser pesquisados remotamente durante a pandemia.

A coleta de dados dos pacientes foi dificultada por ausência de dados nos prontuários manuais, dificuldade de compreensão das anotações dos atendimentos, da desorganização dos prontuários e da falta de uma padronização no preenchimento dos prontuários. Intensificado pelos atendimentos por profissionais diversos por ser um hospital universitário, onde alunos, médicos residentes e professores, quase em sua totalidade, precisam passar por vários setores e Serviços ciclicamente e assim, não permanecem muito tempo neste ambulatório. Outro dado importante é que os pacientes possuem prontuários diferentes quando atendidos por especialidades diferentes, tendo

um prontuário no Serviço de Dermatologia e outro no Serviço de Infectologia por exemplo; o que dificulta a coleta e a interação de informações entre os responsáveis pelo manejo clínico dos pacientes.

O diagnóstico da psoríase pode ser complexo, pois o paciente pode apresentar mais de uma forma de psoríase ao mesmo tempo. Além disso, a psoríase associada ao HIV pode ter um curso progressivo e ser resistente aos tratamentos tradicionais (Ceccarelli *et al.*, 2019). A falta de registro da gravidade da psoríase nos prontuários, como o uso de escalas padronizadas como o PASI e o DLQI, pode ter dificultado a avaliação da indicação terapêutica e da resposta aos tratamentos prescritos. A não familiaridade dos médicos clínicos com essa escala que é de uso rotineiro por dermatologistas pode justificar a falta desse dado nos prontuários coletados.

Alguns autores têm observado menor prevalência de psoríase na era pós TARV. A apresentação clínica costuma ser mais agressiva em pacientes gravemente imunodeprimidos, observando-se uma correlação entre os níveis baixos de CD4 e a gravidade da psoríase. A “chave”, ou pelo menos uma delas, para entender esse fenômeno podem ser os linfócitos T de memória CD8+ e especialmente o subtipo CD45RO+, que têm um papel importante na proliferação dos queratinócitos na pele dos psoriásicos. Igualmente é observado nas lesões de psoríase com grande inflamação que os queratinócitos são induzidos por IFN- γ a sintetizar e expressar HLA-DR, um antígeno especialmente presente na psoríase dos pacientes imunossuprimidos (Sobron, 2010).

Na nossa casuística não conseguimos estimar a relação entre os níveis de linfócitos CD4 e CD8 e a gravidade da psoríase pelo tamanho pequeno da amostra e dificuldade na coleta de dados. Serão necessários projetos futuros com formação de amostras maiores e mais representativas dos indivíduos com as duas enfermidades, e uma melhora no registro e padronização das informações arquivadas dos pacientes ao longo do tempo para ser possível a continuidade da investigação desse tema tão desafiador e intrigante.

6. CONCLUSÕES

Os resultados do presente estudo permitem concluir que os casos que associam a psoríase e infecção pelo HIV em um Ambulatório de referência no Rio de Janeiro foram:

- Mais comuns em pacientes do sexo masculino;
- A forma cutânea foi a forma clínica mais comum de psoríase;
- A maioria dos pacientes desenvolveu psoríase mesmo em uso de terapia antirretroviral para o HIV;
- De modo geral, os pacientes que apresentaram psoríase depois do diagnóstico de HIV tiveram idade mediana menor, o intervalo entre o diagnóstico de ambas as enfermidades menor, a mediana da contagem sérica de linfócitos T CD4 menor, a mediana da contagem sérica de linfócitos T CD8 menor, e a carga viral mediana maior do que os pacientes com psoríase diagnosticada anteriormente ao diagnóstico do vírus HIV.

Não foi possível relacionar os níveis de linfócitos T CD4 e CD8 com o aparecimento da psoríase pelo tamanho pequeno da amostra.

Não encontramos um valor significativo estatisticamente ao tentar relacionar o uso de terapia antirretroviral com o aparecimento de psoríase antes ou após o diagnóstico do HIV.

O nosso trabalho vem reforçar a necessidade da realização de estudos com amostras maiores para o entendimento da relação entre a psoríase e o vírus HIV. Para ser possível a seleção de amostras maiores, sugere-se fortemente a inclusão na ficha de notificação de doença compulsória da infecção pelo HIV o item de preenchimento obrigatório da presença de doenças cutâneas, e quando presente, qual o tipo de doença cutânea. Ainda, é recomendável que todo profissional de saúde que preste atendimento fique atento e solicite a sorologia para infecção pelo HIV sempre que o paciente apresentar formas atípicas de psoríase ou pouco responsivas ao tratamento.

References

ALPALHÃO, M.; BORGES-COSTA, J.; FILIPE, P. Psoriasis in HIV infection: an update. **International Journal of STD and AIDS**, v. 30, n. 6, p. 596–604, 2019.

BAKER, B. S. *et al.* An altered response by psoriatic keratinocytes to gamma interferon. **Scandinavian journal of immunology**, v. 28, n. 6, p. 735–740, dez. 1988.

BOON-KEE GOH BSC (HONS), MBCHB, MRCP, ROY KW CHAN MBBS, FRCP, PRIYA SEN BSC (HONS), MBCHB, MRCP, COLIN TS THENG MBBS, MRCP, HIOK-HEE TAN MBBS, MRCP, YUAN-JING WU MSC, NICHOLAS I. PATON MBCHB, F. Spectrum of skin disorders in human immunodeficiency virus-infected patients in Singapore and the relationship to CD4 lymphocyte counts. **International Journal of Dermatology**, v. 46, n. 7, p. 695–9, 2007.

BRASIL, M. DA S. S. DE V. EM S. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das**. [s.l: s.n.].

CASTILLO, R. L.; RACAZA, G. Z.; ROA, F. D. C. Ostraceous and inverse psoriasis with psoriatic arthritis as the presenting features of advanced HIV infection. **Singapore Medical Journal**, v. 55, n. 4, p. 60–63, 2014.

CECCARELLI, M. *et al.* HIV-associated psoriasis: Epidemiology, pathogenesis, and management. **Dermatologic Therapy**, v. 32, n. 2, p. 1–6, 2019.

CENTER FOR DISEASE CONTROL. Diagnoses of HIV Infection in the United States and Dependent Areas. v. 32, 2019.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Pneumocystis pneumonia--Los Angeles. **MMWR. Morbidity and mortality weekly report**, v. 30, n. 21, p. 250–252, jun. 1981.

CHEVALIER, M. F.; WEISS, L. The split personality of regulatory T cells in HIV infection. **Blood**, v. 121, n. 1, p. 29–37, jan. 2013.

CLERICI, M.; SHEARER, G. M. The Th1-Th2 hypothesis of HIV infection: new insights. **Immunology today**, v. 15, n. 12, p. 575–581, dez. 1994.

DUVIC, M. Immunology of AIDS Related to Psoriasis. **Journal of Investigative Dermatology**, v. 95, n. 5, p. S38–S40, 1 nov. 1990.

GALVÃO-CASTRO, B. *et al.* Isolation and antigenic characterization of human immunodeficiency virus (HIV) in Brazil. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, 1987.

GARBE, C.; HUSAK, R.; ORFANOS, C. E. [HIV-associated dermatoses and their prevalence in 456 HIV-infected patients. Relation to immune status and its importance as a diagnostic marker]. **Der Hautarzt; Zeitschrift fur Dermatologie, Venerologie, und verwandte Gebiete**, v. 45, n. 9, p. 623–629, set. 1994.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>>. Acesso em: 2 fev. 2022.

JEONG, Y. S. *et al.* A case of severe HIV-associated psoriasis successfully treated with acitretin therapy. **Infection and Chemotherapy**, v. 46, n. 2, p. 115–119, 2014.

MARQUES, S. A. *et al.* Psoríase associada à infecção pelo HIV/aids. **Psoríase associada à infecção pelo HIV/aids**, v. 15, n. 3, p. 117–121, 2010.

MERCHANT, O. F. A Case of Psoriasis in an HIV Positive Male. **Clinical Medical Reviews and Case Reports**, v. 2, n. 8, p. 2–3, 2015.

MONTES-TORRES, A. *et al.* Safety and effectiveness of conventional systemic therapy and biological drugs in patients with moderate to severe psoriasis and HIV infection: a retrospective multicenter study. **Journal of Dermatological Treatment**, v. 30, n. 5, p. 461–465, 2019.

NAVARRETE-DECHENT, C. *et al.* Manifestaciones dermatológicas asociadas a la infección por VIH/SIDA. **Revista Chilena de Infectología**, v. 32, n. Tabla 1, p. 57–71, 2015.

OKANO, J. T. *et al.* HIV transmission and source-sink dynamics in sub-Saharan Africa. **The lancet. HIV**, v. 7, n. 3, p. e209–e214, mar. 2020.

ORGANIZATION, W. H. HIV/AIDS surveillance in Europe. 2021.

PARPERIS, K. *et al.* Rheumatic diseases in HIV-infected patients in the post-antiretroviral therapy era: a tertiary care center experience. **Clinical Rheumatology**, v. 38, n. 1, p. 71–76, 2019.

RAMOS, C. *et al.* Psoriasis en pacientes con VIH: presentación de nueve casos. **Dermatol. peru**, v. 21, n. 2, p. 154–157, 2011.

ROEDERER, M. *et al.* CD8 naive T cell counts decrease progressively in HIV-infected adults. **Journal of Clinical Investigation**, v. 95, n. 5, p. 2061–2066, 1995.

ROMITI, R.; CARVALHO, A. V. E. DE; DUARTE, G. V. Consenso Brasileiro de Psoríase 2020 e Algoritmo de Tratamento da Sociedade Brasileira de Dermatologia. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 96, n. 6, p. 778–781, 2021.

RUIZ, M. DE F. A.; ALMEIDA, J. R. P. DE; OYAFUSO, D. G. L. K. Regressão de psoríase em paciente HIV-positivo após terapia anti-retroviral *. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 78, n. 6, p. 729–733, 2003.

SANTOS, M. *et al.* Psoríase cutânea e artropática grave em paciente com Aids: Boa resposta terapêutica com uso de terapia com etanercepte. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 87, n. 1, p. 135–138, 2012.

SAÚDE, S. DE V. EM. Boletim Epidemiológico HIV / Aids | 2021. **Secretaria de Vigilância em Saúde**, 2021.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Boletim Epidemiológico AIDS/HIV 2020 RJS. p. 1–44, 2020.

SHANNON, K. *et al.* The global response and unmet actions for HIV and sex workers. **The Lancet**, v. 392, n. 10148, p. 698–710, 2018.

SHARP, P. M.; HAHN, B. H. Origins of HIV and the AIDS pandemic. **Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine**, v. 1, n. 1, p. 1–22, 2011.

SOBRON, J. M. [Clinical case: severe attack of psoriasis in an HIV infected patient]. **Revista española de sanidad penitenciaria**, v. 12, n. 2, p. 54–57, 2010.

TORRES, B. A.; JOHNSON, H. M. Identification of an HIV-1 Nef peptide that binds to HLA class II antigens. **Biochemical and biophysical research communications**, v. 200, n. 2, p. 1059–1065, abr. 1994.

TOWNSLEY-FUCHS, J. *et al.* HIV-1 gp120: a novel viral B cell superantigen. **International reviews of immunology**, v. 14, n. 4, p. 325–338, 1997.

UNAIDS. World AIDS day [2]. **SA Pharmaceutical Journal**, v. 77, n. 1, p. 57, 2021.

VALDIMARSSON, H. *et al.* Psoriasis: a T-cell-mediated autoimmune disease induced by streptococcal superantigens? **Immunology today**, v. 16, n. 3, p. 145–149, mar. 1995.

VALENZUELA, F. *et al.* Erythrodermic psoriasis and human immunodeficiency virus: Association and therapeutic challenges. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 93, n. 3, p. 438–440, 2018.

VISSERS, W. H. P. M. *et al.* Memory effector (CD45RO+) and cytotoxic (CD8+) T cells appear early in the margin zone of spreading psoriatic lesions in contrast to cells expressing natural killer receptors, which appear late. **The British journal of dermatology**, v. 150, n. 5, p. 852–859, maio 2004.

YEN, Y. F. *et al.* HIV Infection Increases the Risk of Incident Psoriasis: A Nationwide Population-Based Cohort Study in Taiwan. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 75, n. 5, p. 493–499, 2017.

ANEXO A: ESCALA PASI – ÍNDICE DE GRAVIDADE DA PSORÍASE POR ÁREA

PASI (Psoriasis Area and Severity Index)

Nome do Paciente:

Peso Corporal:

Quadro 1 – Índice de Gravidade e Extensão das Lesões Psoriásicas utilizadas para cálculo do PASI (adaptado de Feldman SR e Krueger GG)

EXTENSÃO DAS LESÕES - E
0 (ausente)
1 (abaixo de 10%)
2 (10% - 30%)
3 (30% - 50%)
4 (50% - 70%)
5 (70% - 90%)
6 (acima de 90%)

ÍNDICE DE GRAVIDADE – IG (SOMA DAS PONTUAÇÕES DE ERITEMA, INFILTRAÇÃO E DESCAMAÇÃO)		
Eritema	Infiltração	Descamação
0 (ausente)	0 (ausente)	0 (ausente)
1 (leve)	1 (leve)	1 (leve)
2 (moderado)	2 (moderado)	2 (moderado)
3 (intenso)	3 (intenso)	3 (intenso)
4 (muito intenso)	4 (muito intenso)	4 (muito intenso)

Quadro 2 – Cálculo do Psoriasis Area and Severity Index (PASI)

(adaptado de Feldman SR e Krueger GG)

Região	PSC*	Extensão (E)**	Índice de Gravidade (IG)**	Índice de PASI da região (PSC)x(E)x(IG)
Cabeça	0,1			
Membros superiores	0,2			
Tronco	0,3			
Membros inferiores	0,4			
PASI Total (soma dos PASI das regiões)				

*Porcentagem da superfície corporal (0,1=10%;0,2=20%;0,3=30%;0,4=40%)

**Baseado no Quadro 1

DATA:

Assinatura

e Carimbo do Médico

ANEXO B

UNIRIO - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO GAFFREE E
GUINLE / HUGG- UNIRIO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO PERFIL CLÍNICO, EPIDEMIOLÓGICO E LABORATORIAL DOS PACIENTES COM HIV E PSORÍASE ENTRE OS ANOS DE 2003 E 2019 DO HUGG/UNIRIO

Pesquisador: MICHELLE ZOLET

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 46733121.1.0000.5258

Instituição Proponente: Hospital Universitário Gaffree e Guinle/HUGG/UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.816.546

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal para avaliar o perfil clínico, epidemiológico e laboratorial dos pacientes portadores do vírus HIV e com psoríase, entre os anos de 2003-2018 no Ambulatório de Imunologia do HUGG.

Será realizada a revisão dos prontuários dos pacientes do Ambulatório de Imunologia do HUGG entre os anos de 2013 e 2019, que utilizou como população alvo e população de estudo os pacientes do Ambulatório de Imunologia do HUGG que foram atendidos a partir do ano de 2003 até o final do ano de 2019.

Os dados obtidos no estudo serão analisados e comparados com o pacote estatístico R.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

-A avaliação do perfil clínico, epidemiológico e laboratorial dos pacientes portadores do vírus HIV e com psoríase, entre os anos de 2003-2019 no HUGG.

Objetivo Secundário:

-Avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes com psoríase e HIV, quanto a sexo, idade e

Endereço: Rua Mariz e Barros nº 775

Bairro: Tijuca

CEP: 22.270-004

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2264-5317

Fax: (21)2264-5177

E-mail: cephugg@gmail.com

UNIRIO - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO GAFFREE E
GUINLE / HUGG- UNIRIO



Continuação do Parecer: 4.816.546

ocupação:

- Avaliar a forma clínica da psoríase na apresentação inicial;
- Avaliar o nível de CD4 e Carga Viral na apresentação inicial da psoríase;
- Avaliar a temporalidade do início da psoríase, se antes ou após o diagnóstico da infecção pelo HIV;
- Avaliar modalidades terapêuticas utilizadas e controle da psoríase, incluindo uso de TAARV e tratamentos específicos para psoríase.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Atendendo à Resolução CNS 468/2012, o projeto está sendo submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNIRIO. Um estudo de dados secundários apresenta os riscos de estigmatização, invasão de privacidade, divulgação de dados confidenciais e risco à segurança dos prontuários. O estudo será realizado através da coleta de dados secundários em revisão de prontuários médicos do Serviço de Imunologia do HUGG. Os dados coletados ficarão sob responsabilidade do autor da pesquisa durante 5 anos, e após esse período, serão destruídos, garantindo a confidencialidade dos dados. O autor terá extremo cuidado ao manuseio dos prontuários para garantir a segurança desses documentos e garantir a privacidade dos dados colhidos, como também evitar qualquer ato de estigmatização. O risco é mínimo, já que apenas um pesquisador realizará a coleta de dados de todos os prontuários.

Benefícios:

Um estudo do perfil clínico, epidemiológico e laboratorial dos pacientes com as duas patologias contribuirá para melhor compreensão da fisiopatologia das doenças em questão e de um melhor manejo clínico dos pacientes, com conseqüente ganho na qualidade de vida desses indivíduos. Este estudo também irá promover a melhoria da qualidade do atendimento aos pacientes e facilitar a rotina para os profissionais de saúde, graduandos e pós-graduandos da UNIRIO.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, apresenta o tipo de estudo, elenca os participantes da pesquisa com critérios de inclusão e exclusão e o método comporta os objetivos. As referências bibliográficas sustentam os objetivos do estudo e seguem uma normatização. O cronograma mostra as diversas etapas da pesquisa, além de esclarecer que a coleta de dados ocorrerá após aprovação do projeto

Endereço: Rua Mariz e Barros nº 775
 Bairro: Tijuca CEP: 22.270-004
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2264-5317 Fax: (21)2264-5177 E-mail: cephugg@gmail.com

UNIRIO - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO GAFFRE E
GUINLE / HUGG- UNIRIO



Continuação do Parecer: 4.816.546

pelo CEP. Apresenta o orçamento com lista detalhada dos custos da pesquisa que serão financiados com recursos próprios conforme consta no campo apoio financeiro. Justifica a dispensa do uso do Termo de consentimento livre e esclarecido pelo uso de informações contidas em documentos e prontuários da pesquisa elencado neste estudo. Esclarece sobre os riscos presentes em estudo com análise documental em prontuário. Relata as variáveis, dados pertinentes à pesquisa, que serão utilizadas no projeto porém não apresenta em forma de instrumento de coleta de dados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1) Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos: ADEQUADA
- 2) Projeto de Pesquisa: ADEQUADO
- 3) Orçamento financeiro e fontes de financiamento: ADEQUADO
- 4) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: SOLICITA DISPENSA DE TCLE
- 5) Cronograma: ADEQUADO
- 6) Anuência da Instituição cenário: ADEQUADO
- 7) Instrumentos de coleta de dados: NÃO APRESENTOU

Recomendações:

Recomenda-se a elaboração do instrumento de coleta de dados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Solicita-se incluir instrumento de coleta de dado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicita-se incluir instrumento de coleta de dado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1713626.pdf	02/06/2021 09:35:57		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODEPESQUISADETALHADO.pdf	02/06/2021 09:35:34	MICHELLE ZOLET	Aceito
Brochura Pesquisa	BROCHURADEPESQUISA.pdf	02/06/2021 09:34:19	MICHELLE ZOLET	Aceito
Outros	termodeanuencia.jpeg	08/05/2021 13:24:14	MICHELLE ZOLET	Aceito

Endereço: Rua Mariz e Barros nº 775
 Bairro: Tijuca CEP: 22.270-004
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2264-5317 Fax: (21)2264-5177 E-mail: cephugg@gmail.com

UNIRIO - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO GAFFREE E
GUINLE / HUGG- UNIRIO



Continuação do Parecer: 4.816.546

Outros	formulariocadastrodepesquisa.pdf	06/05/2021 12:19:44	MICHELLE ZOLET	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMOSOLICDEDISPENSATCLE2021.pdf	06/05/2021 12:15:10	MICHELLE ZOLET	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostodigitalizada.pdf	09/03/2021 10:27:45	MICHELLE ZOLET	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 30 de Junho de 2021

Assinado por:
Jorge Francisco da Cunha Pinto
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Mariz e Barros nº 775
Bairro: Tijuca CEP: 22.270-004
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2264-5317 Fax: (21)2264-5177 E-mail: cephugg@gmail.com