

AMBULATÓRIO CONJUNTO DE DERMATOLOGIA E REUMATOLOGIA PARA TRATAMENTO DE PSORÍASE E ARTRITE PSORIÁSICA: EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO NO SUL DO BRASIL

COMBINED DERMATOLOGY AND RHEUMATOLOGY OUTPATIENT CLINIC FOR THE MANAGEMENT OF PSORIASIS AND PSORIATIC ARTHRITIS: A SOUTHERN BRAZILIAN EXPERIENCE

Fabiana Bazanella de Oliveira¹, Bruna Ossanai Schoenardie¹, Nicolle Gollo Mazzotti¹, Penélope Esther Palominos², Charles Lubianca Kohem², Tania Ferreira Cestari¹, Juliana Catucci Boza¹

RESUMO

Introdução: Diversas diretrizes enfatizam as vantagens do manejo multidisciplinar no cuidado ao paciente com psoríase (PSO) e artrite psoriásica (PSA). O diagnóstico precoce de PSA se relaciona com melhores desfechos em 5 anos. No entanto, o diagnóstico precoce de PSA ainda é um desafio.

Métodos: Estudo transversal retrospectivo de pacientes com diagnóstico prévio ou suspeito de PSO e/ou PSA atendidos em ambulatório conjunto de dermatologia e reumatologia do sul do Brasil de janeiro de 2013 a janeiro de 2017.

Resultados: Entre os 55 pacientes previamente diagnosticados com PSO, 30,9% (n = 17) foram diagnosticados com PSA. Alterações do tratamento foram feitas em 58,5% (n = 48) dos pacientes, principalmente devido ao mau controle da pele e das articulações. Os imunobiológicos foram a classe de medicamentos mais comumente iniciada, correspondendo a 35,4% (n = 17) das modificações terapêuticas. O metotrexato foi o segundo medicamento mais comumente iniciado (18,8%, n = 9) ou com modificação da dose ou via de administração (20,8%, n = 10), totalizando 39,6% (n = 19) de modificações terapêuticas. Houve um aumento na proporção de pacientes em uso de tratamento sistêmico (79,3%, n = 65).

Conclusão: Este estudo reforça a importância da abordagem multidisciplinar no diagnóstico precoce da PSA e demonstra que a abordagem conjunta entre dermatologia e reumatologia é possível de ser realizada no Brasil, com resultados semelhantes aos reportados na literatura internacional.

Palavras-chave: Psoríase; Artrite psoriásica; Pesquisa interdisciplinar; Diagnóstico precoce

ABSTRACT

Introduction: Several guidelines emphasize the advantages of multidisciplinary management of patients with psoriasis (PSO) or psoriatic arthritis (PSA). Early diagnosis of PSA is associated with better outcomes in 5 years. However, early diagnosis of PSA remains a challenge.

Methods: We conducted a retrospective cross-sectional study of patients with previous or suspected diagnosis of PSO and/or PSA treated at a combined dermatology and rheumatology outpatient clinic in southern Brazil from January 2013 to January 2017.

Clin Biomed Res. 2021;41(4):1-6

1 Serviço de Dermatologia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, RS, Brasil.

2 Serviço de Reumatologia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, RS, Brasil.

Autor correspondente:

Juliana Catucci Boza
jboza@hcpa.edu.br
Serviço de Dermatologia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Rua Ramiro Barcelos, 2350
90035-903, Porto Alegre, RS, Brasil.

Results: Of 55 patients previously diagnosed with PSO, 30.9% (n = 17) were diagnosed with PSA. Changes in treatment were made in 58.5% (n = 48) of patients, mainly due to poor control of cutaneous and articular symptoms. Immunobiological agents were the most commonly prescribed class of drugs, corresponding to 35.4% (n = 17) of changes in medical therapy. Methotrexate was the second most commonly prescribed drug (18.8%; n = 9) and the second drug to undergo most changes in dose or route of administration (20.8%; n = 10), accounting for 39.6% (n = 19) of changes in medical therapy. There was an increase in the number of patients undergoing systemic therapies (79.3%; n = 65).

Conclusions: This study reinforces the importance of a multidisciplinary approach in the early diagnosis of PSA and demonstrates that a collaborative approach between dermatology and rheumatology is feasible in Brazil, with outcomes similar to those reported in the international literature.

Keywords: *Psoriasis; Psoriatic arthritis; Multidisciplinary research; Early diagnosis*

INTRODUÇÃO

A fim de aumentar o diagnóstico precoce da artrite psoriásica (PSA) e melhorar o manejo de pacientes com psoríase (PSO) e PSA, recomenda-se uma abordagem multidisciplinar com avaliação combinada de dermatologia e reumatologia^{1,2}. Atualmente, várias diretrizes enfatizam a necessidade e maior efetividade da abordagem multidisciplinar no cuidado ao paciente com PSO e PSA¹⁻⁵.

O diagnóstico precoce da PSA se correlaciona com menor progressão radiográfica e maior probabilidade de manter a atividade mínima da doença em 5 anos^{6,7}. No entanto, o diagnóstico de PSA ainda é um problema: estudo recente demonstrou que 15,5% dos pacientes em acompanhamento dermatológico apresentam PSA sem diagnóstico⁸. Outro estudo multicêntrico encontrou uma prevalência de 33,0% de PSA em indivíduos com PSO acompanhados em centros de dermatologia terciários, e metade deles não possuía diagnóstico prévio de PSA⁹. Como a manifestação cutânea precede o envolvimento articular em 70 a 80% dos pacientes com APS, os dermatologistas têm um papel importante na triagem de pacientes com manifestações articulares.

Além disso, PSO e PSA têm sido associadas a inúmeras comorbidades, como obesidade, hipertensão, dislipidemia e diabetes mellitus tipo 2¹⁰⁻¹⁸. Estes pacientes também apresentam maior incidência de desfechos cardiovasculares desfavoráveis¹⁹⁻²¹. Dermatologistas e reumatologistas desempenham papel fundamental na identificação e tratamento dessas comorbidades.

Recentemente, foram relatadas experiências com abordagens multidisciplinares envolvendo dermatologistas e reumatologistas: nesses trabalhos, a modificação do diagnóstico prévio e a terapia atual eram frequentes²²⁻²⁶. Um alto nível de satisfação dos pacientes foi observado com o duplo manejo²⁵. A avaliação combinada de dermatologia e reumatologia aumentou a prescrição de terapia sistêmica (14,6% vs. 36,9%) em comparação à consulta separada de rotina (OR = 5.1), mas não há dados sobre o impacto financeiro da estratégia no sistema de saúde²³. Uma revisão sistemática da literatura sugeriu que

o manejo multidisciplinar parecia ser mais eficaz na melhora dos sintomas cutâneos e articulares de pacientes com PSO e PSA moderadas a grave, mas as evidências eram limitadas e o tempo de espera para uma visita na abordagem combinada foi mais longo do que consulta convencional²².

O presente estudo relata uma experiência de quatro anos em um ambulatório multidisciplinar de dermatologia e reumatologia em um hospital universitário terciário localizado no sul do Brasil. O objetivo do estudo foi descrever o perfil dos pacientes encaminhados ao ambulatório, o número de pacientes com PSA recém-diagnosticados entre os indivíduos com PSO e as mudanças na terapia após a abordagem conjunta.

MÉTODOS

Ambulatório Conjunto de Dermatologia-Reumatologia: Em 2012, foi criado um ambulatório de atendimento multidisciplinar, liderado por especialistas com experiência e interesse em doenças psoriásicas, para atender pacientes encaminhados pelos departamentos de Dermatologia e Reumatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brasil. Uma vez por mês, os pacientes são avaliados por dermatologistas, sob a supervisão de um dermatologista e um reumatologista com experiência em PSO e PSA.

Foi realizado um estudo transversal retrospectivo. Foram revisados os prontuários médicos de pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, atendidos no ambulatório conjunto de dermatologia-reumatologia, de janeiro de 2013 a janeiro de 2017, com diagnóstico prévio ou suspeito de PSO e/ou PSA. O diagnóstico de PSA foi estabelecido através dos critérios CASPAR²⁷. Dados sobre idade, sexo, tabagismo e comorbidades foram coletados. O índice de gravidade da área da psoríase (PASI) e a área da superfície corporal (BSA) foram registrados para avaliar a gravidade da PSO na linha de base²⁸. O motivo do encaminhamento, diagnóstico prévio, diagnóstico final após avaliação dupla e alterações na terapia foram registrados.

Análises estatísticas: As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão ou mediana

e intervalo interquartil. As variáveis qualitativas foram relatadas como frequências absolutas e relativas.

Padrões éticos: O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (número 2017-0100) e seguiu as declarações de Direito Humano e Animal.

RESULTADOS

Foram realizadas 158 visitas, correspondendo a 82 pacientes. As características dos participantes da primeira consulta no ambulatório de dermatologia-reumatologia estão apresentadas na Tabela 1. A maioria dos participantes era do sexo feminino (54,9%, n = 45),

com idade média \pm DP de 53 ± 12 anos. O número médio de visitas por paciente foi de $1,9 \pm 0,5$; 43 pacientes (52,4%) tiveram apenas uma visita. Dos 82 pacientes encaminhados ao ambulatório, 73 (89,0%) foram agendados por dermatologistas. O principal motivo do encaminhamento dos pacientes foi a avaliação dos sintomas articulares (68,3%, n = 56).

Entre os 82 pacientes analisados, 67,1% (n = 55) tinham diagnóstico prévio de PSO, 4,9% (n = 4) de PSA sem PSO, 25,6% (n = 21) tinham diagnóstico prévio de PSA e PSO, 1,2% (n = 1) artrite reumatoide e 1,2% (n = 1) espondilite anquilosante. Todos esses pacientes tiveram o diagnóstico de psoríase confirmado na primeira consulta. A Tabela 1 resume as características dos pacientes.

Tabela 1: Características dos 82 pacientes na primeira visita.

Características dos pacientes	N = 82
Idade (média \pm SD)	53 \pm 12
Sexo Feminino (%)	45 (54.9)
Gravidade da Psoríase* (%)	
Leve	20 (24.4)
Moderada a Grave	62 (75.6)
Comorbidades (%)	
Doença cardiovascular**	16 (19.5)
Hipertensão Arterial	40 (48.8)
Obesidade	24 (29.3)
Dislipidemia	30 (36.6)
Diabetes mellitus	22 (26.8)
Ansiedade	3 (3.7)
Depressão	19 (23.2)
Tabagismo	12 (14.6)
Etilismo	2 (2.4)
Especialidade que referenciou o paciente (%)	
Dermatologia	73 (89.0)
Tratamento atual*** (%)	
Metotrexato	30 (36.6)
Imunobiológico	12 (14.6)
Acitretina	12 (14.6)
Tratamento tópico	24 (29.3)
Fototerapia	8 (9.8)
Sem tratamento	5 (6.1)

*Leve: PASI e BSA < 10; Moderada a Grave: PASI e/ou BSA > ou = 10. ** Doença cardíaca isquêmica e cerebrovascular. *** Alguns pacientes recebiam mais de uma terapia.

Entre os 55 pacientes previamente diagnosticados com PSO, 30,9% (n = 17) foram diagnosticados com PSA. Entre os 25 pacientes previamente diagnosticados com PSA o diagnóstico foi confirmado

em 84,0% (n = 21). Os dois pacientes previamente diagnosticados como artrite reumatoide e espondilite anquilosante tiveram seu diagnóstico modificado para PSA. Alterações do tratamento foram feitas em 58,5%

(n = 48) dos pacientes, principalmente devido ao mau controle da pele e das articulações (Tabela 2).

Tabela 2: Razões para otimização de tratamento nos 48 (58.5%) pacientes que tiveram o tratamento modificado.

Razões para otimização de tratamento	N (%)
Sem controle cutâneo	13 (27.1)
Sem controle articular	13 (27.1)
Sem controle cutâneo e articular	17 (35.4)
Efeitos adversos	3 (6.2)
Outros	2 (4.2)

Os imunobiológicos foram a classe de medicamentos mais comumente iniciada no período do estudo, correspondendo a 35,4% (n = 17) das modificações terapêuticas. O agente imunobiológico mais frequentemente iniciado foi Adalimumabe (35,3%, n = 6), seguido de Ustequinumabe (29,4%, n = 5), Secuquinumabe (17,6%, n = 3), Infliximabe (11,8%, n = 2) e Ixequizumabe (5,9%, n = 1).

O metotrexato foi o segundo medicamento mais comumente iniciado (18,6%, n = 9) ou com modificação da dose ou via de administração (20,8%, n = 10), totalizando 39,6% (n = 19) de modificações terapêuticas. Anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) foram prescritos para 25,0% dos pacientes (n = 12). Acitretina foi iniciada ou teve sua dose modificada em 8,3% (n = 4). Três pacientes iniciaram sulfassalazina (6,3%) e quatro (8,3%) iniciaram fototerapia com UVB de banda estreita após avaliação multidisciplinar. Dessa forma, foi possível observar um aumento na proporção de pacientes em uso de tratamento sistêmico (79,3%, n = 65).

Resumo das modificações terapêuticas na Tabela 3.

Tabela 3: Mudanças na terapia após avaliação multidisciplinar.

Mudanças no tratamento	N (%) (N=48)
Imunobiológico (nova prescrição ou modificação de dose)	18 (37.5)
Metotrexato (nova prescrição ou modificação de dose)	19 (39.6)
Acitretina (nova prescrição ou modificação de dose)	4 (8.4)
Sulfassalazina (nova prescrição)	3 (6.3)
Fototerapia UVB banda estreita (UVB-NB) (nova prescrição)	4 (8.3)

DISCUSSÃO

A experiência de quatro anos com o ambulatório multidisciplinar de dermatologia-reumatologia para pacientes com PSO e PSA resultou em resultados positivos: 30,9% dos pacientes com PSO foram diagnosticados recentemente com PSA e 58,5% tiveram seu tratamento atual otimizado após avaliação conjunta⁹.

Existem outros relatos com experiências semelhantes na literatura: Velez et al. demonstraram que 53,2% dos pacientes com PSO e dor musculoesquelética referenciados ao Centro de Pele em Doenças Musculoesqueléticas Relacionadas (SARM) em Boston, MA, EUA, receberam novo diagnóstico de PSA²³. Luelmo et al. encontraram uma prevalência de 24% de pacientes com PSA recém-diagnosticados entre os indivíduos com PSO encaminhados para uma unidade de dermatologia-reumatologia²⁶ e percentuais mais altos de novos diagnósticos de PSA (58,9%) também foram observados no estudo de Urruticoechea-Arana et al.²⁹

No Brasil, um estudo multicêntrico de Ranza et al. encontrou uma prevalência de 33% de PSA entre pacientes com diagnóstico de PSO. Destes, 49% não tinham diagnóstico prévio de PSA antes da avaliação pelo reumatologista⁹. Isso reforça a importância de uma avaliação multidisciplinar do paciente com psoríase no nosso país. Infelizmente, a abordagem conjunta ainda não é uma realidade na grande maioria dos Serviços no Brasil.

Na maioria dos estudos publicados, foi observado um aumento na prescrição de terapias sistêmicas após a avaliação multidisciplinar³⁰, principalmente com a introdução de drogas imunobiológicas e/ou metotrexato, o que vai de encontro com o que foi observado em nossa população. No estudo de Urruticoechea-Arana et al., o percentual de pacientes em uso de metotrexato ou imunobiológico aumentou de 17% para 29% e de 30,4% para 39,3%, respectivamente²⁹. Em Luelmo et al., metotrexato foi introduzido mais comumente do que os medicamentos biológicos, responsáveis por 30% e 12% das alterações terapêuticas, respectivamente²⁶.

Em nossa experiência, o principal motivo para o encaminhamento de pacientes com PSO para o ambulatório de dermatologia-reumatologia foi a suspeita de PSA pelo dermatologista, mas isso não é consenso na literatura. Nos estudos publicados, o principal motivo varia entre a dúvida diagnóstica em relação à presença de PSO ou PSA e a otimização terapêutica^{23-26,29}. Em diversos estudos, o encaminhamento é realizado com mais frequência pelos reumatologistas, diferentemente do nosso estudo^{26,29}.

Embora os benefícios da abordagem conjunta já sejam amplamente conhecidos, a abordagem tradicional ainda é mais prevalente no mundo. Um estudo de 2016 apontou que apenas cerca de um terço dos dermatologistas e reumatologistas nos Estados Unidos realizavam co-manejo de seus pacientes³¹. Isso se deve em grande parte aos desafios na implementação dos ambulatórios conjuntos.

Uma grande dificuldade enfrentada no nosso estudo foi a coordenação de horários por parte das duas equipes, as quais atendem um grande volume de pacientes, para possibilitar uma avaliação por ambos especialistas na mesma consulta. Por este motivo, nosso ambulatório conjunto é realizado apenas uma

vez ao mês e, frequentemente, todos os horários de marcação de consultas neste dia são preenchidos. Esta dificuldade é relatada por muitos grupos que se propuseram a oferecer uma abordagem multidisciplinar aos pacientes com PSO e PSA³². A dificuldade de horários e a grande demanda de atendimentos no Sistema Único de Saúde (SUS) dificultam o seguimento dos pacientes, os quais frequentemente são avaliados conjuntamente apenas uma vez e após seguem seu tratamento apenas com sua equipe de origem (dermatologia ou reumatologia).

Outra dificuldade reportada na literatura é o custo do atendimento conjunto. Em países no qual o sistema de saúde é majoritariamente privado, o atendimento multidisciplinar por vezes resultou em uma cobrança dupla dos pacientes³³. Felizmente, nosso ambulatório não enfrentou este tipo de dificuldade, pois a natureza pública e gratuita do Sistema Único de Saúde brasileiro possibilitou atendimento conjunto sem custo adicional aos pacientes.

De um ponto de vista educacional, a exposição dos médicos residentes ao ambulatório conjunto é bastante benéfica. A exposição no início da formação dos residentes a discussões de casos entre as duas especialidades aumenta o entendimento da fisiopatologia e do manejo tanto da PSO quanto da PSA, o que contribui para a formação de uma nova geração de dermatologistas e reumatologistas que estarão mais alertas para as necessidades de seus pacientes, realizando diagnósticos mais frequentes,

um manejo mais adequado e, quando necessário, um encaminhamento mais precoce^{32,34}.

As limitações do presente estudo são o desenho retrospectivo e a avaliação de pacientes de um centro único. Além disso, nosso estudo foi realizado em um centro terciário, o que explica a alta prevalência de PSO moderada ou grave em nossa população em estudo, fato que pode justificar uma alta prevalência de PSA entre os pacientes.

No entanto, a alta taxa de pacientes recém-diagnosticados com PSA sugere que a abordagem multidisciplinar permitiu o diagnóstico mais precoce da PSA. Este trabalho reforça que a abordagem multidisciplinar é possível de ser realizada no Brasil e deve ser adotada sempre que possível.

Este trabalho enfatiza os benefícios do manejo multidisciplinar dermatologia-reumatologia para pacientes com PSO, principalmente no diagnóstico precoce e tratamento da PSA, o qual é muito importante para modificar o curso da doença. Além disso, nossa experiência de quatro anos reforça que a abordagem multidisciplinar é possível de ser realizada no Brasil, com resultados semelhantes aos reportados na literatura internacional. Estudos adicionais comparando a proporção de pacientes no nosso meio que atingem a atividade mínima da doença/remissão de PSA e o controle ideal de PSO entre o tratamento padrão e a abordagem dupla de dermatologia-reumatologia são necessários.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Daudén E, Castañeda S, Suárez C, García-Campayo J, Blasco AJ, Aguilar MD, et al. Clinical practice guideline for an integrated approach to comorbidity in patients with psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2013;27(11):1387-404.
- Betteridge N, Boehncke WH, Bundy C, Gossec L, Gratacós J, Augustin M. Promoting patient-centred care in psoriatic arthritis: a multidisciplinary European perspective on improving the patient experience. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2016;30(4):576-85.
- Gossec L, Smolen JS, Gaujoux-Viala C, Ash Z, Marzo-Ortega H, van der Heijde D, et al. European League Against Rheumatism recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies. *Ann Rheum Dis*. 2012;71(1):4-12.
- Richard MA, Barnette T, Rouzaud M, Sevrain M, Villani AP, Aractingi S, et al. Evidence-based recommendations on the role of dermatologists in the diagnosis and management of psoriatic arthritis: systematic review and expert opinion. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2014;28(s5):3-12.
- Cañete JD, Daudén E, Queiro R, Aguilar MD, Sánchez-Carazo JL, Carrascosa JM, et al. Recommendations for the coordinated management of psoriatic arthritis by rheumatologists and dermatologists: a Delphi study. *Actas Dermosifiliogr*. 2014;105(3):216-32.
- Anandarajah AP, Ritchlin CT. The diagnosis and treatment of early psoriatic arthritis. *Nat Rev Rheumatol*. 2009;5(11):634-41.
- Ogdie A, Weiss P. The epidemiology of psoriatic arthritis. *Rheum Dis Clin North Am*. 2015;41(4):545-68.
- Villani AP, Rouzaud M, Sevrain M, Barnette T, Paul C, Richard MA, et al. Prevalence of undiagnosed psoriatic arthritis among psoriasis patients: systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol*. 2015;73(2):242-8.
- Ranza R, Carneiro S, Qureshi AA, Martins G, Rodrigues JJ, Romiti R, et al. Prevalence of psoriatic arthritis in a large cohort of Brazilian patients with psoriasis. *J Rheumatol*. 2015;42(5):829-34.
- Eder L, Haddad A, Rosen CF, Lee KA, Chandran V, Cook R, et al. The incidence and risk factors for psoriatic arthritis in patients with psoriasis: a prospective cohort study. *Arthritis Rheumatol*. 2016;68(4):915-23.
- Wilson FC, Icen M, Crowson CS, McEvoy MT, Gabriel SE, Kremers HM. Incidence and clinical predictors of psoriatic arthritis in patients with psoriasis: a population-based study. *Arthritis Rheum*. 2009;61(2):233-9.

12. Yang Q, Qu L, Tian H, Hu Y, Peng J, Yu X, et al. Prevalence and characteristics of psoriatic arthritis in Chinese patients with psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2011;25(12):1409-14.
13. Ogdie A, Langan S, Love T, Haynes K, Shin D, Seminara N, et al. Prevalence and treatment patterns of psoriatic arthritis in the UK. *Rheumatology (Oxford)*. 2013;52(3):568-75.
14. Love TJ, Zhu Y, Zhang Y, Wall-Burns L, Ogdie A, Gelfand JM, et al. Obesity and the risk of psoriatic arthritis: a population-based study. *Ann Rheum Dis*. 2012;71(8):1273-7.
15. Li W, Han J, Qureshi AA. Obesity and risk of incident psoriatic arthritis in US women. *Ann Rheum Dis*. 2012;71(8):1267-72.
16. Boehncke S, Thaci D, Beschmann H, Ludwig RJ, Ackermann H, Bandenhoop K, et al. Psoriasis patients show signs of insulin resistance. *Br J Dermatol*. 2007;157(6):1249-51.
17. Jamnitski A, Symmons D, Peters MJ, Sattar N, McInnes I, Nurmoharmed MT. Cardiovascular comorbidities in patients with psoriatic arthritis: a systematic review. *Ann Rheum Dis*. 2013;72(2):211-6.
18. Gottlieb AB, Dann F. Comorbidities in patients with psoriasis. *Am J Med*. 2009;122(12):1150.e1-9.
19. Neimann AL, Shin DB, Wang X, Margolis DJ, Troxel AB, Gelfand JM. Prevalence of cardiovascular risk factors in patients with psoriasis. *J Am Acad Dermatol*. 2006;55(5):829-35.
20. Gelfand JM, Troxel AB, Lewis JD, Kurd SK, Shin DB, Wang X, et al. The risk of mortality in patients with psoriasis: results from a population-based study. *Arch Dermatol*. 2007;143(12):1493-9.
21. Aractingi S, Aubin F, Joly P, Le Maître M, Ortonne JP, Paul C, et al. Cardiovascular morbidity and mortality in psoriasis and psoriatic arthritis: a systematic literature review. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2013;27(s3):12-29.
22. Cobo-Ibáñez T, Villaverde V, Seoane-Mato D, Muñoz-Fernández S, Guerra M, Del Campo PD, et al. Multidisciplinary dermatology-rheumatology management for patients with moderate-to-severe psoriasis and psoriatic arthritis: a systematic review. *Rheumatol Int*. 2016;36(2):221-9.
23. Velez NF, Wei-Passanese EX, Husni ME, Mody EA, Qureshi AA. Management of psoriasis and psoriatic arthritis in a combined dermatology and rheumatology clinic. *Arch Dermatol Res*. 2012;304(1):7-13.
24. Pérez-Barrio S, Galindez E, Alzaga JMC, Garcia-Vivar ML, Urigoitia P, Belloso RI. Psoriasis and psoriatic arthropathy multidisciplinary clinic at Basurto University Hospital: 2 years of experience. *J Am Acad Dermatol*. 2014;70(5) Suppl 1:AB180.
25. Foulkes AC, Chinoy H, Warren RB. High Degree of Patient Satisfaction and Exceptional Feedback in a Specialist Combined Dermatology and Rheumatology clinic. 2012. Poster session presented at British Association of Dermatologists' Annual Meeting, Birmingham.
26. Luelmo J, Gratacós J, Moreno Martínez-Losa M, Ribera M, Romaní J, Calvet J, et al. A report of 4 years of experience of a multidisciplinary unit of psoriasis and psoriatic arthritis. *Reumatol Clin*. 2014;10(3):141-6.
27. Taylor W, Gladman D, Helliwell P, Marchesoni A, Mease P, Mielants H; CASPAR Study Group. Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. *Arthritis Rheum*. 2006;54(8):2665-73.
28. Henseler T, Schmitt-Rau K. A comparison between BSA, PASI, PLASI and SAPASI as measures of disease severity and improvement by therapy in patients with psoriasis. *Int J Dermatol*. 2008;47(10):1019-23.
29. Urruticochea-Arana A, Serra Torres M, Hergueta Diaz M, González Guerrero ME, Fariñas Padron L, Navarro Martín S, et al. Experience and satisfaction with a multidisciplinary care unit for patients with psoriasis an psoriatic arthritis. *Reumatol Clin*. 2019;15(4):237-41. English, Spanish. doi: 10.1016/j.reuma.2017.07.007. Epub 2017 Aug 24.
30. Luchetti MM, Benfaremo D, Campanati A, Molinelli E, Ciferri M, Cataldi S, et al. Clinical outcomes and feasibility of the multidisciplinary management of patients with psoriatic arthritis: two-year clinical experience of a dermo-rheumatologic clinic. *Clin Rheumatol*. 2018;37(10):2741-9. doi: 10.1007/s10067-018-4238-4. Epub 2018 Jul 29.
31. Lebwohl MG, Kavanaugh A, Armstrong AW, Van Voorhees AS. US perspectives in the management of psoriasis and psoriatic arthritis: patient and physician results from the population-based multinational assessment of psoriasis and psoriatic arthritis (MAPP) survey. *Am J Clin Dermatol*. 2016;17(1):87-97. doi: 10.1007/s40257-015-0169-x.
32. Soleymani T, Reddy SM, Cohen JM, Neimann AL. Early recognition and treatment heralds optimal outcomes: the benefits of combined rheumatology-dermatology clinics and integrative care of psoriasis and psoriatic arthritis patients. *Curr Rheumatol Rep*. 2017;20(1):1. doi: 10.1007/s11926-017-0706-0.
33. McNamara D. Benefits, challenges emerge in evolution of rheumatology-dermatology clinics. 2016 July 21 [citado 2021 mar 3]. In: *Dermatology News* [Internet]. Disponível em: <https://www.mdedge.com/dermatology/article/110512/psoriasis/benefits-challenges-emerge-evolution-rheumatology-dermatology>
34. Theodorakopoulou E, Dalamaga M, Katsimbri P, Boumpas DT, Papadavid E. How does the joint dermatology-rheumatology clinic benefit both patients and dermatologists? *Dermatol Ther*. 2020;33(3):e13283. doi: 10.1111/dth.13283. Epub 2020 Mar 3.

Recebido: 11 abr, 2021
Aceito: 29 maio, 2021