



**MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA –
TRABALHO FINAL**

Patrícia Raquel Madureira Sousa Cardoso

**PSORÍASE UM EVENTO DE VIDA
IMPACTO BIOPSIKOSSOCIAL NO INDIVÍDUO PORTADOR DE
DOENÇA**

Artigo de Revisão Narrativa

ÁREA CIENTÍFICA DE DERMATOLOGIA

Trabalho realizado sob orientação de:

Hugo Schönenberger de Oliveira

Abril, 2021

RESUMO

A psoríase é uma doença inflamatória crónica, imunomediada, que afeta cerca de 3% da população mundial, de igual distribuição entre homens e mulheres, com picos entre os 15-30 e os 50-60 anos. Clinicamente, caracteriza-se por placas eritemato-descamativas, de margens bem definidas, que surgem mais frequentemente no couro cabeludo, cotovelos e joelhos, embora possam acometer todas as zonas do corpo. Em cerca de 20% dos doentes envolve as articulações (artrite psoriática).

Este estudo pretende esclarecer quais os aspetos biopsicossociais com impacto na qualidade de vida dos indivíduos afetados pela psoríase, de forma a adotar uma abordagem multidisciplinar destes doentes.

O método utilizado para este estudo será uma revisão bibliográfica através da pesquisa de artigos científicos referentes ao tema publicados nos bancos de dados indexados *Pubmed*, *UpToDate*, *b-on* e *Medscape*, e consulta de livros de referência da área da Dermatologia, Psicologia, Psiquiatria e Sociologia. Nas referidas bases de dados foram identificados 1131 artigos, os quais foram selecionados, principalmente, de acordo com enfoque nas características da doença e aspetos biopsicossociais do impacto da mesma nos indivíduos portadores.

Palavras-chave: Psoríase, adaptação psicossocial; aspetos biopsicossociais; stress qualidade de vida;

ABSTRACT

Psoriasis is a chronic, immune-mediated inflammatory disease that affects about 3% of the world population, with an equal distribution between men and women, with peaks between 15-30 and 50-60 years. Clinically, it is characterized by erythematous-squamous, well-defined plaques that appear more frequently on the scalp, elbows, and knees, although they can affect all areas of the body. In about 20% of patients the joints are involved (psoriatic arthritis).

This study aims to clarify which biopsychosocial aspects have an impact on the quality of life of individuals with psoriasis, in order to adapt a multidisciplinary approach to these patients.

The method used for this study will be a bibliographic review through the search for scientific articles on the topic published in the indexed databases Pubmed, UpToDate, b-on and Medscape, and consultation of reference books in Dermatology, Psychology, Psychiatry and Sociology. In these databases, 1131 articles were identified, which were selected, mainly, according to the focus on the characteristics of the disease and on the biopsychosocial aspects of its impact on individuals.

Keywords: Psoriasis, psychosocial adaptation; biopsychosocial aspects; stress; quality of life.

AGRADECIMENTOS

Ao meu pai que motivou a realização deste trabalho, pelas imensas experiências não vividas desde o diagnóstico de psoríase.

À minha mãe por todo apoio incondicional nesta jornada, mesmo quando pensava baixar os braços.

Ao meu irmão pelo apoio na decisão de seguir este percurso, mesmo cheio de incertezas.

À minhas sobrinhas Francisca e Maria João pelas horas que as privei de abraços e diversão para me dedicar a este trabalho.

À minha madrinha por todos os mimos.

Aos meus avós que viraram estrelinhas, mas para os quais seria um orgulho imenso assistir a este percurso.

Ao Zé que em nenhum momento duvidou que fosse possível, pelo apoio, carinho e noitadas nesta jornada.

Por último, mas não menos importante, ao Dr. Hugo Shönenberger de Oliveira, orientador deste trabalho, pelo incentivo à exploração do tema, apoio, paciência e sentido prático com que me orientou ao longo da realização deste trabalho.

ÍNDICE

Hugo Schöenberger de Oliveira	1
RESUMO	2
ABSTRACT	3
Índice de figuras	7
Índice de abreviaturas	8
INTRODUÇÃO	9
1.1 Etiopatogenia da psoríase	11
1.2 Fatores genéticos	12
1.3 Fatores ambientais	12
1.4 Fatores desencadeantes	13
1.4.1 O stresse	14
2. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS	16
2.1 Psoríase vulgar	16
2.2 Psoríase palmoplantar	17
2.3 Psoríase ungueal	18
2.4 Psoríase pustulosa	19
2.5 Psoríase inversa	20
2.6 Psoríase Eritrodérmica	21
2.7 Psoríase gutata	21
2.8 Artrite psoriática	23
3. PSORÍASE E ALTERAÇÕES NA QUALIDADE DE VIDA	24
3.1 Adolescência	26
3.2 Vida familiar e sexual	28
3.3 Atividades laborais, desportivas e de lazer	30
3.4 Vida social e relações interpessoais	32
3.5 Psicológico	33
4. FATORES MODELADORES DO IMPACTO BIOPSISSOCIAL NO INDIVÍDUO PORTADOR DE PSORÍASE	36
4.1 Fatores que modulam o impacto da doença	36
4.2 Comorbilidades	36
4.3 Localização das lesões	38

4.3.1 Couro cabeludo	38
4.3.2 Psoríase facial.....	39
4.3.3 Áreas intertriginosas	39
4.3.4 Psoríase genital	41
4.3.5 Psoríase palmoplantar.....	41
4.3.6 Envolvimento ungueal.....	42
4.3.7 Artrite psoriática	43
5. ADAPTAÇÃO PSICOSSOCIAL DO PORTADOR DE PSORÍASE	44
5.1 Características da personalidade.....	44
5.2 Estratégias de <i>coping</i>.....	45
6. Conclusão	48
Bibliografia	50

Índice de figuras

Figura 1 - psoríase vulgar ou em placas	16
Figura 2 – Psoríase palmoplantar	17
Figura 3 – Psoríase ungueal.....	18
Figura 4 - psoríase pustolosa	19
Figura 5 – psoríase inversa	20
Figura 6 - psoríase eritrodermica.....	21
Figura 7 - psoríase gutata.....	22
Figura 8 – artrite psoriática.....	23
Figura 9 – psoríase no couro cabeludo	39
Figura 10 – psoríase facial.....	39
Figura 11 - psoríase intertriginosa	40
Figura 12 - psoríase genital	41
Figura 13 - psoríase palmoplantar	42
Figura 14 -psoríase ungueal.....	44

Índice de abreviaturas

CDLQI – Children DermatologyLife Quality Index

DLQI – Dermatology Life Quality Index

IMC – Índice de massa corporal

FDG PET - Fluorodexyglucose Positron Emission Tomography

PASI – Psoriasis area and severity index

PedsQL – Pediatric quality of life

PsAID – Questionário de impacto da artrite psoriática

QVRS – Qualidade de Vida relacionada com a saúde

SNC – Sistema Nervoso Central

SWB - Subjective Well Being

INTRODUÇÃO

A psoríase é uma doença crónica, sistémica, imunomediada, com elevado impacto físico, psicológico e social (1). Estima-se que afete cerca de 3% da população mundial e que em Portugal existam 250 000 doentes, com igual incidência em ambos os sexos, com picos entre os 15-30 e os 50-60 anos (2).

Trata-se de uma dermatose com expressão clínico-patológica variável, apresentando períodos de exacerbação e remissão imprevisíveis que podem ocorrer de forma espontânea ou induzida pela terapêutica (3,4,5) .

A etiologia da psoríase não se encontra completamente esclarecida, a doença não está associada a um único fator desencadeante, mas a uma cascata de eventos (6). Sabe-se nos dias de hoje, que embora haja uma predisposição genética para a psoríase, a sua manifestação clínica depende de um estímulo exógeno. Fármacos, vacinação, infeções, fatores de stresse físico, psíquico, emocional, são exemplos que podem desencadear a doença (4,5,6,7).

Embora, maioritariamente tenha uma evolução benigna, é uma doença estigmatizante que causa um enorme impacto na qualidade de vida dos doentes. Interfere nas suas actividades de vida diárias, nas relações sociais e interpessoais, determinando por vezes fenómenos de rejeição social e, conduzindo frequentemente a quadros de disfunção emocional, depressão e até suicídio (9,10).

Quando comparada com outras patologias crónicas, como a insuficiência cardíaca ou a diabetes, tem um impacto igual ou superior quer na qualidade de vida do indivíduo quer na dos seus conviventes (11). Sabe-se também que a psoríase, particularmente nas suas formas mais graves, poderá estar associada a comorbilidades designadamente patologia cardiovascular, síndrome metabólica, obesidade, depressão, podendo ser considerada como uma verdadeira doença sistémica (8). Este estudo pretende esclarecer quais os aspetos biopsicossociais com impacto na qualidade de vida dos indivíduos afetados, de forma a adotar uma abordagem multidisciplinar desta doença.

1. EPIDEMIOLOGIA DA PSORÍASE

Estima-se que a psoríase tenha uma prevalência de cerca de 3% à escala mundial - afetando milhões de indivíduos, com igual incidência em ambos os sexos, com picos de incidência bimodal entre os 15-30 e os 50-60 anos (12).

A prevalência desta doença é diferente consoante a distribuição geográfica, sendo mais comum em regiões mais frias (13). Podendo existir uma variabilidade entre 0,6 e 12%, dependendo da localização (14). A maior prevalência verifica-se no continente europeu, particularmente nas regiões nórdicas. No continente asiático, a região este e o Japão, apresentam uma elevada prevalência, o mesmo não se verifica na China. Quanto ao continente africano, a norte e a este, apresentam valores semelhantes aos europeus e com prevalências mais reduzidas nas regiões do Oeste. Nos Estados Unidos da América atinge mais de sete milhões de pessoas e no Brasil quase três milhões, mesmo havendo subnotificação dos casos. Existem locais com populações indígenas, no norte e sul da América por exemplo, onde não foram reportados casos de psoríase (15).

Em Portugal, existem aproximadamente cerca de 250 000 indivíduos com diagnóstico de psoríase (16). Os dados epidemiológicos relativos a esta patologia revelam uma incidência com pico bimodal entre os 15-30 e 50-60 anos (13). A idade mais comum para o aparecimento da doença é 33 anos, podendo ser mais cedo para o sexo feminino. Verifica-se ainda que cerca de 75% da população afetada desenvolveu a patologia até aos 46 anos. Sabe-se ainda que o desenvolvimento de artrite psoriática ocorre entre 10-30% dos pacientes com psoríase. (15).

A diminuição da prevalência em indivíduos mais velhos é referida nalguns estudos sendo apontada a incompetência do sistema imunitário, associada a outras comorbilidades, como causa possível pela melhoria ou remissão da doença em idades mais avançadas (14). Em crianças e jovens do continente europeu a prevalência é de 0,71% (16). No que respeita à incidência em idades inferiores a 20 anos, existe alguma diferença na variação do número de casos conforme a variável sexo. Deste modo as mulheres jovens apresentam uma incidência maior da doença em relação aos homens (43,9 novos casos do sexo feminino em 100,000 pessoas por ano e 37,9 novos casos do sexo masculino em 100,000 pessoas por ano) (17). De destacar por último que 1 em 4 dos pacientes com psoríase tem sintomas severos, o que revela um maior impacto na sua qualidade de vida. (14).

1.1 Etiopatogenia da psoríase

O aparecimento da Psoríase ainda não se encontra completamente esclarecido, admite-se que tenha uma etiologia multifactorial com a coexistência de fatores genéticos predisponentes e ambientais, como clima, traumatismos, queimaduras solares (fenómeno de Koebner), tabagismo, consumo de álcool, obesidade, infeções (*Streptococcus*, VIH), fatores endócrinos, fármacos e stresse psicogénico (5). Entre estes, considera-se que o stresse emocional tenha um papel determinante no seu aparecimento e exacerbação (18).

A patogénese da Psoríase compreende um processo complexo imuno-mediado que ocorre em indivíduos com um perfil genético favorável, concomitantemente com fatores externos desencadeantes (18,19). Trata-se de uma inflamação crónica resultante da estimulação persistente de células T (linfócitos CD4 e CD8+) por imunogénios de origem epidérmica, envolvendo a imunidade inata e a adquirida (18,19). Existem dois tipos de células que alicerçam a formação de uma lesão psoriática, os queratinócitos epidérmicos e os leucócitos mononucleares, a sua interação constitui a principal característica da patogénese (19).

As duas características histológicas observadas nas placas de Psoríase são a hiperplasia epidérmica e um infiltrado celular na derme e epiderme (13).

A sua apresentação clínica manifesta-se tipicamente por lesões em placa eritematosas e descamativas. Os queratinócitos basais apresentam uma taxa mitótica aumentada relativamente à pele não lesionada (20). Consequentemente observa-se acantose, o que em associação ao infiltrado inflamatório dérmico contribui para a espessura global das lesões. O infiltrado inflamatório é composto principalmente por células dendríticas, macrófagos e células T na derme, e neutrófilos com algumas células T na epiderme (13). Os microabcessos de Munro refletem a acumulação de neutrófilos na epiderme. As escamas são o resultado da hiperproliferação epidérmica com maturação prematura de queratinócitos e queratinização incompleta com retenção dos núcleos no estrato córneo (paraqueratose). O eritema das lesões deve-se a um número aumentado de capilares tortuosos, que atingem a superfície cutânea através de um epitélio suprapapilar adelgado (1).

1.2 Fatores genéticos

São muitos os estudos que apontam que a psoríase tende a seguir um padrão de incidência familiar (21). Os mais recentes referem a uma doença poligênica com padrão de transmissão autossômico dominante de baixa penetrância (5,22). Se ambos os progenitores forem portadores, o risco de incidência nos descendentes é de cerca de 40%, quando apenas um dos pais padece da doença o risco de transmissão aos filhos ronda os 14%, e 6%, no caso de um irmão ter desenvolvido psoríase, em comparação com percentagens de 2% quando não exista relação familiar com a doença (22).

Os estudos são congruentes, no que respeita à deteção de um locus com maior suscetibilidade para o desenvolvimento da psoríase, o PSOR1, localizado no complexo principal de histocompatibilidade no cromossoma 6p21.3. O PSORS1 está localizado no complexo principal de histocompatibilidade - MHC, incluindo o antigénio leucocitário humano – HLA (23).

São vários os alelos HLA relacionados com o aparecimento da psoríase, especificamente, HLA-B13, HLA-B37, HLA-B46, HLA-B57, HLA-Cw1, HLACw6, HLA-DR7, e HLA-DQ9. O HLA-Cw6 tem uma forte associação de maior risco relativo da doença em populações caucasianas, bem como à artrite psoriática. Estes fatores genéticos influenciam o padrão da psoríase, sua gravidade e a idade de início (23,24).

1.3 Fatores ambientais

Os fatores ambientais têm um papel preponderante no desenvolvimento da psoríase em indivíduos com uma predisposição genética para a doença. Estes fatores incluem o clima, como por exemplo mudanças de estação do ano, o inverno parece ser época favorável ao aparecimento desta dermatose, bem como a residência em países frios, mais longínquos da linha do equador. Os traumatismos na pele como tatuagens, mordeduras de animais, escoriações por coceira, queimaduras solares (fenómeno de Koebner) poderão originar o aparecimento de lesões psoriáticas, resposta isomórfica, nessas mesmas localizações (27,28). A obesidade foi descrita recentemente como um fator desencadeante desta patologia (principalmente IMC>30), e está associada a casos de psoríase mais grave ou mais refratária ao tratamento (24). O consumo de álcool e tabaco também estão descritos como fatores agravantes desta patologia segundo Setty et al. (2007). Existem dados que relacionam o consumo excessivo de álcool com o agravamento da psoríase, uma vez que

interfere com os tratamentos, tornando-os menos eficazes. Sabe-se ainda que a etiologia do alcoolismo está frequentemente associada a fatores de desajuste social, como por exemplo ansiedade, stresse, podendo a psoríase contribuir para esse desajuste (25). Os fumadores têm maior probabilidade de desenvolver quadros clínicos mais severos da doença, uma vez que a nicotina altera uma ampla gama de funções imunológicas do organismo, interagindo diretamente com as células T e células dendríticas, e indiretamente com interações neuro-endócrinas. (26). Embora esta questão seja controversa uma vez que ainda não está totalmente estabelecido se são os hábitos que servem de *trigger* da doença ou se é o embaraço que a patologia promove que leva ao consumo. As infecções também poderão influenciar o aparecimento desta patologia, algumas estirpes de *Staphylococcus aureus* foram associadas a lesões, devido à produção de toxinas que ativam os linfócitos T, ligando-se ao seu recetor pela região variável da cadeia β e enviando-os para a pele, onde se inicia o processo de lesão (22,27). Na síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV) existe também uma maior predisposição para o desenvolvimento de formas mais instáveis, graves e difíceis de tratar de psoríase. Alguns fármacos como os β -bloqueadores e os agentes antimaláricos induzem a exacerbações da doença, mas a maioria dos portadores pode tomá-los sem restrições e sem alterações significativas com o devido risco-benefício. O stresse e a alteração do sistema nervoso estão associados ao início de um novo ciclo psoriático, apesar de não existir uma relação causa-efeito bem esclarecida (29). As exacerbações da doença coincidem, muitas vezes com distúrbios emocionais. Por outro lado, a presença e aspeto físico, das lesões de psoríase na pele ou a sua resistência ao tratamento pode promover alterações do humor e da qualidade de vida, com problemas de adaptação social, fragilidade emocional, ansiedade e depressão (30).

1.4 Fatores desencadeantes

Segundo vários estudos disponíveis até à data, de entre os fatores que predis põem ao aparecimento da psoríase supracitados, o stresse é um dos fatores mais importantes na etiologia ambiental, quer no aparecimento da doença, bem como no seu agravamento. Havendo quem classifique a psoríase como uma psicodermatose (31,32,33). Além disso, a estigmatização e o tratamento difícil contribuem para altos níveis de frustração e baixa auto-estima do paciente (33).

1.4.1 O stresse

O stresse compreende uma resposta fisiológica, emocional e comportamental do organismo a uma ameaça interna ou externa, perturbando o seu equilíbrio (32).

As estratégias que o individuo utiliza para se adaptar ao/aos fenómeno/s stressor/es podem esgotar os recursos que dispõe no organismo e torná-lo mais suscetível à doença (38).

No que respeita ao aparecimento desta dermatose, sabe-se que perante o stresse, existe ativação de uma série de componentes neuroendócrinos, pelo sistema nervoso central, capazes de aumentar as populações leucocitárias e gerar respostas inadequadas pelo sistema imunitário, favorecendo o aparecimento de doenças imunomediadas (32,38).

Tendo em consideração os padrões de beleza preconizados pela sociedade atual relativamente ao corpo e ao belo, os indivíduos portadores de psoríase, pela apresentação de lesões na pele, sentem-se diminuídos, rejeitados, isolados, com falta de reconhecimento, o que compromete a sua adaptação social, com consequências a nível laboral, atividades desportivas, de lazer bem como as relações interpessoais (34).

Os dermatologistas definem a gravidade da psoríase consoante a área abrangente (Psoriasis Area and Severity Index – PASI) ou pela percentagem de área corporal afetada (BSA – assumindo que a palma da mão é equivalente a 1% da superfície do corpo), usando *scores* para os sintomas, no qual o corpo é dividido em 4 regiões por cabeça, pescoço, tronco, extremidades superiores e inferiores (38). Quanto maior a área afetada mais sentimentos de discriminação e preconceito são experienciados pelos doentes, aumentam os seus níveis de stresse e consequentemente o risco de incidência de outras patologias do foro psiquiátrico como depressão, ansiedade e numa percentagem mais reduzida, mesmo ideação suicida (35).

Está ainda descrito, por vários autores, que as vivências de stresse no doente portador de psoríase, prejudicam os seus *outcomes* em saúde, quer em relação à adesão terapêutica, quer em relação ao prognóstico (36).

O impacto da psoríase na qualidade de vida dos indivíduos, relativamente à experiência do stresse, é comparável ao de outras patologias, consideradas mais graves, como o síndrome metabólico, cancro, artrite reumatóide ou diabetes (37).

Quando questionados, os indivíduos portadores da doença descrevem o stresse como um fator desencadeante ou de exacerbação. Desta forma a intervenção psicológica tem um papel preponderante na abordagem multidisciplinar deste tipo de doentes (38).

Numa situação de stresse agudo, o sistema nervoso central (SNC) ativa o sistema imunitário por produção de um conjunto de compostos neuroendócrinos. Este cenário induz ao aumento das populações leucocitárias, os quais se depositam em maiores quantidades nos locais de possíveis agressões (neste caso, pele e gânglios linfáticos de drenagem cutânea (32,38). Não é de todo difícil de associar casos de depressão a esta patologia ou a altas taxas de insatisfação pessoal, sendo causadora de uma profunda morbidade psicológica (35). Além disso, a estigmatização e o tratamento difícil contribuem para altos níveis de frustração e baixa autoestima do paciente. O stresse e as repercussões que pode causar na vida dos indivíduos devem ser analisados num contexto multicausal. Quando o agente de stresse causa problemas significativos na vida do indivíduo, as diferenças individuais referentes à vulnerabilidade orgânica e à forma de avaliar e enfrentar a situação inadequadamente contribuem para seu desequilíbrio (39).

2. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

A lesão típica de psoríase pode apresentar-se como uma pápula ou uma placa que apresenta eritema, descamação branco-prateada e induração. O eritema é vivo, vermelho claro ou rosa intenso, na maioria das lesões. Estas podem ser localizadas nas mais diversas parte do corpo, embora as regiões mais frequentemente afetadas são o couro cabeludo, os cotovelos e a face dorsal dos antebraços, os joelhos e a face anterior das pernas, e a região lombo-sagrada (37). De seguida são especificadas de uma forma abreviada as várias manifestações clínicas da patologia.

2.1 Psoríase vulgar

Também designada por psoríase em placas, apresenta-se como o próprio nome indica por placas de forma redonda ou ovalada, de tamanho variável, bem delimitadas, eritematosas, com escamas secas e aderentes, brancas, prateadas ou acinzentadas, circundadas por um anel esbranquiçado, anel de Woronoff. A sua distribuição anatómica tende a ser simétrica e os locais mais usuais de aparecimento são o couro cabeludo, os joelhos, cotovelos e sacro. O fenómeno Köbner poderá estar associado a este tipo de manifestação clinica. Normalmente acompanhadas de algum prurido e ao menor traumatismo as escamas levantam e a lesão apresenta um aspeto luzidio, podendo mesmo sangrar, por trauma capilar (32,38).



Figura 1 - psoríase vulgar ou em placas

2.2 Psoríase palmoplantar

A psoríase palmoplantar é caracterizada por manchas ou placas secas avermelhadas localizadas nas palmas das mãos e planta dos pés, mais predominante no sexo feminino. As placas aparecem em menor número, costumam ser bem delimitadas, podendo ser mais ou menos infiltradas, provocando fissuras e conseqüentemente dor. Afetam maioritariamente zonas de fricção, podendo nalguns doentes acompanhar-se de pústulas (psoríase pustulosa palmo-plantar) (32,38). Estas lesões levam frequentemente à dificuldade na realização de atividades de vida diárias básicas, como prensão de objectos, calçar sapatos e mesmo andar, o que tem um enorme impacto na qualidade de vida do doente (39).



Figura 2 – Psoríase palmoplantar

2.3 Psoríase ungueal

A psoríase ungueal afeta os dedos e as unhas das mãos e dos pés, a unha cresce de forma anormal, engrossa, escama e apresenta depressões punctiformes (pitting ungueal) ou manchas amareladas (manchas de óleo) podendo mesmo destacar-se da pele ou esfarelar. Esta manifestação clínica cursa muitas vezes com impotência funcional, dor e stresse psicológico, com elevada repercussão na qualidade de vida pois interfere com as relações sociais do indivíduo que as apresenta (38).



Figura 3 – Psoríase ungueal

2.4 Psoríase pustulosa

Este tipo de manifestação clínica da psoríase é menos comum e de mais difícil tratamento. Pode ser generalizada ou acometer apenas a região palmoplantar. No primeiro caso acompanha-se de sintomas constitucionais como febre, mau estar geral, podendo evoluir com complicações potencialmente fatais (32). Aparece frequentemente de forma súbita, sem história prévia da patologia e a sua etiologia pode estar associada ao uso de corticóides tópicos ou sistêmicos, processos infecciosos ou desequilíbrios iónicos. (32,38).

Figura 4 - psoríase pustolosa



2.5 Psoríase inversa

Como o próprio nome indica apresenta um padrão de localização inverso ao das lesões típicas da psoríase. Localiza-se nas pregas, dobras ou flexuras cutâneas, como axilas, virilhas, umbigo, região nadequeira, inframamária ou poplítea. São lesões rosadas, por vezes com aspeto de queimadura, uma vez que não apresentam descamação devido ao atrito e humidade causada pelo suor dessas regiões, podendo por vezes ser confundidas com outras dermatites intertriginosas (33).



Figura 5 – psoríase inversa

2.6 Psoríase Eritrodérmica

A psoríase eritrodérmica é uma forma de apresentação rara da doença, mas de gravidade severa. Diz-se que estamos perante este quadro clínico quando mais de 90% da área corporal é afetada. Confere a sensação que nos encontramos perante uma única placa contígua, vermelha (eritema) e por vezes escamosa envolvendo quase todo o corpo. A pele deixa de ter a sua função de barreira, o que pode levar a complicações graves desta condição, como a desidratação, desequilíbrio da homeostasia e superinfecções, com necessidade de internamento e desfecho potencialmente fatal, designadamente em indivíduos com comorbilidades, nomeadamente metabólicas ou do foro renal ou cardiovascular (38).



Figura 6 - Psoríase eritrodérmica

2.7 Psoríase gutata

A psoríase gutata caracteriza-se pelo desenvolvimento de lesões em forma de gota disseminadas. Estas erupção em pequenas placas, com cerca de 1 cm de diâmetro, surge caracteristicamente após uma infeção do trato respiratório superior. Estas lesões perduram cerca de dois meses e após este período entram em remissão. Mais que uma forma clínica, trata-se de um modo de aparecimento da doença, característico de crianças, adolescentes e jovens adultos. De uma forma geral, tem decurso benigno e bom

prognóstico, mas habitualmente evolui a prazo para uma psoríase vulgar em placas (32,38).



Figura 7 - psoríase gutata

2.8 Artrite psoriática

A artrite psoriática acomete as articulações causando um processo inflamatório crônico, em cerca de 6-40% dos doentes com psoríase. Esta afeção ocorre, normalmente, dez anos após o diagnóstico da doença de pele. A psoríase artropática em indivíduos sem diagnóstico prévio da doença é mais rara (39). Tem preferência pelas articulações das mãos e dos pés, mas também pode estar presente nos joelhos, ancas, cotovelos e coluna vertebral, com dor, rigidez matinal e dificuldade de mobilização nas zonas afetadas. Pode ainda perturbar estruturas fibrosas adjacentes às articulações causando tendinites. As articulações podem apresentar deformidades, por vezes permanentes, exigindo um tratamento precoce. A sua etiologia pode advir de a um fator ambiental, como uma infecção, ou pelo fenómeno de Koebner (38).



Figura 8 – artrite psoriática

3. PSORÍASE E ALTERAÇÕES NA QUALIDADE DE VIDA

É consensual entre diversos autores que a psoríase tem enorme impacto na qualidade de vida dos indivíduos portadores da doença. O papel dos fatores psicológicos na incidência, recorrência, remissão e na dinâmica do tratamento da Psoríase, têm sido alvo de vários estudos (40). A pele é um órgão de extrema importância na aparência humana e na forma como o indivíduo interage com o mundo que o rodeia. É igualmente um fator importante na comunicação não verbal e nas relações interpessoais, em parte porque está envolvido na expressão emocional (41).

De salientar que, as doenças dermatológicas crônicas têm um efeito significativo na condição psicológica, na autoestima e na imagem corporal dos seus portadores. Afetando o seu desempenho em todas as suas atividades de vida diárias (social, familiar e profissional), o estado da pele condiciona de certa forma a qualidade de vida (42).

Melhorar a qualidade de vida é uma das principais expectativas destes doentes, associada aos avanços do tratamento desta dermatose. Portanto, exige atenção especial que se enfatize de forma sistemática a importância desta área na prática médica (43). Este aspecto é fundamental porque a realização destas necessidades pode afetar o envolvimento do indivíduo no processo de vivência com a doença, adesão à terapêutica e a satisfação com o tratamento médico (44)

A este aspecto, o estudo de Meneguín et al. (2020) teve como objetivo compreender a percepção dos pacientes que vivem com psoríase em relação à sua qualidade de vida e identificar os aspectos que a possam melhorar. Os resultados de estudo determinaram que a qualidade de vida esteve ligada ao bem-estar, felicidade, boa alimentação e estabilidade financeira. No entanto, os sintomas da doença, as restrições sociais e de vestuário, o comprometimento das atividades profissionais e a ausência de cura influenciaram negativamente as percepções individuais (45).

Relativamente ao bem-estar, coloca-se a questão se é hedônico ou eudemônico na sua natureza? (46,47) Se é atribuído à percepção individual ou a uma condição objetiva? (48,49). Quem pode julgar e decidir com precisão qual é o nível ótimo de bem-estar?

(50,51). O bem-estar é, portanto, não só um assunto emergente de pesquisa, mas também a questão relativa ao desenvolvimento individual e social. Dito isto, a forma como o problema é visto tem importantes implicações para a teoria, prática e política. Numa cultura de excedentes (49,52), a questão do bem-estar emergiu como uma necessidade moderna de viver uma vida de qualidade, existencialmente, e não somente ao nível biológico (51).

Existem duas correntes principais de pesquisa psicológica na compreensão do bem-estar subjetivo - hedónico e eudemónico que podem no entanto ser gnosticamente conciliadas (46,47). O fluxo hedónico do bem-estar subjetivo foi defendido pelo filósofo grego Aristipo, que considerou que o ideal da vida é maximizar a quantidade de prazer e a felicidade. O construto psicológico afiliado, normalmente denominado SWB - bem-estar subjetivo (53), diz respeito aos sentimentos em relação à vida e à avaliação dos estados afetivos, incluindo felicidade geral e satisfação com a vida, bem como as experiências afetivas positivas e negativas. A satisfação com a vida, a perspetiva cognitiva do SWB, compreende a avaliação pessoal da sua própria vida em que a felicidade, é definida como o equilíbrio entre afeto positivo e negativo, reflete a experiência imediata da pessoa em momentos agradáveis ou desagradáveis. Assim, o SWB leva em consideração o aspeto afetivo, bem como os componentes cognitivos da experiência emocional das pessoas em relação à vida (53).

O stresse crónico associado à estigmatização, falta de aceitação de outras pessoas e a necessidade de lidar com a doença têm um efeito considerável na qualidade de vida. Os doentes com psoríase, podem sentir solidão, o que prejudica ainda mais o seu funcionamento social (56,60). Em associação com a deterioração da qualidade de vida, o sentimento de solidão é consequência não só da doenças física como de distúrbios psicológicos, como a diminuição da autoestima, incapacidade de estabelecer contatos sociais e estigmatização (29,61).

A sensação de estigmatização pode ser reduzida não somente pelas intervenções psicológicas centradas nas atividades interpessoais, mas também por meio de outras atividades como a alteração de informações falsas, que possam distorcer a autoimagem de doentes com doenças dermatológicas, por meio da implementação de campanhas de educação social nos meios de comunicação para mudar os estereótipos existentes; a educação em saúde amplamente definida, promovendo conhecimentos e habilidades; a

disponibilização de aconselhamento aos pacientes; e o contato com grupos de apoio para ajudá-las a entender que podem evitar as consequências negativas da estigmatização, o que poderá contribuir para o aumento da sua autoestima e melhor qualidade de vida (62).

A este aspeto, o estudo de Jankowiak et al. (2020) teve como objetivo determinar o nível de estigmatização e a qualidade de vida das pessoas com psoríase em relação às características sociodemográficas (63). Os autores utilizaram uma amostra de 166 pacientes com psoríase em placas, com a aplicação do Questionário de Sentimentos de Estigmatização de 33 itens, Índice de Qualidade de Vida em Dermatologia (DLQI) e uma pesquisa sociodemográfica específica. Os resultados do estudo identificaram que em comparação com as mulheres, os homens tiveram pontuações de estigmatização mais altas no domínio “sentimento de estar com defeito” e, nos doentes com até 30 anos de idade no domínio “culpa e vergonha”(62,63).

Importa referir que a personalidade humana e as suas conexões com vários distúrbios somáticos representam um tema de pesquisa que recentemente tem chamado a atenção de muitos investigadores e é um tema recorrente em muitos ensaios clínicos. A pele está intimamente relacionada com a mente e é considerada como o “órgão de expressão” do corpo humano. No entanto, esta correlação pode ser igualmente pensada de uma forma distinta: através da sua visibilidade, qualquer lesão importante na pele, entendida como “ferida” pode trazer alterações emocionais, psicológicas ou sociais (64).

3.1 Adolescência

O desenvolvimento cognitivo e sociocognitivo vai determinar a forma como o paciente tem a capacidade de entender, interpretar e construir o significado da doença, bem como do seu tratamento no contexto da sua própria vida. Neste contexto, a idade é um fator preponderante, na medida em que determina a forma como a doença é aceite. Salienta-se igualmente, que a adaptação representa um processo contínuo, através do qual o paciente passa por várias mudanças (65).

A fase da adolescência tem tendência para ser o período mais complicado da vida para o surgimento de doença crónica ou incapacidade. Tal deve-se ao facto de este ser um período de descoberta do corpo, nas suas potencialidades e limites, que se adicionam à

construção da identidade pessoal. Por isso mesmo, a incapacidade de efetuar algo devido à doença interfere grandemente com a sensação de autonomia e controlo do corpo que se encontra em constante modificação (64,65).

Os atributos mais valorizados pelos colegas são a aparência, as habilidades e as capacidades, e um adolescente com limitações a este nível torna-se mais suscetível para a rejeição, discriminação e abandono por parte dos colegas. Estes fatores fazem com que o aparecimento da doença na fase de adolescência seja a mais problemática e por isso, a mais relevante de análise (66).

A compreensão do impacto da qualidade de vida em adolescentes com psoríase deve integrar os desafios particulares desta fase do desenvolvimento pessoal. Existem ainda assim, menos estudos relacionados com a análise desta população específica, sendo agrupados nos grupos quer de crianças quer de adultos. No entanto, os estudos que possuem subanálises de adolescentes ou se centram exclusivamente nos adolescentes evidenciaram um declínio geral da qualidade de vida, bem como na perspetiva mais negativa da mesma (54,55). Ao medir a qualidade de vida nas várias faixas etárias, identificou-se que os adolescentes apresentam diferenças notáveis na maturação física, imagem corporal, relacionamentos com pares, intimidade, sexualidade e autonomia (56).

Importa referir que os adolescentes saudáveis lutam com as barreiras psicossociais apresentadas apenas nesta fase, pelo não é surpresa que os doentes com doenças crónicas possam sentir um fardo ainda maior e a diminuição da qualidade de vida. Frisen, (2010) identificou que os adolescentes com doenças crónicas têm um risco aumentado de dificuldades académicas, sociais e comportamentais, juntamente com efeitos adversos na função familiar em comparação com os seus pares saudáveis (55).

Do mesmo modo, Beattie e Lewis-Jones (2006) identificaram que a psoríase diminuiu a qualidade de vida em pacientes com idades entre os 5 e os 16 anos. A psoríase afetou menos a qualidade de vida do que a paralisia cerebral, doença renal, fibrose cística e asma, mas mais do que a epilepsia, enurese e diabetes (57). Manzoni et al. (2012) identificaram resultados semelhantes ao utilizar uma amostra de 118 crianças entre os 5 e os 16 anos através do uso do CDLQI (*Children Dermatology Life Quality Index*) em que a psoríase e a dermatite atópica tiveram um impacto maior na qualidade de vida em comparação com outras doenças cutâneas crónicas como o vitiligo (58).

O estudo de Gonzales et al. (2016) teve como objetivo rever o impacto da psoríase na qualidade de vida relacionada com a saúde em adolescentes em comparação com os seus pares e com outras doenças crónicas e determinar as melhores ferramentas para medir a QVRS (qualidade de vida relacionada a saúde) nesta população (59). Os resultados demonstraram que os adolescentes com psoríase enfrentam desafios semelhantes aos de uma população adulta com psoríase, além das complexidades inerentes a adolescentes saudáveis. E, em relação à ferramenta de medição da QVRS é maioritariamente utilizada o PedsQL 4.0 (Pediatric Quality of Life versão 4.0) (59).

3.2 Vida familiar e sexual

No que respeita à vida familiar e sexual, um estudo pioneiro realizado em 1997, demonstrou que a disfunção sexual estava presente em 40.8% dos doentes com psoríase, mesmo após o controlo de potenciais fatores de confusão como o consumo de álcool e depressão (67). Embora tenham sido realizados outros estudos, os pontos-chave referem-se à presença, tanto em homens como em mulheres com psoríase, de uma redução na sua atividade sexual após desenvolver a doença (68). De acordo com os autores, o efeito da psoríase na saúde sexual pode estar associado a vários fatores, incluindo o efeito prejudicial da doença na aparência física do indivíduo, na diminuição da libido e os inconvenientes causados pela descamação da pele e pelo tratamento tópico.

A parte do corpo afetada pela psoríase pode desempenhar um papel importante no desenvolvimento da disfunção sexual. Com lesões cutâneas nas áreas genitais, coxas, abdómen e costas sendo associadas à disfunção sexual (69). Não obstante, a prevalência das lesões genitais em qualquer momento da psoríase, detetadas pelos médicos durante exames ou relatadas por doentes que responderam a um questionário, variou de 33 a 63%. Os dados de dois ensaios clínicos randomizados demonstraram a existência de uma prevalência de lesões psoriáticas na área genital de 35% e 42% (68).

De outro modo, a gravidade da psoríase pode igualmente contribuir para a disfunção sexual. No geral, a disfunção sexual foi relatada em 31.6% de uma população de pacientes com psoríase. Embora não seja estatisticamente significativa, a proporção de disfunção

foi maior nas pessoas com psoríase grave em comparação com os que têm formas leves ou moderadas da doença (34).

Outros fatores que podem explicar a alta prevalência da disfunção sexual em doentes com psoríase referem-se a sinais e sintomas físicos, como o ardor, sangramento e descamação, doenças psicológicas como a depressão e sintomas de ansiedade. O estudo de Russo et al. (2004) relatou que o movimento articular, a gravidade do prurido e os *scores* mais altos de depressão estão associados à diminuição da função sexual. Neste sentido, os níveis mais altos de TNF- α e IL-1 envolvidos na patogênese da psoríase podem estar igualmente associados à depressão (70,71). No entanto, o estudo sugeriu que a depressão coexistente não exerce nenhum efeito negativo adicional sobre a função sexual em doentes com psoríase. Esta aparente contradição pode ser explicada pelo fato de que a psoríase pode resultar em alterações na percepção do indivíduo sobre a imagem corporal, sentimentos de baixa autoestima, percepção de estigmatização e perda de confiança, o que pode conduzir à disfunção sexual independentemente da depressão (72).

A prevalência da disfunção sexual é de aproximadamente 60% quando avaliada através do questionário de 5 itens do Índice Internacional de Disfunção Erétil (73). Esta última, definida como a persistência de incapacidade de atingir e/ou manter a ereção durante a atividade sexual, representa um dos fatores de saúde que tem maior impacto na autoestima masculina, causando perda de confiança, além de stresse e depressão (74). A rejeição devido à psoríase é sentida por 44.7% dos homens e por consequência sentem-se pouco atraentes ou envergonhados enquanto portadores da doença (75). Aliado a Comorbilidades do foro cardiovascular, mais prevalentes nesta patologia, o estilo de vida dos indivíduos com psoríase, bem como os fatores psicossociais podem explicar a presença de disfunção erétil nestes doentes (76).

Perturbações de índole hormonal podem ser outra razão para a disfunção erétil. Os doentes com psoríase apresentam níveis reduzidos de testosterona total e níveis aumentados de estradiol (77), e este problema tende a tornar-se mais grave e prevalente com a idade ou duração da doença como acontece noutras doenças sistémicas crónicas.

3.3 Atividades laborais, desportivas e de lazer

O curso da doença crónica torna os pacientes conscientes de que terão que lidar com esta condição para o resto da vida, com um efeito prejudicial na vida quotidiana. O envolvimento da pele causa uma carga física e psicossocial significativa, pois durante o curso de vida, os doentes experimentam sentimentos de raiva, frustração, impotência, constrangimento e autoconsciência. Tal como no comportamento sexual a doença também tem um impacto na produtividade laboral (78).

No que respeita à parte laboral, Armstrong et al. (2012) identificaram que os doentes com psoríase grave tinham 1.7 vezes mais probabilidade de estarem desempregados que a população em geral. Mais de 90% dos doentes indicaram que o motivo para não trabalhar era principalmente devido à doença. Uma análise retrospectiva do banco de dados de 694 indivíduos com psoríase indicou resultados equivalentes, ou seja, houve uma redução significativamente maior na produtividade laboral em doentes com psoríase em relação à população em geral. As pessoas com doença moderada ou grave faltaram mais tempo ao trabalho do que os doentes com doença leve (79,80).

Foi igualmente analisado se o tratamento da psoríase com medicamentos específicos poderia afetar positivamente as habilidades de trabalho do doente. Em 3 ensaios aleatorizados, duplamente cegos de fase 3, os doentes com psoríase tratados com ixecizumab mostraram melhorias significativamente maiores na produtividade laboral em 12 semanas do que aqueles que receberam placebo. O acréscimo da produtividade foi também significativamente maior relativamente aos pacientes tratados durante o mesmo período com etanercept (80).

A atividade física tem sido associada à psoríase de forma negativa, mesmo que os estudos recentes tenham destacado o potencial efeito benéfico no curso natural da doença, e como consequência, na qualidade de vida dos doentes. No estudo de Frankel et al. (2012) foram investigados os hábitos de atividade física em enfermeiras americanas com o diagnóstico de psoríase, através de questionários aplicados especificamente para avaliar a correlação entre o exercício vigoroso e o risco de desenvolver psoríase. Os autores identificaram uma relação inversa entre os dois aspetos, embora nem todos os tipos de atividade física, equiparados em termos de consumo metabólico/hora/semana, demonstrassem resultados estatisticamente significativos (81).

Além de que, foi muito raro observar doentes envolvidos numa única atividade de alta intensidade por longos períodos em vez de diversas atividades com intensidade variável e períodos mais curtos de tempo (82).

Apesar da especulação generalizada de que a redução da atividade física em doentes com psoríase é consequência da gravidade da doença ou está relacionada com as barreiras psicológicas, as evidências objetivas são limitadas e contraditórias. Alguns autores relatam que as pessoas com psoríase evitam mais participar em atividades físicas do que a população em geral (16), embora outros autores descrevam níveis semelhantes de atividade física em doentes com e sem psoríase (83).

Anteriormente, o estudo de Al-Mazeedi et al. (2006) que mediu objetivamente a atividade através do uso de um acelerómetro, relatou que a atividade física diária era maior em indivíduos com psoríase leve e moderada do que em controlos saudáveis (34). Outros relatam que os pacientes com psoríase grave [Índice de Área e Gravidade da Psoríase (PASI) ≥ 10] temem a reação (negativa) de outras pessoas à sua doença de pele e evitam usar ginásios e piscinas públicas (64).

No que respeita às atividades de lazer, a psoríase tem um impacto significativo não apenas nos doentes, mas também na família e amigos próximos. O impacto secundário nas vidas de membros da família e parceiros que foi identificado incluiu o tempo extra gasto com tarefas domésticas, desorganização social e limitações para planos de férias, desportos, atividades de lazer e lúdicas (84). O estudo de Leino et al. (2015) teve como objetivo estimar o impacto da psoríase na capacidade de realizar as tarefas domésticas, no tempo despendido com os cuidados da pele em casa e na assistência que os pacientes com psoríase necessitam para essas atividades. Os autores utilizaram uma amostra de 262 doentes com psoríase moderada a grave, numa clínica dermatológica de nível terciário durante um período de um ano, e criaram uma lista de tarefas domésticas que consideraram ser particularmente afetadas pela doença. Mais da metade dos pacientes (57,8%) relatou dificuldades com as tarefas domésticas por causa da psoríase. Os indivíduos portadores de psoríase referiram que a doença afetou uma ampla gama de atividades domésticas quotidianas. As tarefas fisicamente exigentes e aquelas que envolvem o contato com a água foram as mencionadas com mais frequência. A maioria dos pacientes (84,6%) relatou que aumentou o tempo gasto com os cuidados com a pele devido à patologia, em média 87 minutos por semana. Um quarto dos pacientes recebeu

ajuda nas tarefas domésticas. As mulheres receberam mais assistência do que os homens. A necessidade de ajuda adicional foi relatada por um quinto dos pacientes, mulheres com maior frequência do que homens (84).

3.4 Vida social e relações interpessoais

A maior parte da literatura sugere que o impacto das emoções dolorosas na saúde pode ser mais determinado pela capacidade de regular adaptativamente estas experiências do que pela própria experiência (85). Neste contexto, os indivíduos podem lidar com experiências dolorosas de forma adaptativa, através da aceitação, ou por outro lado, pode-se tentar controlar, suprimir ou inibir as experiências internas num esforço para diminuir a sua intensidade, conteúdo ou duração (86).

Este estilo de vivência desajustado tem sido referido como a evicção da experiência e está associada a um conjunto amplo de vulnerabilidades psicológicas (86). Na realidade, embora a evicção da experiência possa fornecer um alívio a curto prazo de sentimentos difíceis de lidar, a longo prazo pode intensificá-los (87). De acordo com Hadlandsmyth et al. (2013) as estratégias de fuga de experiências são geralmente inflexíveis, restritivas e dificilmente significativas. Para doentes crónicos a evicção da experiência pode ser particularmente relevante, pois pode ter um impacto direto nos comportamentos de saúde e gestão da própria patologia (88).

Além de que, a fuga à experiência pode interferir na forma como o indivíduo se vê com a doença, tendo um impacto que não tem apenas relevância no bem-estar psicológico mas também na qualidade das relações sociais (89). Como resultado, alguns estudos mais recentes têm demonstrado que esta evicção está associada à vergonha relacionada com a doença e à baixa qualidade de vida em amostras de doentes com psoríase (90).

Num estudo com 43 pacientes questionados sobre o funcionamento social e ocupacional utilizando a escala de avaliação social e ocupacional, 62.5% dos pacientes com psoríase relataram sentimentos de sofrimento no trabalho e 51.1% relataram diminuição da eficiência laboral (91).

Particularmente, os doentes com psoríase demonstram distorções na sua perceção corporal. A forma negativa como veem a imagem corporal afeta não somente o seu bem-estar psicológico, mas igualmente a adesão ao tratamento e os resultados do mesmo (92). Relativamente à população em geral os indivíduos portadores de psoríase têm entre 40 a 90% maior risco de depressão (79).

Na perceção construtiva dos sintomas cutâneos, os recursos familiares são fundamentais, e a psoríase tem repercussões substanciais em diversos aspetos da atividade destes doentes, desde os relacionamentos familiares ou íntimos até à imagem corporal dos doentes (93).

Especialmente, a variável imagem corporal é uma construção mental multidimensional que descreve os pensamentos, crenças, emoções e comportamentos do individuo associados à aparência física de alguém que é fortemente moldada por fatores sociais e culturais (94).

3.5 Psicológico

Vários estudos têm revelado o impacto da psoríase na vida dos doentes. As áreas mais afetadas são a emocional, social, familiar, intimidade sexual, atividade física, vida profissional e educação tendo repercussões consideráveis na qualidade de vida (95). De igual modo, a psoríase está associada a transtornos relacionados com o stresse, baixa autoestima e depressão. Esta patologia não é somente um problema para os indivíduos afetados, mas de igual forma para quem os rodeia (94).

O conceito dos doentes com psoríase com diferentes perfis de personalidade é mencionado na literatura. Martin-Brufau et al. (2018) testaram esta hipótese num estudo transversal envolvendo uma amostra de 36 doentes com psoríase e, os resultados demonstraram diferenças significativas relacionadas com os controlos saudáveis em vários traços de personalidade. Mais notável, os doentes presenciaram um pensamento prático sobre o abstrato, demonstrando dependência e estilos de personalidade não dominante (96).

Alguns estudos anteriores, reportaram que os indivíduos portadores de psoríase apresentavam uma personalidade tipo D – angustiado, caracterizado por altos níveis de afetividade negativa e inibição social. Esta afetividade negativa refere-se à tendência de inibir comportamentos e expressão de emoções nas interações sociais (97).

Num estudo comparativo mais recente, a prevalência da personalidade tipo D foi identificada em 38.7% dos doentes com psoríase moderada a grave, em comparação com os 23.7% em controlos saudáveis (67).

Nelson et al. (2013) analisaram as necessidades de 29 pacientes com psoríase, especialmente no que diz respeito à consulta clínica. Os principais temas identificados incluíram o desejo para que a realidade de viver com psoríase seja compreendida, e para o envolvimento profissional nas intervenções necessárias. Tendo identificado as necessidades dos doentes com psoríase, os médicos devem ser sensíveis a qualquer expressão de angústia por doentes com esta patologia. Este aspeto, destaca a necessidade duma relação médico-paciente positiva e empática, onde uma abordagem multidisciplinar sem julgamentos possa ser proposta (98).

Importa referir que a prevalência da depressão e ansiedade são altas principalmente em doentes com psoríase com 33.7% em comparação com os 22.7% de controlos saudáveis. Embora existam menos dados relacionados com a ansiedade, a sua prevalência em doentes com psoríase é igualmente considerada de forma consistente e maior do que em controlos saudáveis (97,98).

Teorizou-se que a depressão agrava a inflamação no quadro da psoríase através da indução de citocinas inflamatórias e da ativação anormal do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, causando a estimulação de citocinas com ação cutânea e expressão de moléculas de adesão. O aumento da ativação do sistema nervoso simpático é outra hipótese, com a noradrenalina como principal ativador na indução de citocinas proinflamatórias (99).

Os pensamentos de automutilação e suicídio são igualmente mais comuns em doentes com psoríase (100). Uma meta-análise avaliou a relação entre a psoríase e o suicídio e identificou que o rácio para a ideação suicida e os comportamentos suicidas em doentes com psoríase era superior, em comparação com os que não têm (101).

De acordo com o estudo de Petraskiene et al. (2016) os doentes do género feminino são identificados com maior risco de sofrimento psicológico do que os homens, e são mais propensos a relatar maior impacto da doença na qualidade de vida. Num estudo envolvendo 115 doentes do género feminino com psoríase hospitalizados foram igualmente relatados maiores níveis de estigmatização, que por sua vez foram identificados com maior comprometimento da qualidade de vida (101,102).

4. FATORES MODELADORES DO IMPACTO BIOPSISSOCIAL NO INDIVÍDUO PORTADOR DE PSORÍASE

4.1 Fatores que modulam o impacto da doença

O modo como cada indivíduo enfrenta as adversidades impostas pela sua patologia depende de um variado número de fatores que modulam o impacto na sua vida, nomeadamente relacionados com características da doença e recursos pessoais para a adaptação psicossocial (79,80).

Deste modo, as manifestações da doença e severidade clínica, os sintomas apresentados, as comorbilidades e a localização das lesões constituem características da doença que em conjunto as estratégias utilizadas pelo indivíduo, determinam a sua adaptação ao meio, com maior ou menor impacto na sua qualidade de vida (18,102,105).

A medição da severidade da doença é controversa. Clinicamente é avaliada em termos da extensão e aparência física das lesões usando critérios de classificação como o BSA ou o PASI, embora não seja uma avaliação estanque, uma vez que o decurso da doença apresenta flutuações (103).

A gravidade dos sintomas e os períodos de exacerbação associam-se a um maior sentimento de desconforto social, estigmatização e por consequência maior impacto negativo na qualidade de vida (97,101).

A localização e visibilidade das lesões são determinantes na experiência de bem-estar físico, social, emocional e psicológico do indivíduo. Lesões na pele visíveis, como as da psoríase, mesmo durante períodos de remissão, podem ter um enorme impacto biopsicossocial (104).

4.2 Comorbilidades

Além da pele e articulações, a inflamação na psoríase pode afetar diferentes órgãos e sistemas, pelo que tem sido associada a um grande número de comorbilidades. Foi por isso postulado que a psoríase mais que uma doença dermatológica, é uma entidade

sistêmica. Quando comparados com indivíduos controle, os doentes com psoríase apresentam aumento da incidência de dislipidemia, hipertensão arterial, doença vascular coronária, diabetes tipo II e aumento do índice de massa corporal, ampliando, desta forma, o risco de incidência de síndrome metabólico nestes doentes (105,109,112). As placas ateroscleróticas coronárias são duas vezes mais comuns em doentes com psoríase quando comparados com os controles. Diversos estudos demonstraram uma maior prevalência de diabetes e doenças cardiovasculares correlacionadas com a gravidade da psoríase (106, 113). Acumula-se evidência que revela que a psoríase aumenta de forma independente o risco de enfarte do miocárdio, AVC e morte devida a doença cardiovascular (105,107).

De uma forma geral, a inflamação vascular avaliada através da tomografia computadorizada por emissão de positrões com 18F-fluorodeoxiglicose (18F-FDG PET / CT) revelou que a duração da psoríase é um fator de previsão negativo (108). Foi sugerido pelos autores que os efeitos cumulativos da inflamação crônica de baixo grau podem acelerar o desenvolvimento da doença. O estudo de Metha et al. (2011) identificou inflamação sistêmica e vascular, quantificada por 18F-FDG PET / CT, em seis pacientes com psoríase moderada a grave. Nestes foram registados focos de inflamação não só na pele, articulações e tendões como também captação de FDG no fígado e aorta, revelando uma inflamação sistêmica subclínica (108, 110).

A espectroscopia de ressonância magnética nuclear com acetilglucosamina (GlycA) foi proposta por Kim (2018) como um novo biomarcador para avaliar o risco de doença cardiovascular em doentes com psoríase. Após tratamento com ustekinumab houve uma redução dos valores de captação padronizados de GlycA no fígado, baço e aorta, associada à gravidade da psoríase e doença cardiovascular subclínica (109).

Para além do risco aumentado de doença cardiometabólica, a psoríase foi associada igualmente a uma maior prevalência de doenças renais e gastrointestinais. Os locis de suscetibilidade partilhados entre psoríase e doença inflamatória do intestino apoiam esta associação, particularmente com a doença de Crohn (115). A associação com doença hepática leve, que se correlaciona com os estudos de imagem, foi relatada por Yeung et al. (2013). A psoríase pode ser um fator de risco para a doença renal crónica e doença renal em estadio terminal, independentemente dos fatores de risco tradicionais, nomeadamente, demográficos, cardiovasculares ou relacionados com fármacos (116).

O aparecimento de patologias oncológicas parece estar aumentado em indivíduos portadores de psoríase, porém ainda não há um consenso se esse aumento decorre dos tratamentos instituídos, tais como fototerapia, imunossupressores, anticorpos monoclonais, ou se a psoríase constitui um fator de risco independente para o desenvolvimento dessas doenças (78,94). Existem também outras doenças associadas à psoríase, como a artrite reumatoide, a sacroileíte e a espondilite anquilosante, tiroidites autoimunes e diabetes mellitus tipo 1 (78).

4.3 Localização das lesões

A diminuição da qualidade de vida em pacientes com psoríase está ligada não somente à área da superfície corporal afetada, mas também à localização das lesões. Seguidamente serão apresentadas localizações da doença com maior impacto psicossocial no indivíduo portador da doença (117).

4.3.1 Couro cabeludo

A incidência estimada da psoríase no couro cabeludo é de 45 a 56% (117). No entanto, num estudo epidemiológico Aldredge & Higham (2018) identificaram que 90% dos doentes com psoríase podem ter o couro cabeludo afetado pela doença nalgum momento das suas vidas. A psoríase no couro cabeludo manifesta-se como manchas eritematosas e escamas brancas prateadas que descamam (118).



Figura 9 – psoríase no couro cabeludo

A pele envolvida é excessivamente seca, e pode causar feridas e sangramento na sua superfície. As lesões do couro cabeludo são habitualmente pruriginosas e alguns doentes queixam-se de sensações de dor ou de queimadura. Nestes doentes os cuidados de rotina com os cabelos são suscetíveis de agravar as lesões pelo fenómeno de Koebner (119).

4.3.2 Psoríase facial

Cerca de 20% dos doentes com psoríase vulgar apresentam nalgum momento manifestações da doença na face. A psoríase facial é observada mais frequentemente em doentes com história familiar de psoríase, doença mais longa e formas mais graves de psoríase (120). As áreas mais envolvidas são a orla frontal do couro cabeludo (76%), a fronte (52%), a área peri-auricular (46%), as orelhas (39%) e as regiões genianas (39%). Os sulcos naso-genianos, as pálpebras e a região perioral são locais raramente afetados (118, 120).



Figura 10 – psoríase facial

Em muitos doentes a psoríase facial manifesta-se principalmente nas áreas seboreicas, designadamente nas sobrancelhas e pregas naso-genianas – com um eritema, descamação e induração ligeiros e difíceis de distinguir da dermatite seboreica: sebopsoríase. Outros pacientes exibem placas eritemato-descamativas nitidamente demarcadas com uma morfologia geral clássica de psoríase em placas (121).

4.3.3 Áreas intertriginosas

A psoríase intertriginosa também designada por psoríase inversa representa uma forma incomum da psoríase, que ocorre em áreas flexurais - virilhas, axilas, umbigo, sulco inter-nadegueiro e genitais externos. As lesões cutâneas são placas bem demarcadas, lisas, eritematosas, não tão descamativas e infiltradas como noutras localizações, com aspeto brilhante (116).



Figura 11 - psoríase intertriginosa

A prevalência da psoríase inversa varia em muitos estudos, entre 3,2% a 7% nas populações chinesas a 12% a 36% entre os pacientes europeus com psoríase. Os dados estatísticos variam em função da psoríase genital ser considerada como psoríase inversa ou como uma entidade em separado. As pregas mais frequentemente atingidas são as virilhas. As lesões intertriginosas podem ser a única manifestação da doença, ou podem aparecer em associação com lesões de psoríase vulgar (122).

4.3.4 Psoríase genital

O envolvimento da região genital afeta cerca de 63% dos doentes com psoríase durante o decorrer da doença e até 79% dos doentes com psoríase inversa (116). O envolvimento genital permanece frequentemente não diagnosticado e não tratado devido ao constrangimento do doente e a uma avaliação inadequada (68).



Figura 12 - psoríase genital

A psoríase genital afeta muito a qualidade de vida e a saúde sexual. As lesões da pele nesta área são caracterizadas por vermelhidão intensa e menos descamação e endurecimento em comparação com a psoríase em placas. O sintoma mais frequentemente relatado pelos doentes é o prurido, que pode surgir em 82 a 100% dos afetados (116).

4.3.5 Psoríase palmoplantar

A psoríase palmoplantar é responsável por cerca de 12 a 16% dos casos de psoríase e, é muito resistente até mesmo com tratamentos tópicos mais potentes. Deve ser encarada como uma forma grave de psoríase, uma vez que estes doentes relatam prejuízo funcional

significativo e ocorrência de sintomas de queimadura, dor e pior qualidade de vida relacionada com a saúde do que os doentes com outras formas de psoríase (122,123).



Figura 13 - psoríase palmoplantar

A morfologia pode variar de placas hiperqueratósicas espessas com fissuras até lesões pustulosas. Embora o envolvimento das palmas e plantas represente menos que 5% da área de superfície corporal, os doentes podem sofrer maiores restrições físicas do que as pessoas com psoríase localizada noutras áreas (123).

4.3.6 Envolvimento ungueal

Estima-se que 50 a 80% dos doentes com psoríase apresentam manifestações ungueais. podendo ser a psoríase ungueal a única manifestação da doença em 5 a 10% dos doentes (112).

A inflamação psoriática da matriz ungueal apresenta-se como depressões, estrias, leuconíquia, ou onicodistrofia grosseira, enquanto que o envolvimento do leito ungueal se apresenta como descoloração em gota de óleo, hemorragias em estilhaço e onicólise (113).



Figura 14 – psoríase nas unhas

A psoríase ungueal está associada com o envolvimento articular e ainda mais intimamente com dactilites e entesites (114).

4.3.7 Artrite psoriática

A inflamação psoriática das articulações resulta em artrite psoriática, que se desenvolve em até 40% dos doentes com psoríase (111).

A manifestação na pele geralmente precede a articular. A cronicidade da inflamação da psoríase artropática exige tratamento atempado e adequadamente monitorizado devido a uma potencial progressão destrutiva. Apresenta-se clinicamente como dactilite e entesite associada ou não a padrões de inflamação oligoarticulares ou poliarticulares, centrais e/ou periféricos, sendo a poliartrose distal, frequentemente associada a envolvimento ungueal, a manifestação mais habitual (111,113).

5. ADAPTAÇÃO PSICOSSOCIAL DO PORTADOR DE PSORÍASE

5.1 Características da personalidade

As associações entre a personalidade e a saúde podem manifestar-se de diversas formas. A personalidade pode ser tratada em categorias causais como um fator de risco de doença. Certos mecanismos biológicos fundamentais para a personalidade tendem a moldá-la e afetar a predisposição para a doença (124).

Os resultados dos estudos permitem-nos formular uma afirmação de que a personalidade, expressa em traços permanentes é uma espécie de mediadora entre o stress resultante do ambiente, desenvolvimento e curso de uma doença somática. O efeito da personalidade sobre a saúde pode ser duplo, ou seja, direto por meio de mecanismos fisiológicos e indireto através do stress experimentado, bem como as estratégias de *coping* utilizadas (125).

Os estudos sobre a causalidade entre a personalidade e a doença, bem como as predisposições para adoecer, são muito restritos, porque a personalidade é somente um dos muitos fatores que determinam a saúde do indivíduo, e a realização de estudos relacionados com esta é difícil. A maior parte dos estudos são correlacionais e não respondem à questão sobre a causa e efeito (126).

Tendo em conta o papel da pele como interface entre o ambiente externo e interno, e a visão de que personalidade seria um construto psicológico que cumpre o papel entre estes ambientes, a personalidade encerraria desta forma analogias com a pele. O termo personalidade representa os diferentes estilos de comportamento que os indivíduos apresentam nos seus habitats ou ambientes habituais (127). Ou seja, a personalidade é o meio de resposta ao meio ambiente.

De acordo com a teoria Darwiniana, os indivíduos comportam-se da forma que mais conduz ao sucesso. Millon selecionou várias características presentes em todos os seres

vivos e, a partir delas, gerou um sistema dimensional para classificar a forma como os indivíduos se adaptam ao seu meio ambiente (128).

A personalidade saudável reflete a adaptação específica dos modos que os indivíduos consideram eficazes no seu ambiente. Por sua vez, os transtornos de personalidade seriam representados pelos vários estilos de resposta não adaptativos que podem ser atribuídos a deficiências, desequilíbrios ou conflitos na capacidade do indivíduo de se relacionar com o seu meio ambiente. No contexto da teoria evolutiva de Millon, as estratégias que favorecem a sobrevivência individual e reprodutiva são equivalentes à personalidade (128).

Foi proposto que os pacientes com doenças de pele como a psoríase geralmente apresentam traços psicológicos e de personalidade que os tornam vulneráveis ao stresse (109,129). A vulnerabilidade psicológica associada à psoríase tem sido descrita, bem como o aumento da reatividade do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal que foi identificado nestes doentes (130).

Níveis mais elevados de alexitimia foram identificados em pacientes com psoríase e outras doenças da pele (Gupta, 2008). Um estudo avaliou a alexitimia antes e depois de terapia com PUVA (Psolareno +UVA). Nos pacientes tratados no estudo o nível de alexitimia não variou pelo que este distúrbio não poderia ser uma resposta à gravidade das lesões ou ao grau de desconforto ocasionado por estas (27,37,94).

5.2 Estratégias de *coping*

O sofrimento psicológico é frequente entre os pacientes com psoríase. A relação entre a psiquiatria e a dermatologia costuma ser complexa. Os pacientes com psoríase estão geralmente focados em encontrar soluções para estes desafios, utilizando estratégias de *coping* para a resolução de problemas pessoais e interpessoais com a finalidade de tentar dominar, minimizar ou tolerar o stresse. Por *coping* entende-se estratégias que as pessoas utilizam para se adaptar às circunstâncias adversas decorridas ao longo da vida (132).

A eficácia do esforço de enfrentamento depende do tipo de stresse, do indivíduo ou das circunstâncias. A este respeito, o estudo de Liluashvili & Kituashvili (2019) teve como

objetivo ilustrar a relação entre qualidade de vida e as estratégias de confronto num grupo de 50 pacientes com psoríase, e descrever uma metodologia para identificar o grupo de risco de pacientes que precisam de intervenção imediata de forma a desenvolver melhores estratégias de *coping*, uma vez que as estratégias de *coping* desadaptativas podem piorar o stresse (133).

Importa referir que Folkman & Lazarus (1980) designaram os esforços cognitivos e comportamentais utilizados por uma pessoa para enfrentar o stresse como formas de confronto/*coping*. As várias formas de lidar com as situações stressantes são ações intencionais, aprendidas e utilizadas, que se podem tornar um padrão de comportamento repetido ao longo da vida, podendo não ter consciência deste fato (134). Assim, considerando que o processo individual de desenvolvimento de uma identidade envolve igualmente o reconhecimento do mundo externo, a pele desempenha um papel crucial, uma vez que uma das suas funções é representar o indivíduo como um ser humano único. A insatisfação pessoal de não cumprir os requisitos externos pode representar um relacionamento interpessoal problemático e com altos níveis de stresse (106,134).

A intensidade do impacto das doenças da pele depende de algumas variáveis como a história natural e as implicações específicas da doença. As características demográficas, os doentes, os traços de personalidade, o carácter e valores, as suas condições de vida e as atitudes da sociedade em relação às doenças da pele são aspetos essenciais a serem analisados. Na análise das estratégias de *coping* dos doentes com psoríase, observa-se que as mais comuns são o confronto, autocontrole, a aceitação e o reenquadramento positivo da doença. Os menos frequentes são o abuso de álcool, religião e negação da doença (135).

O modelo de autorregulação do senso comum sugere que as crenças sobre a doença desempenham um papel vital, tanto físico como psicológico, de adaptação à mesma. Estas crenças, influenciam as estratégias de *coping* que são utilizadas para aumentar sucesso de ajuste a determinada condição (106).

A própria patologia determina necessidades internas e externas (cognitivas ou comportamentais), do indivíduo, para enfrentar as estratégias de autogestão e adaptação. Um estudo qualitativo relatou que os doentes gostariam de não viver com a doença, resultando em estratégias de evicção/ distração, e como forma de fuga abusaram do

álcool, automedicaram-se com analgésicos e fármacos indutores do sono. Neste sentido, a contínua supressão de pensamentos relacionados com a doença através do uso destas estratégias de *coping* podem desempenhar um papel na manutenção da angústia destes doentes (135).

O estudo de Howells et al. (2018) teve como objetivo investigar os papéis da gravidade da doença, crenças sobre a mesma e estratégias de *coping* na previsão da depressão, ansiedade e qualidade de vida em pessoas com psoríase. Depois de controlar a gravidade da doença, a regressão múltipla hierárquica dos modelos, indicaram que crenças mais negativas sobre consequências e comportamentos como um método de confronto, previu níveis aumentados de depressão, autculpabilização e ansiedade (136).

A natureza dos sintomas de psoríase nos estadios iniciais pode ser atribuída erroneamente ao sofrimento psicológico em vez da doença somática, que leva à inercia clínica e progressão da doença não tratada, demonstrando ainda mais as preocupações com as manifestações somáticas (107). Foi observado que os diagnósticos errados, dos quais os distúrbios psicossomáticos representam mais de um quarto, estão associados a atrasos de diagnóstico. O não tratamento é relatado por uma grande parte dos doentes, a insatisfação com a terapia, sugerindo domínios importantes do paciente que não são melhorados (137).

O recém-desenvolvido Questionário de Impacto da Doença da Artrite Psoriática (PsAID) é baseado nas perceções dos doentes e demonstra alta consistência com as medidas individuais de resultados relatados por estes (138). Embora os médicos nem sempre se focam em todos os domínios ao avaliar as respostas e a terapia personalizada, a maior parte destes doentes está preocupada com os sintomas intratáveis que limitam a sua aparência e capacidade de trabalho e lazer diários (139).

6. Conclusão

A psoríase é uma doença inflamatória sistémica crónica, multifatorial, com enorme impacto biopsicossocial na vida dos indivíduos portadores desta patologia. Apresenta períodos de agravamento imprevisíveis alternados com épocas de remissão e de duração variável. A etiopatogenia não está totalmente esclarecida, sabe-se que fatores genéticos e ambientais estão associados ao seu aparecimento. Identificam-se ainda fatores desencadeantes, quer no seu aparecimento, como no agravamento, sendo o stresse identificado por vários autores, como fator preponderante no prognóstico da doença.

Esta dermatose, caracterizada pelo aparecimento de placas eritemodescamativas, pruriginosas, não contagiosa, tem diversas apresentações clínicas (vulgar, palmolantar, ungueal, pustolosa, inversa, eritrodérmica, gutata e artrite psoriática) que afetam pele, unhas e articulações em diferente extensão e localizações, as quais poderão ter maior ou menor impacto quer na qualidade de vida, quer na interação psicossocial do indivíduo com o mundo que o rodeia (couro cabeludo, facial, áreas intertriginosas, genital, palmoplantar).

É consensual que a psoríase altera a qualidade de vida dos indivíduos que apresentam esta condição.

A adolescência, por si, só constitui um período conturbado, preconizando-se uma série de adaptações psicológicas, estas alterações associadas a ser portador de psoríase, acarretam uma maior repercussão na qualidade de vida desta população em específico.

Os indivíduos portadores desta patologia apresentam dificuldades em atividades de vida diárias, das quais se podem destacar, a vida familiar e sexual, as atividades laborais, desportivas e de lazer, na vida social e relações interpessoais. A nível psicológico a psoríase acarreta muito sofrimento e stresse para os doentes. Embora geralmente não afete a sobrevivência, esta patologia tem uma série de efeitos negativos importantes, demonstrável por um prejuízo significativo na qualidade de vida. Estudos reportaram que os indivíduos portadores de psoríase apresentavam uma personalidade tipo D – angustiado, caracterizado por altos níveis de afetividade negativa e inibição social.

Está frequentemente associada a comorbilidades importantes, quer pelo ao estado próinflamatório constante em que se encontram estes pacientes, quer pela imunossupressão iatrogénica aos tratamentos.

Os doentes com psoríase têm uma redução na sua qualidade de vida semelhante ou pior do que os doentes com outras doenças crónicas, como cardiopatia isquémica e diabetes. Um dos problemas mais reportados pelos doentes com psoríase é a estigmatização pela sua condição, que por si só contribui para a incapacitação quotidiana em várias esferas, laboral, vida social, atividades desportivas e de lazer, relações interpessoais e de intimidade, o que leva à depressão e ideação suicida em mais de 5% dos pacientes. Mesmo utilizando estratégias de *coping*, estas parecem ser desadaptadas e insuficientes, uma vez que se vão esgotando no decurso da doença, aumentando os níveis de depressão, autculpabilização e ansiedade

Após revisão da bibliografia consultada, entende-se que os os indivíduos portadores de psoríase, parecem merecer uma abordagem multidisciplinar na compreensão da sua doença, não somente do ponto de vista orgânico, mas também do ponto de vista da saúde mental. Assim sendo as consultas psicologia/ e/ou psiquiatria, bem como plataformas de partilha de informação entre doentes, podendo ser mediadas por profissionais de saúde, preparados para o efeito, como por exemplo a disponibilizada pela *National Psoriasis Foundation*, nos Estados Unidos da América ou a PsoPortugal (com respostas a questões frequentes, sessões de esclarecimento, folhetos informativos, apoio a familiares e assuntos da atualidade relacionados com a psoríase) deveriam ser consideradas no tratamento e *follow up* destes doentes, pelo impacto biopsicossocial a que a sua condição os expõe. Com a finalidade da melhoria dos *outcomes* em saúde destes pacientes, por forma a minorar as comorbilidades psicológicas, com o aumento de adesão à terapêutica.

Bibliografia

1. Nestle F.O., Kaplan D.H., Barker J. Psoriasis. *N Engl J Med.* 2009;361:496-509.
2. Johnson-Huang LM, Lowes MA, Krueger JG. Putting together the psoriasis puzzle: an update on developing targeted therapies. *Dis Model Mech.* 2012;5:423-33.
3. Esteves J.A., Baptista A.P., Rodrigo F.G., Marques Gomes M.A., *Dermatologia*, 2ª ed., Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 1992.
4. Esteves J.A., Baptista A.P., Rodrigo F.G., Marques Gomes M.A., *Dermatologia*, 2ª ed., Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 1992.
5. Rodrigo, F.G.; Marques Gomes, M.; Mayer-da-Silva, A.; Filipe, L.P., *Dermatologia: Ficheiro Clínico e Terapêutico*, 1ª ed., Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 2010.
6. Ponzio H.A., Patogénese da psoríase, *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 67(4):135-138 (1992).
7. Camisa C., *Manual de Psoríase- Diagnóstico e Tratamento*, 1ª ed, Revinter Ltda, 2003.
8. Longo D.L., et al, *Harrison´s Principles of Internal Medicine*, 18th ed., McGraw-Hill, 2011.
9. Almeida I.M.M, *Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina: Psoríase e Factores de Risco Cardiovascular*, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, 2011.
10. Fitzpatrick T.B., et al, *Dermatology in General Medicine*, 6th ed., McGraw-Hill, 2003.
11. Abuabara K., Azfar R.S., Shin D.B., Neimann A.L., Troxel A.B., Gelfand J.M. Cause-specific mortality in patients with severe psoriasis: a population-based cohort study in the U.K. *Br J Dermatol.* 2010;163:586-92.
12. Torres T, Filipe P, Selores M. Impact of biosimilars in psoriasis treatment. *Acta Med Port.* 2013;26:646-8.
13. Chandran, V.S., Raychaudhuri S. P. *Geoepidemiology and environmental factors of psoriasis and psoriatic arthritis*, Division of Rheumatology, Toronto Western Hospital, University of Toronto, Canada, 2010

14. Neimann A.L., Shin D.B., Wang X., et al. Prevalence of cardiovascular risk factors in patients with psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 2006; 55:829.
15. Coimbra, S, Oliveira H, Reis, F, Belo, L, Rocha, S, Quintanilha, A, Figueiredo, A, Teixeira, F, Castro, E, Rocha-Pereira, P, Santos-Silva, A. Interleukin (IL)-22, IL-17, IL-23, IL-8, vascular endothelial growth factor and tumour necrosis factor- α levels in patients with psoriasis before, during and after psoralen-ultraviolet A and narrowband ultraviolet B therapy. *British Journal of Dermatology*, 2012, vol:163, ed:6,1282-1290.
16. Torres T, Alexandre JM, Mendonca D et al. Levels of physical activity in patients with severe psoriasis: a cross-sectional questionnaire study. *Am J Clin Dermatol* 2014; 15:129–35
17. Parisi, R., Symmons, P.M., Griffith's, E. M, Ashcroft, D. Global Epidemiology of Psoriasis: A Systematic Review of Incidence and Prevalence. *Journal of investigative Dermatology*, vol 133, 2013, pag 377-385.
18. Heller, M., Lee, E., Koo, J. Stress as an Influencing Factor in Psoriasis, *Skin Terapy Letter*, vol:16, 2011.
19. Sarilar, M., Koi, E., Dervinja, F. Personal Experiences of the Psoriasis and its Relation to the Stressful Life Events. *Coll. antrop. Vol: 35, 2011, suppl: 2, pag 241-243.*
20. Gomes, D. C. Um retrato da psoríase em Portugal: estudo epidemiológico e clínico de 1021 doentes seguidos em ambulatório. *Trab Soc Port Dermatol* 2010, 25, pp. 7-33.
21. Christophers E. Psoriasis-epidemiology and clinical spectrum. *Clin. Exp. Dermatol.* 2001, 26, 314–320.
22. Fry L. *An Atlas of Psoriasis*. Second edition. Taylor & Francis; 2004.
23. Chiricozzi A., Guttman-Yassky E., Suarez-Farinas M., Nogales K. E., Tian S., Cardinale I., Chimenti S., Krueger J. G. Integrative responses to IL-17 and TNF- α in human keratinocytes account for key inflammatory pathogenic circuits in psoriasis. *J. Invest. Dermatol.* 2011,131, 677–687.
24. Guttman-Yassky, E., Nogales, K., Krueger, J. Contrasting pathogenesis of atopic dermatitis and psoriasis – Part I: clinical and pathologic concepts. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 2011, 127.
25. Setty, AR. et al. Smoking and the risk of psoriasis in women: Nurses' Health Study II. *Am J Med.* 2007, 120: 953-959.
26. Yin, X. Y., et al. TNIP1/ANXA6 and CSMD1 variants interacting with cigarette smoking, alcohol intake affect risk of psoriasis. *J Dermatol Sci*, 2013; 70, pp. 94-98.

27. Esteves, I. Psoríase: recentes avanços na compreensão da doença e sua terapêutica. mestrado, universidade lusófona de humanidades e tecnologia, 2013.
28. Simonic, E., et al. Childhood and adulthood traumatic experiences in patients with psoriasis. *J Dermatol*, 2010, 37, pp. 793-800.
29. Richards, H., Ray, D., Kirby, B., Mason, D., Plant, D., Main, C., Fortune, D. G. & Griffiths, C.E.M. (2005). Response of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis to psychological stress in patients with psoriasis. *British Journal of Dermatology*, 153(6), 1114-1120. ISSN: 1365-2133.
30. Jesus, D. (2010). *Psicossomática na Psoríase*. Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
31. Boehncke, W.-H.; Schön, M.P. Psoriasis. *Lancet* 2015, 386, 983–994.
32. Krueger, G.; Ellis, CN. Psoriasis - Recent Advances in Understanding Its Pathogenesis and Treatment. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 53 (2005), 94–100.
33. Rodrigues, A.; Teixeira, R. Desvendando a psoríase. *RBAC*. 2009, 41(4): 303-309.
34. Al-Mazeedi K., El-Shazly M., Al-Ajmi HS. Impacto da psoríase na qualidade de vida no Kuwait. *Int J Dermatol*. 2006; 45 (4): 418–424.
35. Shelling, M. et al. (2008). Psoriasis and Vascular disease: an unsolved mystery. *The American Journal of Medicine*, 121, pp. 360-365;
36. Armstrong AW, Schupp C, Wu J, Bebo B. Quality of life and work productivity impairment among psoriasis patients: findings from the National Psoriasis Foundation survey data 2003-2011. *PLoS One*. 2012;7(12):e52935.
37. Torres T, Filipe P, Selores M. Impact of biosimilars in psoriasis treatment. *Acta Med Port*. 2013;26:646-8.
38. Rodrigues, A.; Teixeira, R. Desvendando a psoríase. *RBAC*. 2009, 41(4): 303-309.
39. Fortune D, Richards H, Kirby B, McElhone K, Markham T, Rogers S. Psychological distress impairs clearance of psoriasis in patients treated with photochemotherapy. *Arch Dermatol*. 2003;139:752-6.
40. Basińska, M., A. & Drozdowska, M. (2013). Emotional intelligence as an indicator of satisfaction with life of patients with psoriasis. *Postepy Dermatologii I Alergology* 30(6):365-72.

41. Reich A, Welz-Kubia K, Rams Ł. Apprehension of the disease by patients suffering from psoriasis. *Postep Derm Alergol* 2014; 31: 289-93.
42. Jankowiak, B., Sekmistrz, S., Kowalewska, B., et al. (2013). Satisfaction with life in a group of psoriasis patients. *Postep Derm Alergol* 2013; XXX, 2: 85–90.
43. Nash AS, McAteer H, Schofield J, et al. Psoríase hoje: experiências de saúde e impacto na qualidade de vida em uma grande coorte do Reino Unido. *Prim Health Care Res Dev.* 2014; 5 : 1–9.
44. Dures E, Hewlett S, Lord J, Bowen C, McHugh N, Tillett W. Resultados importantes do tratamento para pacientes com artrite psoriática: um estudo qualitativo multisite. *Paciente.* 2017; 10 (4): 455–62.
45. Meneguín, S., et al. Quality of life of patients living with psoriasis: a qualitative study. *BMC Dermatology*, 2020, volume 20, Article number: 22 (2020).
46. Keyes, C. L. M. (2006). Subjective well-being in mental health and human development research world wide: an introduction. *Social Indicators Research*, 77 (1), 1-10.
47. Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141–66.
48. Cummins, R. A. (1997). Assessing quality of life. In R. I. Brown (Ed.), *Quality of life for people with disabilities: Models, research and practice* (2nd ed.). Cheltenham: Stanley Thornes.
49. Diener, E., Sapyta, J. J., & Suh, E. M. (1998). Subjective well-being is essential to well-being. *Psychological Enquiry*, 9(1), 33–37.
50. Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M., & Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*, 9(2), 111-131.
51. Sirgy, M. J., Michalos, A. C., Ferriss, A., Easterlin, R.A., Patrick, D., & Pavot, W. (2006). The Quality-Of-Life (QOL) Research Movement: Past, Present and Future. *Social Indicators Research*, 76, 343-466.
52. Eckersley, R (2004) *Well and Good: how we feel and why it matters* (Text Publishing, Melbourne Australia).
53. Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D., Oishi, S., & Biswas-Diener, R. (2009). New measures of well-being: Flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research*, 39, 247-266.

54. Berntsson LT, Kohler L: Quality of life among children aged 2-17 years in the five Nordic countries. Comparison between 1984 and 1996. *Eur J Public Health* 2001;11:437-445.
55. Frisen A, Bjarnelind S: Health-related quality of life and bullying in adolescence. *Acta Paediatrica* 2010;99:597-603.
56. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Grupo P: Itens de relatório preferidos para revisões sistemáticas e meta-análises: a declaração PRISMA. *J Clin Epidemiol* 2009; 62: 1006-1012.
57. Beattie PE, Lewis-Jones MS: Um estudo comparativo do comprometimento da qualidade de vida em crianças com doenças de pele e crianças com outras doenças crônicas da infância. *Br J Dermatol* 2006; 155: 145-151.
58. Manzoni AP, Pereira RL, Townsend RZ, Weber MB, Nagatomi AR, Cestari TF: Avaliação da qualidade de vida de pacientes pediátricos com as principais dermatoses crônicas da infância. *An Bras Dermatol* 2012; 87: 361-368.
59. González-Parra E, Daudén E, Carrascosa JM, Olveira A, Botella R, Bonana, D, et al. Enfermedad renal y psoriasis. Una nueva comorbilidad. *Actas Dermosifiliogr* .2016;107:823-829
60. Zięciak, T. Rzepa, J. Król, R. Żaba (2017). Stigmatization feelings and depression symptoms in psoriasis patients *Psychiatr. Pol.*, 51 (2017), pp. 1153-1163.
61. Karia SB, De Sousa A, Shah N, Sonavane S, Bharati A. Psychiatric morbidity and quality of life in skin diseases: A comparison of alopecia areata and psoriasis. *Ind Psychiatry J* 2015;24:125-8.
62. Top, J., Andrees, V., Heensen, C., Ausgustin, M. & Blome, C. (2019). Recall of health-related quality of life: how does memory affect the SF-6D in patients with psoriasis or multiple sclerosis? A prospective observational study in Germany. *BMJ Open*. 2019; 9(11): e032859.
63. Jankowiak, B. et al. (2020). Stigmatization and Quality of Life in Patients with Psoriasis. *Dermatology and Therapy* volume 10, pages285–296.
64. Khoury LR, Danielsen PL, Skiveren J. Body image altered by psoriasis. A study based on individual interviews and a model for bodyimage. *J Dermatolog Treat* 2014; 25:2–7.
65. Stanton, A. Revenson, T., & Tennen, H. (2007). Health Psychology: Psychological Adjustment to Chronic Disease. *Annual Review of Psychology*, 58, 565–592.

66. Damásio, António. O Erro de Descartes. Emoção, Razão e Cérebro Humano, Lisboa, 2011, Temas e Debates.
67. Gupta M, Gupta A. Psoriasis and sex: a study of moderately to severely affected patients. *Int J Dermatol.* 1997;36(4):259–262.
68. Meeuwis KAP, Potts Bleakman A., van de Kerkhof PCM, et al. Prevalência de psoríase genital em pacientes com psoríase. *J Dermatolog Treat.* 2018: 1–7.
69. Molina-Leyva A, Almodovar-Real A, Carrascosa JC, et al. Padrão de distribuição de psoríase, ansiedade e depressão como possíveis causas de disfunção sexual em pacientes com psoríase moderada a grave. *An Bras Dermatol.* 2015; 90 (3): 338–345.
70. Russo PA, Ilchef R, Cooper AJ. Psychiatric morbidity in psoriasis: a review. *Australas J Dermatol.* 2004;45(3):155–161.
71. Guenther L, Han C, Szapary P, et al. Impact of ustekinumab on healthrelated quality of life and sexual difficulties associated with psoriasis: results from two phase III clinical trials. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2011;25(7):851–857.
72. Sarbu MI, Tampa M, Sarbu AE, Georgescu SR. Sexual Dysfunctions in Psoriatic Patients. *Journal of Mind and Medical Sciences.* 2014:1.
73. Goulding JM, Price CL, Defty CL, Hulangamuwa CS, Bader E, Ahmed I. Erectile dysfunction in patients with psoriasis: increased prevalence, an unmet need, and a chance to intervene. *Br J Dermatol.* 2011;164(1):103–109.
74. Hackett G, Dean J, Kell P. British society for sexual medicine guidelines on the management of erectile dysfunction. Available from: www.bssm.org.uk/downloads/BSSM_ED_Management_Guidelines_2007.
75. Wojciechowska-Zdrojowy M, Reich A, Szepietowski JC, et al. Analysis of sexual problems in men with psoriasis. *J Sex. Marital Ther.* 2018 Apr.
76. Cabete J, Torres T, Vilarinho T, Ferreira A, Selores M. Erectile dysfunction in psoriasis patients. *Eur J Dermatol.* 2014;24(4):82–486.
77. Eltaweel A, Mustafa AI, El-Shimi OS, Algaod FA. Sex hormones, erectile dysfunction, and psoriasis; a bad friendship! *Int J Dermatol.* 2018.
78. Boehncke, W.-H.; Schön, M.P. Psoriasis. *Lancet* 2015, 386, 983–994.
79. Korman NJ, Zhao Y, Pike J, Roberts J. Relationship between psoriasis severity, clinical symptoms, quality of life and work productivity among patients in the USA. *Clin Exp Dermatol.* 2016;41(5):514-521.

80. Armstrong AW, Lynde CW, McBride SR, et al. Effect of ixekizumab treatment on work productivity for patients with moderate-to-severe plaque psoriasis: analysis of results from 3 randomized phase 3 clinical trials. *JAMA Dermatol.* 2016;152(6):661-669.
81. Frankel, H.C.; Han, J.; Li, T.; Qureshi, A.A. The Association between Physical Activity and the Risk of Incident Psoriasis. *Arch. Dermatol.* 2012, 148, 918–924.
82. Balato, N.; Megna, M.; Palmisano, F.; Patrino, C.; Napolitano, M.; Scalvenzi, M.; Ayala, F. Psoriasis, and sport: A new ally? *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2014, 29, 515–520.
83. Qureshi AA, Choi HK, Setty AR et al. Psoriasis and the risk of dia-betes and hypertension: a prospective study of US female nurses.*Arch Dermatol* 2009; 145:379–82.
84. Leino, M., Matilla, K., et al. (2015). Influence of Psoriasis on Household Chores and Time Spent on Skin Care at Home: A Questionnaire Study. *Dermatology and Therapy* volume 5, pages107–116.
85. Williams, J.M.G., & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse.* New York: The Guilford Press.
86. Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). The Guilford Press: New York.
87. Ruiz, F. J. (2010). A review of acceptance and commitment therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(1), 125–162.
88. Hadlandsmyth, K., White, K. S., Nesin, A. E., & Greco, L. A. (2013). Proposing an acceptance and commitment therapy intervention to promote improved diabetes management in adolescents: A treatment conceptualization. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(4), 12–15.
89. Sprecher, S., & Hendrick, S. S. (2004). Sprecher and Hendrick self-disclosure in intimate relationships self-disclosure in intimate relationships: Associations with individual and relationship characteristics over time. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(6), 857–877.

90. Trindade, I. A., Ferreira, C., & Pinto-Gouveia, J. Inflammatory bowel disease: The harmful mechanism of experiential avoidance for patients' quality of life. *Journal of Health Psychology*, 2016, 21(12), 2882-2892.
91. Gaikwad R, Deshpande S, Raje S, et al. Evaluation of functional impairment in psoriasis. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2006;72:37-40.
92. Gündüz, A., Topçuoğlu, V., Başak, E., Gündüz, U., Ergun, T., Gençosmanoğlu, D., et al. (2020). Efeitos significativos da imagem corporal nas funções sexuais e na satisfação em pacientes com psoríase. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 46 , 160-169.
93. Hassani, F., Koraei, A., Yaghoobi, R., & Zarea, R. (2020). Avaliação da relação entre imagem corporal, satisfação corporal, depressão, qualidade conjugal e autoestima em pacientes com psoríase. *Psicologia, Saúde e Medicina*.
94. Griffiths, C., van de Kerkhof, P., & Czarnecka-Operacz, M. (2017). Psoríase e dermatite atópica. *Dermatology and Therapy*, 7 , 31-41.
95. Vettuparambil, N. & Asokan, B. Physical, Social, and Psychological Impacts of Psoriasis. *Indian journal of surgical oncology* 2015, 6 (4), 352-355.
96. Martín-Brufau R, Ulnik JC, Redondo CB, Berná FJC. Personality in patients with psoriasis. Available at <https://www.intechopen.com/books/psoriasis/personality-and-psoriasis>.
97. Van Beugen S, van Middendorp H, Ferwerda M, Smit JV, ZeeuwenFranssen ME, Kroft EB, et al. Predictors of perceived stigmatization in patients with psoriasis. *Br J Dermatol* 2017;176:687-94.
98. Nelson PA, Chew-Graham CA, Griffiths CE, Cordingley L, Team I. Recognition of need in health care consultations: a qualitative study of people with psoriasis. *Br J Dermatol* 2013;168:354-61.
99. Zeljko-Penavic J, Situm M, Babic D, Simic D. Analysis of psychopathological traits in psoriatic patients. *Psychiatr Danub* 2013;25 Suppl 1:56-9.
100. Zink A, Herrmann M, Fischer T, Lauffer F, Garzorz-Stark N, Bohner A, et al. Addiction: an underestimated problem in psoriasis health care. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2017;31:1308-1.
101. Petraskiene R, Valiukeviciene S, Macijauskiene J. Associations of the quality of life and psychoemotional state with sociodemographic factors in patients with psoriasis. *Medicina (Kaunas)* 2016;52:238-43.

102. Hawro M, Maurer M, Weller K, Maleszka R, Zalewska-Janowska A, Kaszuba A, et al. Lesions on the back of hands and female gender predispose to stigmatization in patients with psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 2017;76:648-54 e2.
103. Lee YW, Park EJ, Kwon IH, Kim KH, Kim KJ. Impact of Psoriasis on Quality of Life: Relationship between Clinical Response to Therapy and Change in Health-related Quality of Life. *Ann Dermatol.* 2010;22:389-96.
104. Ruiz D.G., et al, Artrite psoriásica: entidade clínica distinta da psoríase *Rev. Brasileira de Reumatologia*, 52(4):623-638 (2012).
105. Gerdes, S.; Mrowietz, U.; Boehncke, W.H. Comorbidity in psoriasis. *Hautarzt* 2016, 67, 438–444.
106. Kimball AB, Gieler U, Linder D, Sampogna F, Warren RB, Augustin M. Psoriasis: is the impairment to a patient's life cumulative? *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology : JEADV.* 2010;24(9):989-1004.
107. Armstrong AW, Schupp C, Wu J, Bebo B. Quality of life and work productivity impairment among psoriasis patients: findings from the National Psoriasis Foundation survey data 2003-2011. *PLoS One.* 2012;7(12):e52935.
108. Metha, N., N. et al. Vascular Inflammation Imaging in Psoriasis. *Current Cardiovascular Imaging Reports*, 2017, volume 10, Article number: 4.
109. Kim, T. , Kim S., Lee, M. The Origin of Skin Dendritic Cell Network and Its Role in Psoriasis. *International Journal of Molecular Science*, 2018, 19, 42.
110. Kirby B. The psych and inflammatory skin disease. *Br J Dermatol.* 2012;166:911
111. Villani, A.P.; Rouzaud, M.; Sevrain, M.; Barnetche, T.; Paul, C.; Richard, M.A.; Beylot-Barry, M.; Misery, L.; Joly, P.; Le Maitre, M.; et al. Prevalence of undiagnosed psoriatic arthritis among psoriasis patients: Systematic review and meta-analysis. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2015, 73, 242–248.
112. Salomon, J.; Szepietowski, J.C.; Proniewicz, A. Psoriatic nails: A prospective clinical study. *J. Cutan. Med. Surg.* 2003, 7, 317–321. [CrossRef]
113. Pasch, M.C. Nail psoriasis: A review of treatment options. *Drugs* 2016, 76, 675–705.
114. Ogdie A, Langan S, Love T et al. Prevalence and treatment patterns of psoriatic arthritis in the UK. *Rheumatology*, 2015, 52:568–75.
115. Ellinghaus, E. Ellinghaus, R.P. Nair, P.E. Stuart, T. Esko, A. Metspalu, et al. Combined analysis of genome-wide association studies for crohn disease and

- psoriasis identifies seven shared susceptibility loci *Am J Hum Genet*, 90, 2012, pp. 636-647.
116. Yang EJ, Beck KM, Sanchez IM, et al. The impact of genital psoriasis on quality of life: a systematic review. *Psoriasis (Auckl)* 2018;8:41–47.
 117. Merola, J, Li, T, Li, W, Cho, E, & Qureshi, A. Prevalence of psoriasis phenotypes among men and women in the USA. *Clinical and Experimental Dermatology*, 2016, 41(5), 486– 489.
 118. Aldredge LM, Higham RC. Manifestations and Management of Difficult-to-Treat Psoriasis. *JDNA*. 2018;10:189–197.
 119. Frez M, Asawanonda P, Gunasekara C, Koh C, Loo S, Youn S. W. Recommendations for a patient-centered approach to the assessment and treatment of scalp psoriasis: A consensus statement from the Asia Scalp Psoriasis Study Group. *Journal of Dermatological Treatment*, 2014, 25(1), 38–45.
 120. Alpsoy E, Polat M, FettahlioGlu-Karaman B, Karadag A. S, Kartal-Durmazlar P, YalCin B. Senol Y. Internalized stigma in psoriasis: A multicenter study. *Journal of Dermatology*, 2017, 44(8), 885–891.
 121. Canpolat F., Cemil B. C., Eskioğlu F., & Akis H. K. Is facial involvement a sign of severe psoriasis? *European Journal of Dermatology*, 2008, 18(2), 169–171.
 122. Omland SH, Gniadecki R. Psoriasis inversa: A separate identity or a variant of psoriasis vulgaris? *Clin Dermatol*. 2015;33:456–461.
 123. Kragballe K. Management of Difficult to Treat Locations of Psoriasis Scalp, Face, Flexures, Palm/Soles and Nails. *Curr Probl Dermatol*. 2009;38:160–171.
 124. Van Heck GL. Personalidade e saúde física: em direção a uma abordagem ecológica à pesquisa da personalidade relacionada à saúde. *Eur J Personality*. 1997; 11 : 415–43.
 125. Rasmy et al. Interleukin-18 expression and the response to treatment in patients with psoriasis. *Arch Med Sci*. 2011 Aug; 7(4): 713–719
 126. Magin P, Adams J, Heading G, Pond D, Smith W. The psychological sequelae of psoriasis: results of a qualitative study. *Psychol Health Med*. 2009;14:150-61.

127. Davis, R. D. (1999). Millon: Essentials of His Science, Theory, Classification, Assessment, and Therapy. *Journal of Personality Assessment*, 72(3), 330-352. ISSN: 1532-7752.
128. Millon, T. (2001). *Mips, inventario de Estilos de Personalidad de Millon, Manual*. Tea Ediciones. ISBN: 8471749939.
129. Hong, J., Koo, B., & Koo, J. (2008). The psychosocial and occupational impact of chronic skin disease. *Dermatol Ther*, 21(1), 54-59. ISSN: 1396-0296.
130. Ray, D. et al. Response of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis to psychological stress in patients with psoriasis. *British Journal of Dermatology*, 2005, 153(6):1114-20
131. Gupta, M. (2008). Stress and Urticaria. In: *Neuroimmunology of the Skin: Basic Science to Clinical Practice*. Springer, 209. ISBN: 978-3540359869.
132. Mazzotti E, Mastroeni S, Lindau J, et al. Psychological distress and coping strategies in patients attending dermatology outpatient clinic. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2012; 26: 746-54.
133. Liluashvili, S. & Kituashvili, T. Dermatology Life Quality Index and disease coping strategies in psoriasis patients. *Postepy Dermatol Alergol*. 2019 Aug;36(4):419-424.
134. Folkman S, Lazarus RS. Análise do coping em uma amostra comunitária de meia-idade. *J Health Soc Behav*. 1980; 21: 219-39.
135. Hyphantis T, Almyroudi A, Paika V, Degner LF, Carvalho AF, Pavlidis N. Anxiety, depression and defense mechanisms associated with treatment decisional preferences and quality of life in nonmetastatic breast cancer: a 1-year prospective study. *Psycho-oncology*. 2013;22(11):2470-7.
136. Howells, L., Chisholm, A., Cotterill, S., Chinoy, H., Warren, R. B., & Bundy, C. (2018). The impact of disease severity, illness beliefs and coping strategies on outcomes in psoriatic arthritis. *Arthritis Care and Research*, 70(2), 295-302.
137. Gudu, T.; Etcheto, A.; De Wit, M.; Heiberg, T.; Maccarone, M.; Balanescu, A.; Balint, P.V.; Niedermayer, D.S.
138. Holland, R.; Tillett, W.; Korendowych, E.; Cavill, C.; Waldron, N.; Brooke, M.; McHugh, N.J. Validation of the Psoriatic Arthritis Impact of Disease (PsAID) Questionnaire and its potential as a single-item outcome measure in clinical practice. *Ann. Rheum. Dis*. 2018, 77, 343–347.

139. Haugeberg, G.; Hoff, M.; Kavanaugh, A.; Michelsen, B. Psoriatic arthritis: Exploring the occurrence of sleep disturbances, fatigue, and depression and their correlates. *Arthr. Res Ther.* 2020, 22, 1–10.
140. Basińska, M., A. & Drozdowska, M. (2013). Emotional intelligence as an indicator of satisfaction with life of patients with psoriasis. *Postepy Dermatologii I Alergologii* 30(6):365-72.
141. Almeida I.M.M, *Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina: Psoríase e Factores de Risco Cardiovascular*, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, 2011.
142. Carmo M.C.L., et al, O impacto da psoríase na qualidade de vida: análise de aspectos individuais de PDI e DLQI, Universidade Federal do Rio de Janeiro e Faculdade de Medicina: <http://dermato.med.br/ufrij2007/Impacto.pdf>.
143. Armstrong, A.W.; Robertson, A.D.; Wu, J.; Schupp, C.; Lebwohl, M.G. Undertreatment, treatment trends, and treatment dissatisfaction among patients with psoriasis and psoriatic arthritis in the United States: Findings from the National Psoriasis Foundation surveys, 2003–2011. *JAMA Dermatol.* 2013, 149, 1180–1185.
144. Beck K.M., Yang E.J., Sanchez I.M., Liao W. Treatment of Genital Psoriasis: A Systematic Review. *Dermatol Ther (Heidelb)* 2018;8:509–525.
145. Berth-Jones, J. Psoriasis. *Medicines*, 2005, 33 (1), pp. 50-56;
146. Böhm D, Stock Gissendanner S, Bangemann K, Snitjer I, Werfel T, Weyergraf a., et al. Perceived relationships between severity of psoriasis symptoms, gender, stigmatization and quality of life. *J Eur Acad Dermatology Venereol.* 2013;27:220–6
147. Cañete, J.D.; Helliwell, P.; et al. Fatigue in psoriatic arthritis—A cross-sectional study of 246 patients from 13 countries. *Jt. Bone Spine* 2016, 83, 439–443.
148. Coimbra, S., et al. *Psoriasis - A Systemic Disease*. Croatia. Intech,, 2012.
149. Deckers IA, McLean S, Linssen S, Mommers M, van Schayck CP, Sheikh A. Investigating international time trends in the incidence and prevalence of atopic eczema 1990-2010: A systematic review of epidemiological studies. *PLoS One* 2012;7:e39803.
150. Fitzpatrick T.B., et al., *Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology: Common and Serious Diseases*, 4 rd ed., McGraw-Hill, 2001.

151. Fry L. An Atlas of Psoriasis. Second edition. Taylor & Francis; 2004.
152. Fry, L., Baker, B., Powles, A. Psoriasis – a possible candidate for vaccination. *Autoimmunity Reviews*, 6, 2010; pp. 286-289;
153. Golpour, M., et al. Depression and Anxiety Disorders among Patients with Psoriasis: A Hospital-Based Case-Control Study. *Dermatol Res Pract.* , 2012, pp. 1-5.
154. Graber E. Treatment of acne vulgaris. UptoDate [Internet site]. [last updated 2020 Jul 28]. Available from: <https://bit.ly/32x2IUY>
155. Martín-Brufau R, Ulnik JC, Brufau Redondo C, Corbalán Berná FJ. Psoriasis. Soung J, editor. *Psoriasis*. InTech; 2018. pp. 209–26. Available from: <http://www.intechopen.com/books/psoriasis>.
156. Millon, T. (1990). *Toward a new personology: An evolutionary model*. John Wiley & Sons. ISBN10: 0471515736.
157. Millon, T. (1999). Reflections on Psychosynergy: A Model for Integrating Science, Theory, Classification, Assessment, and Therapy. *Journal of Personality Assessment*, 72(3), 437-456. ISSN: 1532-7752.
158. Mingorance RC, Loureiro SR, Okino L, Foss NT. Pacientes com psoríase : Adaptação psicossocial e características de personalidade. *Med (Ribeirao Preto)*. 2001;34(9):315–24.
159. PSOPortugal. Psoríases- Tipos. [Em linha]. Disponível em:< http://www.psoportugal.pt/live/page_reader.php?p=302&t=VG1wb3M=&g=UHNvcsOtYXNI >
160. Ruiz DG, Azevedo MNL, Santos OLR. Artrite psoriásica: entidade clínica distinta da psoríase *Rev Bras Reumatol*. 2012;52:630-38.
161. Torres, T, Henrique M , Oliveira, H, Abordagem do Doente com Psoríase pela Medicina Geral e Familiar: Algoritmo de Referenciação e Gestão Partilhada com a Dermatologia, *Acta médica portuguesa*, 2020:33.
162. Zachariae R., et al, Self-reported stress reactivity and psoriasis-related stress of Nordic psoriasis sufferers, *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 18(1):27-36 (2004).