

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO

ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

ESCOLA DE MEDICINA

STEPHANIE AMARAL DA COSTA

**ASPECTOS PSICOLÓGICOS E O IMPACTO NA QUALIDADE DE
VIDA DOS PACIENTES COM PSORÍASE: REVISÃO NÃO
SISTEMÁTICA DA LITERATURA**

Duque de Caxias

2020

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO

ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

ESCOLA DE MEDICINA

STEPHANIE AMARAL DA COSTA

**ASPECTOS PSICOLÓGICOS E O IMPACTO NA QUALIDADE DE
VIDA DOS PACIENTES COM PSORÍASE: REVISÃO NÃO
SISTEMÁTICA DA LITERATURA**

Monografia apresentada à disciplina de Trabalho de Conclusão de
Curso II como um dos requisitos para a conclusão do Curso de
Medicina.

Orientador: Professor Bruno Eduardo Morais Nunes

Duque de Caxias

2020

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UNIGRANRIO - NÚCLEO DE COORDENAÇÃO DE BIBLIOTECAS

C837a Costa, Stephanie Amaral da.

Aspectos psicológicos e o impacto na qualidade de vida dos pacientes com psoríase: revisão não sistemática da literatura / Stephanie Amaral da Costa. – Duque de Caxias, 2020.

48 f. : il. ; 30 cm.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação em Medicina) – Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”, Escola de Ciências da Saúde, 2020.

“Orientador: Prof. Esp. Bruno Eduardo Morais Nunes”.

Referências: f. 43-47.

1. Medicina. 2. Dermatologia. 3. Psoríase. 4. Qualidade de vida. 5. Depressão. 6. Ansiedade. I. Nunes, Bruno Eduardo Morais. II. Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”. III. Título.

CDD - 610

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO

ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

ESCOLA DE MEDICINA

STEPHANIE AMARAL DA COSTA

**ASPECTOS PSICOLÓGICOS E O IMPACTO NA QUALIDADE DE
VIDA DOS PACIENTES COM PSORÍASE: REVISÃO NÃO
SISTEMÁTICA DA LITERATURA**

Aprovado pela banca:

Prof. _____

Prof. _____

Em _____ de _____ 2020

Duque de Caxias

2020

Dedico este trabalho a Deus por ter guiado meus passos até aqui, à minha família e ao meu noivo por todo incentivo e apoio.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus por guiar meus passos, me dar sabedoria e força em todos os momentos da minha graduação.

À minha família por todo esforço para que eu chegasse até aqui, por todo amor, carinho e apoio incondicional.

Ao meu noivo por ser sempre meu incentivador e estar ao meu lado em todos os momentos importantes da minha vida.

Ao meu orientador e professor Bruno Eduardo por toda ajuda na realização deste trabalho e também por ser um exemplo de médico para minha vida profissional.

E a todos que de alguma forma estiveram comigo durante a minha formação, me ajudando e incentivando.

*“Nada é tão nosso quanto nossos sonhos”
(Friedrich Nietzsche)*

RESUMO

Introdução: há uma forte relação entre aspectos psicológicos, como os transtornos de humor, e a psoríase, assim como há um grande prejuízo na qualidade de vida dos pacientes e, devido a esse fato, é indispensável levar em consideração não só o tratamento da doença de pele em si. **Objetivos:** ressaltar o quanto é comum os portadores de psoríase ter algum distúrbio psiquiátrico associado e avaliar o impacto na qualidade de vida desses pacientes, com a finalidade de oferecer a eles uma abordagem de tratamento mais ampla, sendo benéfica tanto nos aspectos físicos, quanto nos aspectos psicológicos e emocionais. Além disso, verificar a influencia do tratamento das lesões nas questões psicológicas e na satisfação com a vida. **Métodos:** revisão não sistemática da literatura, e de pesquisa de artigos científicos em bancos de dados online, que compreendiam em ensaios clínicos e revisões da literatura, e que avaliaram a relação entre a psoríase, os aspectos psicológicos e o impacto na qualidade de vida e de artigos que analisaram também a influencia do tratamento da dermatose nessas questões. **Discussão:** foram analisados 12 estudos os quais demonstraram que há um grande prejuízo na qualidade de vida dos pacientes com psoríase, até mesmo na faixa etária pediátrica, e que há relação da doença com aspectos psicológicos, como a depressão e a ansiedade. Sendo constatada em alguns desses estudos, uma melhora dessas questões avaliadas com o tratamento da dermatose, em especial com o uso dos biológicos. **Conclusão:** é de extrema importância ter uma perspectiva mais abrangente de intervenção nos pacientes com psoríase, a qual vai desde uma terapia medicamentosa até uma possível psicoterapia, caso seja necessário. Para que assim, seja obtido um sucesso maior no tratamento, com controle das lesões, melhora da qualidade de vida, da autoestima, das relações interpessoais e das questões psiquiátricas, se existentes.

Palavras-chaves: psoríase, qualidade de vida, depressão, ansiedade.

ABSTRACT

Introduction: there is a strong relationship between psychological aspects, such as mood disorders, and psoriasis, just as there is a great loss in the quality of life of patients and, due to this fact, it is essential to take into account not only the treatment of the disease of skin itself. **Objectives:** to highlight how common it is for patients with psoriasis to have an associated psychiatric disorder and to assess the impact on the quality of life of these patients, in order to offer them a broader treatment approach, being beneficial both in physical aspects and in psychological and emotional aspects. In addition, to verify the influence of the treatment of injuries on psychological issues and satisfaction with life. **Methods** non-systematic literature review, with research of scientific articles in online databases, which comprised clinical trials and literature reviews, and which assessed the relationship between psoriasis, psychological aspects and the impact on quality of life and articles who also analyzed the influence of acne treatment on these issues. **Discussion:** 12 studies were analyzed which showed that there is a great loss in quality of life of patients with psoriasis, even in the pediatric age group, and that there is a relationship between the disease and psychological aspects, such as depression and anxiety. As seen in some of these studies, an improvement in these issues assessed with the treatment of acne, especially with the use of biologicals. **Conclusion:** it is extremely important to have a more comprehensive perspective of intervention in patients with psoriasis, which ranges from drug therapy to possible psychotherapy, if necessary. So that greater success in treatment is achieved, with injury control, improvement of quality of life, self-esteem, interpersonal relationships and psychiatric issues, if any.

Keywords: psoriasis, quality of life, depression, anxiety.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Psoríase em placas eritematoescamosas	18
Figura 2 - Psoríase gutata	19
Figura 3 - Eritrodermia psoriática	20
Figura 4 - Psoríase invertida	20
Figura 5 - Psoríase ungueal	21
Figura 6 - Psoríase pustulosa palmoplantar	22
Figura 7 - Fluxograma do tratamento da psoríase moderada e grave	30

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BSA	Área de superfície corporal
CD8	Grupamento de diferenciação 8
COX-1	Ciclooxigenase 1
DLQI	Índice de qualidade de vida em dermatologia
HIV	Vírus da imunodeficiência adquirida
HLA-B27	Antígeno Leucocitário Humano B27
HLA-Cw6	Antígeno Leucocitário Humano Cw6
IL8	Interleucina 8
IL12	Interleucina 12
IL13	Interleucina 13
INF- α	Interferon alfa
INF- γ	Interferon gama
K6	Klesser 6
TCD4	Células T de grupamento de diferenciação 4
Tc1	T citotóxica 1
Th1	T helper 1
TNF- α	Fator de necrose tumoral alfa
PASI	Índice de área e severidade da psoríase
PDI	Índice de incapacidade causada pela psoríase
PGWB	Índice de bem-estar geral psicológica
PHQ2	Questionário de saúde do paciente 2
PSOLAR	Registro e Avaliação Longitudinal da psoríase
VHS	Velocidade de hemossedimentação

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1. EPIDEMIOLOGIA	14
2.2. ETIOPATOGENIA	14
2.3. QUADRO CLÍNICO	17
2.4. DIAGNÓSTICO	23
2.5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	26
2.6. TRATAMENTO	28
2.7. IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA	32
3. OBJETIVOS	34
3.1. GERAL	34
3.2. ESPECÍFICOS	34
4. MATERIAIS E MÉTODOS	35
5. DISCUSSÃO	36
6. CONCLUSÃO	42
REFERÊNCIAS	43

1. INTRODUÇÃO

A psoríase é uma doença crônica da pele que afeta aproximadamente 1 a 3% da população mundial (ASZ-SIGALL *et al.*, 2020) e tem como clínica lesões eritematoescamosas em placas, bem delimitadas, geralmente com escamas. Seu tipo mais comum de apresentação é a forma vulgar, mas também há outros tipos, como a gutata, eritrodérmica, invertida, ungueal e até mesmo a forma articular (CARNEIRO *et al.*, 2015). É uma dermatose que se caracteriza por uma hiperproliferação anormal da epiderme devido à hiperativação do sistema imune, com proliferação e diferenciação anormais dos queratinócitos (SODRÉ *et al.*, 2015).

Em sua etiologia há a relação com a hereditariedade, mas também há outros fatores envolvidos na sua instalação ou no seu agravamento, como: frio, traumas cutâneos, infecções, alterações metabólicas e endócrinas como diabetes e tireoidopatias, estresse emocional e outros fatores psicogênicos, fumo, álcool e alguns fármacos (CARNEIRO *et al.*, 2015).

Sabemos que a pele tem uma grande relação com o sistema nervoso, visto que são originados do mesmo folheto embrionário: o ectoderma. E, essa convergência é vista em muitas doenças dermatológicas por estarem interligadas aos aspectos psicológicos dos pacientes, como é o caso da psoríase. As alterações emocionais de um indivíduo podem se manifestar em algum órgão, como por exemplo, a pele, sendo esse considerado "órgão de choque". Isso acontece devido à somatização, onde as emoções são expressas como sintomas físicos.

O estresse emocional é citado na bibliografia em geral como um fator importante que influencia tanto o aparecimento como o agravamento das lesões psoriáticas, o que faz a psoríase ser classificada também como uma psicodermatose (SILVA *et al.*, 2006). Muitos eventos podem desencadear o estresse na vida das pessoas, como: guerras, acidentes, terremotos, mudanças de cidade, de emprego, casamento, perda de alguma pessoa, entre outros (SILVA *et al.*, 2007). E, ao passar

por um desses eventos, o indivíduo pode desencadear alguma dermatose, como a psoríase, ou seja, a pele passa a funcionar como fonte de expressão.

Os transtornos de humor, como depressão e ansiedade, também estão associados à psoríase, tanto no desencadeamento das lesões, quanto na piora. Além disso, a própria dermatose pode desencadear essas alterações psiquiátricas, pois tem um grande impacto na qualidade de vida, afetando a autoestima e a interação social dos pacientes pelo constrangimento devido às lesões, o que gera um estresse emocional. Isto é, a psoríase tem uma relação íntima com a área emocional, como desencadeadora ou como consequência (SILVA *et al*, 2007).

Na vida moderna, há inúmeros agentes estressores que cercam as pessoas e, além disso, a própria lesão de pele pode ser um desses agentes, então, ao lidar com um paciente com psoríase, o questionamento é: Será que só tratando a doença haverá controle da situação? Ou é necessário olhar além da queixa principal para poder enxergar se existe alguma alteração psicológica influenciando na manifestação das lesões?

Com isso, fica evidente que, há uma forte relação entre aspectos psicológicos, como os transtornos de humor, e a psoríase, assim como há um grande prejuízo na qualidade de vida dos pacientes. E, devido a esse fato, é de extrema importância levar em consideração não só o tratamento da doença de pele em si, pois para obter o sucesso da terapia devemos também tratar das questões psicológicas, se existentes, tentando amenizar também o prejuízo na qualidade de vida do paciente, visto que muitos estudos mostram essa relação.

Nesse contexto, este trabalho busca mostrar a importância em abordar os pacientes no consultório de dermatologia olhando além da lesão de pele, com a finalidade de buscar fatores que possam estar interligados com as manifestações cutâneas apresentadas, como condições psicológicas e emocionais.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

A psoríase é uma dermatose eritematoescamosa, não contagiosa, imunoinflamatória, crônica e recorrente que se caracteriza por uma hiperplasia epidérmica com ciclo evolutivo acelerado dos queratinócitos e ativação imune inapropriada (CARNEIRO *et al.*, 2015). Ela tem uma manifestação clínica variável em cada indivíduo, assim como a gravidade, podendo ser, em alguns casos, incapacitante. Além disso, é uma doença que geralmente interfere na qualidade de vida dos pacientes, podendo ter um impacto negativo significativo no bem-estar físico, emocional e psicossocial (LANGLEY, 2005).

2.1. EPIDEMIOLOGIA

Sua distribuição é universal, com prevalência variando de 1 a 3%, dependendo da população em estudo (CARNEIRO *et al.*, 2015). No Brasil, não existem estudos sobre a sua prevalência, acreditando-se que 1% da população seja acometida. É uma doença que acomete igualmente homens e mulheres, sendo uma dermatose frequente na prática clínica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2012).

Ela pode ocorrer em qualquer idade, mas há picos de incidência observados na segunda e na quinta década de vida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2012). Sendo que sua maior ocorrência é na terceira década e, quando ocorre antes disso, tem pior prognóstico por estar frequentemente associada ao antígeno leucocitário humano Cw6 (HLA-Cw6) e a uma história familiar positiva (CARNEIRO *et al.*, 2015).

2.2. ETIOPATOGENIA

É uma dermatose de causa desconhecida, mas sabe-se que apresenta base hereditária. Sua etiologia é considerada multifatorial, o que significa dizer que é de herança genética e requer fatores ambientais para sua expressão (CARNEIRO *et al.*,

2015). Ou seja, fatores genético, imunológicos e ambientais interagem entre si até culminar nas manifestações clínicas da doença psoriática (RUIZ *et al.*, 2012).

Atualmente, sabe-se que a predisposição genética ocorre pela presença de antígenos leucocitários humanos, onde diversos deles podem estar associados à doença, sendo o HLA-Cw6 o mais importante (RUIZ *et al.*, 2012). Em um estudo feito com pacientes com psoríase no Rio de Janeiro, um dos autores encontrou o HLA-B57 e HLA-Cw6 significativamente mais prevalentes (CARNEIRO *et al.*, 2015).

Em relação a sua imunopatogenia, sabe-se que há uma estimulação persistente de células T por imunógenos de origem epidérmica, com um predomínio da resposta das células T helper 1 (Th1). Tanto na instalação da doença quanto nos episódios de exacerbação, células dendríticas maduras são ativadas na epiderme e derme, produzindo mensageiros que promovem esse desenvolvimento de subclasses de células Th1 e células T citotóxicas 1 (Tc1) (LIMA *et al.*, 2011).

Os linfócitos T produzem citocinas e acredita-se que o fator de necrose tumoral alfa (TNF- α) seja uma das principais citocinas implicadas na patogênese da doença (CARNEIRO *et al.*, 2015), pois provoca o aumento da proliferação e a diferenciação anormal dos queratinócitos, que são células da camada protetora da pele, a córnea. (SODRÉ *et al.*, 2015). Além disso, promove a formação de neocapilares e aumento da recirculação linfocitária, favorecendo e mantendo a diapedese linfocitária, que perpetua o processo inflamatório (LIMA *et al.*, 2011).

A renovação celular da pele normal ocorre de forma contínua a cada 28 ou 30 dias, onde há a formação de novas células na sua camada inferior, que com o amadurecimento migram para a camada superior da pele e por fim, vão se soltando de maneira despercebida. Já na psoríase, esse processo se acelera e as células alteradas podem atingir a camada mais superficial em um período de 3 a 5 dias, se acumulando e formando placas esbranquiçadas com eritrodermia, causada pelo aumento da irrigação sanguínea, dando origem as lesões típicas da doença (LIMA *et al.*, 2013).

Há grandes diferenças entre os aspectos imunológicos da pele normal em comparação com a pele na psoríase, como pode ser observado na tabela abaixo que mostra a diferença na composição celular. Na placa psoriática há células T de grupamento de diferenciação 4 (TCD4) hiperativadas secretando citocinas, além de células apresentadoras de antígenos ativadas, polimorfonucleares aumentados, macrófagos e células dendríticas, por exemplo. (CARNEIRO *et al.*, 2015).

Tabela 1 – células envolvidas nas lesões psoriáticas

Células	Pele não-lesionada	Pele lesionada	Expressão na psoríase
Células de Langerhans imaturas	Poucas	Muitas	Constituem-se em células dendríticas imaturas, residentes na epiderme
Células dendríticas mieloides	Poucas	Muitas	Localizam-se na derme; derivam de monócitos sanguíneos ou de outras células precursoras mieloides, com forte expressão do complexo maior de histocompatibilidade classe II, responsável por intensa imunoestimulação de linfócitos T, devido à grande liberação de IL-12 e IL-23 (citocina com ação inflamatória direta, que promove o aumento e a ativação de linfócitos das linhagens Th1 e Tc1)
Células dendríticas maduras	Ausentes	Abundantes	Após maturação pela ação do TNF- α , essa linhagem, que deriva da linhagem mielóide, apresenta maior capacidade de ativação de células T, diferente daquelas presentes em pele normal
Células dendríticas plasmocitoides	Ausentes	Muitas	Ativadas, sintetizam e liberam grandes concentrações de interferon α (IFN- α), estimulando linfócitos T na lesão
Linfócitos T CD4+	Poucas	Abundantes	Predominam na derme e expressam antígeno cutâneo linfocitário, que atua seletivamente nas lesões inflamatórias
Linfócitos T CD8+	Raras	Abundantes	Localizadas na epiderme, expressando α e β 7 integrinas, que se ligam à E-caderina, impedindo a formação de desmossomos entre os queratinócitos
Linfócitos T natural killer	Ausentes	Abundantes	São recrutados do sangue circulante, por quimiotaxia e sintetizam grandes quantidades de IFN- γ
Neutrófilos	Ausentes	Frequentes	São recrutados para a lesão pela ação da IL-8 e, embora presentes, não são considerados causa primária da psoríase
Macrófagos	Ausentes	Abundantes e ativados	São essenciais para a ativação de linfócitos B

Fonte: Lima *et al.* (2011).

Alguns fatores ambientais estão envolvidos na instalação e no agravamento da psoríase. Dentre eles, destacam-se o clima frio, o trauma e microtraumatismos tanto físicos, químicos, elétricos ou cirúrgicos, infecções, alterações metabólicas e endócrinas como diabetes, tireoidopatias e hipocalcemia, o estresse emocional e os fatores psicogênicos, o fumo, o álcool e alguns fármacos. (CARNEIRO *et al.*, 2015)

Alguns estudos demonstram que os aspectos psicossociais envolvidos nas dermatoses crônicas, como na psoríase, podem contribuir para a exacerbação do quadro entre 40 e 80% dos casos, causando grande impacto na qualidade de vida desses pacientes (SILVA *et al.*, 2006).

Dentre os medicamentos indutores ou agravantes da psoríase, destacam-se o lítio, os betabloqueadores, os inibidores da enzima conversora de angiotensina e análogos dos receptores tipo II da angiotensina, o interferon alfa, os antimaláricos, os anti-inflamatórios inibidores da ciclooxigenase 1 (COX-1) e os fibratos. Há também alguns casos devido ao uso de inibidores de TNF- α . Além disso, retiradas rápidas de corticoides sistêmicos também podem estar relacionados (RUIZ *et al.*, 2012).

2.3. QUADRO CLÍNICO

A psoríase se manifesta na maioria das vezes por lesões eritematoescamosas, em placas, bem delimitadas e, por vezes, circundadas por halo periférico claro, conhecido como Halo de Woronoff. Além disso, pode apresentar escamas argênticas, de tonalidade prateada, sendo que a remoção dessas escamas pode revelar pequenos pontos de sangramento, sendo denominado Sinal de Auspitz (LANGLEY, 2005).

É uma doença com morfologia, distribuição, gravidade e curso variáveis. Além disso, as diferentes formas de apresentação da psoríase podem ser localizadas ou disseminadas (LANGLEY, 2005). A simetria é regra, embora possam existir casos de lesão única e isolada (CARNEIRO *et al.*, 2015), sendo que o tamanho de suas lesões pode variar de pequenas a grandes placas. Cerca de 80% dos casos são considerados leves a moderados e melhoram com tratamento tópico e os casos considerados graves correspondem 20% a 30%, necessitando frequentemente de terapêutica sistêmica (MALDONADO *et al.*, 2013).

Os locais mais frequentes acometidos são: cotovelos, joelhos, tronco, região sacra e couro cabeludo (CARNEIRO *et al.*, 2015). E em 50% a 80% dos casos, são identificadas alterações ungueais, especialmente, onicólise e depressões cupuliformes

(SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2012). Ocasionalmente, a psoríase pode envolver a mucosa oral ou a língua (LANGLEY, 2005). Na pele, essa dermatose pode se manifestar de várias maneiras, sendo a vulgar sua apresentação mais comum, mas há outros tipos, como: a gutata, eritrodérmica, invertida, ungueal, a forma articular e outras.

A forma vulgar ou em placas é a forma típica da psoríase o qual se caracteriza por lesões eritematoescamosas em placas, bem delimitadas, geralmente com escamas e, às vezes, circundada por halo periférico (CARNEIRO *et al.*, 2015). Geralmente está presente nas superfícies extensoras, envolvendo, com frequência, joelhos, cotovelos, fenda interglútea e regiões lombossacral e umbilical, mas também pode envolver o couro cabeludo (ZLOTOFF *et al.*, 2015). As lesões em placa também podem surgir após um traumatismo, sendo denominado Fenômeno de Köebner, o qual ocorre de 11 a 75% dos pacientes (CARNEIRO *et al.*, 2015).

Figura 1 – psoríase em placas eritematoescamosas



Fonte: Zlotoff *et al.* (2015).

A forma gutata ou eruptativa tem um início agudo de lesões pequenas e arredondadas, com escamas finas, que geralmente acomete adultos jovens e crianças, de 2 a 3 semanas após infecção estreptocócica do trato respiratório superior (CARNEIRO *et al.*, 2015). Em crianças geralmente é um quadro agudo autolimitado e em adultos, as lesões podem complicar para doença crônica em placa (LANGLEY,

2005). A distribuição costuma ser semelhante à da pitíriase rósea clássica, aparecendo no tronco, no abdome e na região superior das coxas, poupando palmas das mãos e plantas dos pés (ZLOTOFF *et al.*, 2015).

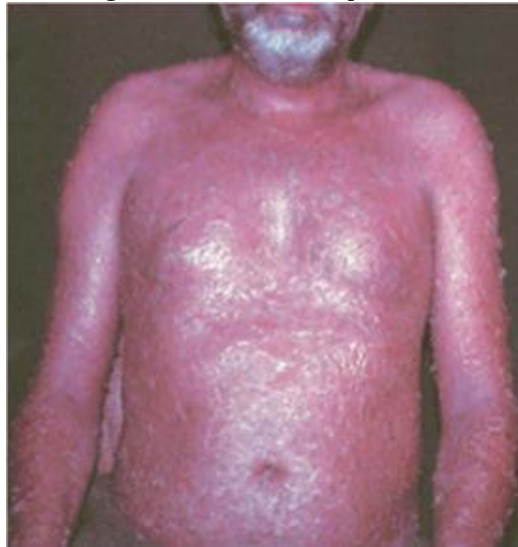
Figura 2 – Psoríase gutata



Fonte: Zlotoff *et al.* (2015).

Na forma eritrodermica mais de 80% do tegumento é comprometido (CARNEIRO *et al.*, 2015) e há uma grande quantidade de escamas nas lesões. Esse tipo de apresentação tem caráter subagudo ou crônico e compromete o estado geral do paciente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2012), podendo resultar em hipotermia, perda proteica, hipoalbuminúria, desidratação e desequilíbrio eletrolítico (ZLOTOFF *et al.*, 2015). É considerada primária quando a psoríase em placas progride gradualmente com placas que vão se tornando confluentes e extensas (LANGLEY, 2005), ou secundária, como por exemplo, quando as lesões surgem após a retirada abrupta do corticoide (efeito rebote) ou após infecções.

Figura 3 – Eritrodermia psoriática



Fonte: Carneiro *et al.* (2015).

A forma invertida tem lesões se situam nas áreas de flexura e ocorre com frequência em pacientes com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e nos melanodérmicos (CARNEIRO *et al.*, 2015). As lesões nesse caso são desprovidas de escamas e aparecem como placas vermelhas, brilhantes e bem demarcadas, ocasionalmente confundidas com infecções por cândida ou intertrigo (LANGLEY, 2005).

Figura 4 – Psoríase invertida



Fonte: Zlotoff *et al.* (2015).

A forma ungueal às vezes pode ser a única manifestação da psoríase, mas em 80% a 90% dos casos, está associada à artrite psoriática (CARNEIRO *et al.*, 2015). Entre as alterações ungueais encontradas temos as depressões cupuliformes (*pitting*), onicólise, manchas de óleo com cor amarelo-alaranjada, espessamento e hiperqueratose subungueal (ZLOTOFF *et al.*, 2015).

Figura 5 – Psoríase ungueal



Fonte: Langley *et al.* (2005).

Outra forma de apresentação é a forma artropática, um tipo de artrite crônica inflamatória soronegativa, encontrada em 10 a 40% dos pacientes com psoríase e que geralmente afeta as articulações das mãos, pés e, mais raramente, os tornozelos e os joelhos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2012). O acometimento articular pode ser agudo ou indoloso e usualmente ocorre após a lesão de pele. Um estudo demonstrou que 84% dos pacientes com artrite psoriática desenvolvem lesões cutâneas em média 12 anos antes da artrite (MALDONADO *et al.*, 2013).

Já a forma pustulosa se caracteriza por pústulas estéreis, onde pode haver uma apresentação generalizada do tipo Von Zumbusch com morfologia anular, de início súbito e com o paciente apresentando febre e leucocitose (CARNEIRO *et al.*, 2015). Indivíduos com esse quadro de psoríase geralmente precisam ser internados no hospital para tratamento. (LANGLEY, 2005) Essa apresentação generalizada, na maioria das vezes, apresenta-se no paciente com psoríase em placas, após exposição a

fatores de piora como hipocalcemia, interrupção de corticoterapia sistêmica, infecção e outros (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2012). O impetigo herpetiforme é, atualmente, considerado uma variante de psoríase pustulosa generalizada que ocorre durante a gravidez, com febre, comprometimento geral intenso e hipocalcemia, podendo provocar abortamento (CARNEIRO *et al.*, 2015).

Também há a forma pustulosa de apresentação localizada, podendo ser palmoplantar ou acrodermatite contínua de Hallopeau (CARNEIRO *et al.*, 2015), sendo que esta última acomete os dedos das mãos ou dos pés. O tipo palmoplantar é mais comum entre os 40 e 60 anos de idade e tem uma forte associação com o tabagismo, tanto atual ou prévio (LANGLEY, 2005). É uma apresentação mais branda e mais comum de psoríase pustulosa, em geral, sem sintomas sistêmicos (ZLOTOFF *et al.*, 2015).

Figura 6 – Psoríase pustulosa palmoplantar



Fonte: Zlotoff *et al.* (2015).

Outras formas existentes, porém, menos comuns são as formas linear, mínima e ceratodérmica. A forma linear tem uma diferenciação difícil com os nevus epidérmicos zosteriformes, a forma mínima restringe-se a pequenas lesões persistentes ou intermitentes, em geral, eritematoescamosas, mas, às vezes, com vesículas e/ou

pústulas, já a forma ceratodérmica acomete palmas e plantas com lesões espessadas e descamativas, podendo ser a única manifestação da doença (CARNEIRO *et al.*, 2015).

Algumas comorbidades estão associadas à psoríase como a síndrome metabólica como um todo e seus componentes isolados (hipertensão, obesidade, diabetes tipo II e dislipidemia) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2012). Ademias, a psoríase é um fator de risco para doença arterial coronariana, infarto do miocárdio, acidente vascular encefálico e mortalidade cardiovascular (ZLOTOFF *et al.*, 2015). Essa associação pode ser explicada pelo fato de que a inflamação crônica presente na psoríase está associada à aterosclerose, a maior ativação de plaquetas e a resistência periférica elevada à insulina (CARNEIRO *et al.*, 2015).

Essa dermatose também está frequentemente associada a quadros de depressão, ansiedade e outros transtornos psiquiátricos, ocorrendo principalmente devido à forma como a doença se apresenta, com suas lesões crônicas, tendo um efeito negativo na qualidade de vida dos pacientes, na autoestima e nas relações interpessoais.

2.4. DIAGNÓSTICO

Como diagnóstico temos que avaliar a história e o quadro clínico, analisando também, as lesões detalhadamente. Também é de extrema importância avaliar se há fatores associados ao quadro, seja como desencadeantes ou agravantes, como, por exemplo, o uso de alguns medicamentos e o estresse. Para o diagnóstico de artrite psoriática pode ser necessário um estudo radiológico e da interação com um reumatologista (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2012).

Em geral, não é necessário fazer exame laboratorial, já a biópsia é útil quando o diagnóstico é duvidoso, sendo feita a biópsia de punch de uma placa ou pústula. Além disso, ela também é indicada quando não há resposta esperada no tratamento (ZLOTOFF *et al.*, 2015). Como achados microscópicos da psoríase temos a paraceratose, ausência da camada granulosa, papilomatose com capilares dilatados e

com atrofia epidérmica suprapapilar, o microabscessos de Munros e outros (CARNEIRO *et al.*, 2015).

O laboratório geralmente é inespecífico, com eventuais aumentos de ácido úrico nas apresentações extensas e ativas, da velocidade de hemossedimentação (VHS) e da proteína C reativa nas formas artropáticas. A leucocitose pode ocorrer nas apresentações pustulosas extensas e agudas, já a hipocalcemia é mais comum no impetigo herpetiforme (CARNEIRO *et al.*, 2015).

Há um grande valor semiológico na Curetagem Metódica de Brocq, onde ao curetar a lesão surgem dois sinais: o primeiro é o sinal de vela que é a retirada das escamas, seguida do surgimento de uma membrana branca transparente, já o segundo é denominado Sinal de Auspitz ou Sinal do Orvalho Sangrante, que ocorre após o surgimento dessa membrana e nele são observados pontos hemorrágicos no local. Esses sinais são mais utilizados na psoríase em placa e na do tipo gutata (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2012).

Em relação à classificação da gravidade e da extensão do comprometimento cutâneo da psoríase, foi criado um instrumento de avaliação denominado Índice de Área e Severidade da Psoríase (PASI), que avalia o grau de eritema, espessura e descamação das lesões (CARNEIRO *et al.*, 2015). Trata-se de uma estimativa subjetiva calculada pelo avaliador, onde o corpo é dividido em quatro regiões: membros inferiores, membros superiores, tronco e cabeça, avaliando os três parâmetros em casa uma delas (MALDONADO *et al.*, 2013). Com esse escore, podem ser feitas avaliações evolutivas do paciente em períodos distintos e também, avaliar a resposta ao tratamento.

A pontuação desses parâmetros é multiplicada pela extensão de superfície corporal que aquela região representa e posteriormente, por uma constante. Ao final, os dados de cada região são somados podendo ter resultados de 0 a 72 (grau máximo de doença), como é demonstrado na tabela 2. A gravidade da psoríase é então

estratificada em leve a moderada (PASI inferior a 12) e grave (PASI igual ou superior a 12) (MALDONADO *et al.*, 2013).

A área de superfície corporal (BSA) acometida pela psoríase é expressa em porcentagem, variando de 1 a 100%, e tem como resultado um valor de 1 a 6 (FARIA *et al.*, 2010). Pode ser avaliada como um parâmetro isolado, mas há limitações, pois não leva em conta a intensidade inflamatória do acometimento (MARQUES, 2012).

Outros critérios de gravidade da doença devem ser observados, pois o conceito de gravidade é bem relativo, não podendo ser somente definido pela extensão, eritema, espessura e descamação, já que um quadro não tão extenso às vezes como uma psoríase pustulosa pode ser mais grave que um quadro com placas muito extensas.

Outra forma de determinar a gravidade é a avaliação da repercussão de doença dermatológica na qualidade de vida do paciente através do Índice de Qualidade de Vida em Dermatologia (DLQI) e do Índice de Incapacidade causada pela Psoríase (PDI), sendo que quanto maior o valor encontrado nesses índices, maior será o impacto da dermatose na vida do indivíduo. Uma possível limitação do DLQI e do PDI é que para psoríase muito crônica, a possível adaptação do paciente à sua enfermidade pode tornar a correlação dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida menos coerente com seu PASI (MARQUES, 2012).

Há autores que defendem a importância da estratificação da gravidade levando em conta também essas avaliações da qualidade de vida. Sendo proposta para a avaliação da gravidade da psoríase a “regra dos 10” (MARQUES, 2012), nela a psoríase é classificada como grave quando que apresenta um PASI > 10, ou BSA >10 ou DLQI > 10 (FINLAY *et al.*, 2005).

Tabela 2 - PASI

UNIDADE	Eritema	Infiltração	Descamação	Soma	X área % C	Produto	X Constante	Total
Cabeça	0 a 4	0 a 4	0 a 4	0 a 12	1 a 6	=	0,1	
Tronco	0 a 4	0 a 4	0 a 4	0 a 12	1 a 6	=	0,3	
MMSS	0 a 4	0 a 4	0 a 4	0 a 12	1 a 6	=	0,2	
MMII	0 a 4	0 a 4	0 a 4	0 a 12	1 a 6	=	0,4	
TOTAL								PASI = 0 a 72

Escala de avaliação de cada item: eritema, infiltração e descamação.

- 0 = Ausente
- 1 = Leve
- 2 = Moderado
- 3 = Grave
- 4 = Muito grave

Escala de avaliação de área:

- 1 = <10%
- 2 = 10 a <30%
- 3 = 30 a <50%
- 4 = 50 a <70%
- 5 = 70 a <90%
- 6 = 90 a 100%

Fonte: Marques (2012).

2.5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Como diagnóstico diferencial da psoríase, temos algumas doenças como: dermatite seborreica, eczemas, micose superficial, líquen plano, pitiríase rubra pilar, sífilis, micose fungoide, pênfigo foliáceo e outras. Sendo que as dermatoses papuloescamosas do mesmo grupo da psoríase são consideradas como principais diagnósticos diferenciais. No quadro abaixo são comparados os alguns diagnósticos diferenciais com cada forma clínica da psoríase.

Quadro 1 – Diagnósticos diferenciais da psoríase

Psoríase	Der. Sebor.	Eczemas	Micose superf.	Liquen plano	Acrod. Enterop.	Disq. Bowen	PPP 1	Sífilis II	LESA 2	Eritrod. drogas	Pênfigo foliáceo	MF 3 Sézary	Pustul. subcór.	PLC 4	PEAG 5	SSSS 6	NET 7	Herpes simples	Impetigo	Alop. areata
placas localizadas	++	++	++	+	++	+														
invertida	+++	+++	+++																	
placas generalizada	++	++	+	+	+		+++	++	++											
em gotas			+	+				++						+++						
eritrodérmica	+	++	+/-	+			++			++	++	++								
pustulosa generalizada													++		+++	++	++			
pustulosa em placas													+++						+/-	
PPP #		+++	+++																+	
acroderm. Contínua																		++	++	
ungueal		+	+++	++			++					+								+

+/- : muito excepcionalmente é diagnóstico diferencial

++ : raramente é diagnóstico diferencial

+++ : costuma ser diagnóstico diferencial

++++ : costuma ser um dos mais prováveis diagnósticos diferenciais

Pustulose palmoplantar abacteriana

1 Pityriase rubra pilar

2 Lupus eritematoso sub-agudo

3 Micose fungóide

4 Pityriase liquenóide crônica

5 Pustulose exantemática aguda generalizada

6 S. pele escaudada estafilocócica

7 Necrólise epidérmica tóxica

Fonte: Sociedade Brasileira de Dermatologia (2009).

2.6. TRATAMENTO

Os objetivos do tratamento para psoríase são: controle rápido da doença, diminuição da extensão da doença, melhora do PASI com diminuição do eritema, da espessura e da descamação, manter a remissão em longo prazo, evitar as crises e melhorar a qualidade de vida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2012). Os diversos medicamentos para psoríase atuam bloqueando, a proliferação exagerada dos queratinócitos e a ativação linfocitária. E, na maioria das vezes, há necessidade de associação de mais de uma substância tópica e/ou sistêmica. (Azulay).

Como medida geral, recomenda-se o uso de óleos ou emolientes para ajudar na remoção das escamas (CARNEIRO *et al.*, 2015), sendo feito como terapêutica tópica coadjuvante. Os emolientes também aumentam a eficácia de outros agentes tópicos, pois amolecem o estrato córneo por meio de hidratação (ZLOTOFF *et al.*, 2015).

O tratamento é individualizado e avaliado de acordo com o tipo de apresentação da psoríase, extensão, gravidade e o grau de comprometimento da qualidade de vida do paciente. Além disso, a terapêutica será diferente nos casos de envolvimento sistêmico e nos caso de artrite psoriática (CARNEIRO *et al.*, 2015).

Nas formas leves de psoríase é feito, de modo geral, somente o tratamento tópico, já nas formas moderadas a graves, a terapia tópica, quando associada à fototerapia e/ou à terapia sistêmica, propicia mais conforto ao paciente e acelera a melhora. As formas graves de psoríase, como a psoríase pustulosa generalizada e a eritrodérmica, geralmente necessitam de internação e cuidados especiais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2012).

Os corticosteroides tópicos formam a primeira linha de tratamento dos casos de leves a moderados (ZLOTOFF *et al.*, 2015). Ensaios clínicos mostraram eficácia comprovada com o uso de propionato de clobetasol a 0,05% e o dipropionato de betametasona 0,05 %, mas há outros medicamentos tópicos que podem ser utilizados na psoríase leve, como: antralina, calcitriol ou calcipotriol, tazaroteno e os mais

recentes imunomoduladores, como o pimecrolimo e o tacrolimo (CARNEIRO *et al.*, 2015).

Na psoríase moderada a grave, a fototerapia, usualmente, é a primeira opção terapêutica quando indicada (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2012). Ela é feita em alguns casos de psoríase, de modo isolado ou em associação aos medicamentos eficazes para a dermatose (CARNEIRO *et al.*, 2015). A finalidade dessa combinação é expor o paciente ao menor tempo possível tanto à droga, quanto à radiação ultravioleta. Como desvantagens desse método, temos o risco de indução de câncer de pele e a fotossensibilidade (DUARTE *et al.*, 2006).

Em relação à terapia sistêmica, temos a acitretina que é um retinóide o qual pode ser usado isoladamente em todas as formas cutânea de psoríase, visto que tem pouca ação sobre a artrite psoriática. Durante seu uso, deve ser feita uma monitorização laboratorial periódica dos triglicerídeos e da função hepática. Além disso, é uma medicação teratogênica, onde a mulher não poderá engravidar até 3 anos após o término do seu uso (CARNEIRO *et al.*, 2015).

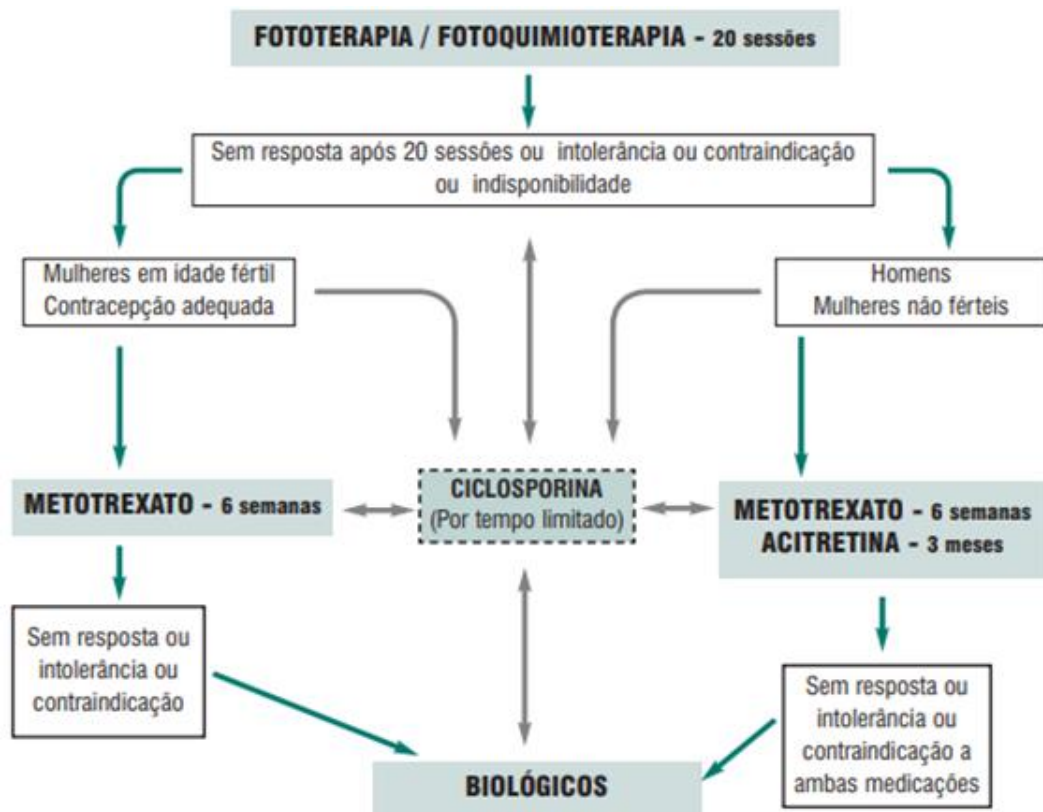
Quando o comprometimento cutâneo é extenso, sem resposta aos outros tratamentos ou há contraindicação a eles, pode ser feito o uso de metotrexato ou ciclosporina. O metotrexato também é uma medicação teratogênica e pode ser administrado por via oral, intramuscular ou subcutânea (CARNEIRO *et al.*, 2015).

Durante o uso do metotrexato é necessário o monitoramento periódico com hemograma, enzimas hepáticas e creatinina, sendo indicada biopsia hepática em alguns casos de acordo com a dose acumulada do medicamento. Além disso, é feito o uso de ácido fólico em conjunto para diminuir os efeitos adversos gastrintestinais e hematológicos (CARNEIRO *et al.*, 2015). É uma medicação que costuma mostrar-se ativa já nas primeiras 6 semanas de uso, sendo esse também o tempo mínimo para a constatação de não eficácia se não tiver obtido melhora (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2012).

Já a ciclosporina é uma medicação imunossupressora que possui ação mais rápida e tem uma resposta satisfatória em situações como a psoríase eritrodermica e a pustulosa. Durante seu uso deve ser feito o monitoramento mensal da pressão arterial e da creatinina sérica, já que tem como efeitos adversos a hipertensão arterial e a toxicidade renal (CARNEIRO *et al.*, 2015). Deve ser prescrita por um período médio de 12 semanas de duração e suspensa nos pacientes que não obtiveram melhora com doses máximas do medicamento em 6 semanas de tratamento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2012).

Outros medicamentos que podem ser empregados na doença são: a sulfassalazina, o micofenolato de mofetila e a azatioprina. Além desses, as sulfonas também podem ser utilizadas, sobretudo na forma pustulosa generalizada, sendo permitido o uso no paciente com atividade normal da enzima glicose 6-fosfato (CARNEIRO *et al.*, 2015).

Figura 7 – Fluxograma do tratamento da psoríase moderada e grave



Fonte: Sociedade Brasileira de Dermatologia (2012).

Devido ao efeito rebote, os corticosteroides sistêmicos raramente são utilizados, mas importantes em casos emergenciais, podendo ser feito seu uso por tempo limitado com posterior introdução de outro medicamento que possa sustentar a melhora obtida (CARNEIRO *et al.*, 2015).

A terapia biológica como os inibidores do TNF- α é indicada para pacientes com psoríase moderada a grave que tenham apresentado falha terapêutica, contraindicação ou intolerância às terapias tradicionais (AZULAY-ABULAFIA *et al.*, 2012). Para iniciar o tratamento com esses agentes, os pacientes devem ser triados para tuberculose, infecções, neoplasias malignas, insuficiência cardíaca e doenças desmielinizantes.

Os agentes biológicos inibidores do TNF- α são: etanercepte, infliximabe, adalimumabe, golimumabe e certoizumabe. E, com o uso desses medicamentos, há relatos de efeitos colaterais como tuberculose extrapulmonar e infecções, por isso é feita a triagem antes. Como características individuais, o etanercepte, o infliximabe e o adalimumabe são indicados tanto para a manifestação cutânea da psoríase quanto para a manifestação articular, já o golimumabe e o certolizumabe são mais indicados para os casos de artrite psoriática (CARNEIRO *et al.*, 2015). Com o uso dos inibidores do TNF- α pode ocorrer um efeito paradoxal, que corresponde ao desenvolvimento de psoríase, geralmente pustulosa palmo-plantar ou do padrão em gotas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2012).

O alto custo desses medicamentos biológicos deve ser considerado, porém seus resultados mostram grande impacto na qualidade de vida dos pacientes, tendo benefício não somente a melhora física, mas também no bem estar psicossocial (AZULAY-ABULAFIA *et al.*, 2012).

Além do tratamento para as diferentes formas de apresentação da psoríase, é indispensável tratar também as comorbidades associadas a ela, como os transtornos de humor e outros aspectos psicológicos. Por estar associada também aos fatores que

elevam o risco cardiovascular, o controle da pressão artéria, da glicose sanguínea e dos níveis de triglicerídeos séricos também é considerado importante.

2.7. IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA

A qualidade de vida é definida pela Organização Mundial de Saúde como percepção individual de um completo bem-estar físico, mental e social (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2012). Para ter uma qualidade de vida máxima, é necessário ser capaz de participar de todos os aspectos da vida, incluindo a interação efetiva com os outros e o cumprimento das responsabilidades físicas, tanto no trabalho quanto em casa (LANGLEY, 2005).

Embora a psoríase, geralmente, não afete a sobrevida, promove uma série de efeitos negativos importantes na vida dos pacientes (LANGLEY, 2005). Ademais, esses indivíduos muitas vezes se sentem excluídos e fora dos padrões da sociedade. Estudos demonstraram que pacientes com essa dermatose apresentam comprometimento físico e emocional comparável às doenças cardíacas, cânceres e diabetes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2012).

A psoríase é uma das doenças de pele que causa mais restrições aos pacientes, sendo considerada em um contexto em que os prejuízos físicos, psíquicos e sociais possuem igual relevância (SILVA *et al.*, 2006). Ela contribui para uma incapacidade cotidiana que pode levar à depressão e a ideação suicida em mais de 5% dos pacientes (LANGLEY, 2005). Com isso, fica evidente que a gravidade da psoríase depende tanto da clínica, quanto da sua influência na qualidade de vida.

Os indivíduos portadores dessa dermatose muitas vezes se sentem constrangidos devido às lesões e isso independe do grau de acometimento. Além disso, a estigmatização e o tratamento difícil contribuem para altos níveis de frustração e baixa autoestima do paciente (SILVA *et al.*, 2006). Um estudo recente identificou que a ansiedade está presente em pelo menos um terço dos pacientes com psoríase e que as

dificuldades psicológicas interpessoais afetam todos os aspectos da vida diária (LANGLEY, 2005).

Os aspectos psicológicos, como o estresse, podem ser desencadeados pela instalação das lesões, visto que há uma baixa satisfação com a vida por esses pacientes. Por outro lado, esses aspectos também podem ser agravantes ou desencadeantes da dermatose. Até 60% dos pacientes descrevem o estresse como gatilho de sua doença (LANGLEY, 2005).

Avaliações da qualidade de vida são benéficas em muitas doenças crônicas, como, por exemplo, as doenças de pele, pois avaliam como a doença afeta uma pessoa em relação aos aspectos físicos, sociais e psicológicos. Além disso, são importantes para avaliar o efeito do tratamento nos pacientes (LANGLEY, 2005). Para a psoríase, são utilizados instrumentos que avaliam a qualidade de vida, como o DLQI e o PDI, sendo que o PDI é específico para psoríase e o DLQI abrange outras dermatoses, avaliando as atividades de vida diárias, lazer, trabalho, estudo, relações pessoais e o tratamento (MALDONADO *et al.*, 2013).

A Intervenção psicológica pode desempenhar um papel importante no controle da psoríase. E, quando usada como complemento à terapia farmacológica regular, produz benefício adicional significativo na melhora dos aspectos físicos e psicológicos (LANGLEY, 2005). Os prejuízos que esses pacientes sofrem na vida confirmam a necessidade da abordagem multidisciplinar que abrange todos os aspectos envolvidos na doença.

3. OBJETIVOS

3.1. GERAL

O objetivo geral desse trabalho é ressaltar o quanto é comum um portador de psoríase ter algum distúrbio psiquiátrico relacionado, como, por exemplo, depressão e ansiedade, e avaliar o impacto na qualidade de vida. Com a finalidade de oferecer a esse paciente uma abordagem de tratamento mais ampla, pelos profissionais de saúde, para que possa ser obtida uma melhora tanto dos aspectos físicos, quanto dos aspectos psicológicos e emocionais.

3.2. ESPECÍFICOS

3.2.1. Discutir aspectos gerais da psoríase em relação ao seu impacto na qualidade de vida dos pacientes;

3.2.2. Estabelecer a relação dos fatores emocionais e dos aspectos psicológicos, como os transtornos de humor, com a dermatose;

3.2.3. Avaliar a importância de ter uma abordagem não só exclusivamente dermatológica e sim, uma abordagem mais geral do indivíduo;

3.2.4 Analisar a melhora no humor e na qualidade de vida com o tratamento das lesões psoriáticas, com foco na terapia biológica.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

Neste trabalho foi realizada uma revisão não sistemática da literatura, com pesquisa de artigos científicos, nos bancos de dados online do Uptodate®, PubMed® (*National Library of Medicine*), Scielo® (*Scientific Electronic Library Online*), que compreendiam ensaios clínicos e revisões da literatura com a finalidade de mostrar a relação entre as doenças dermatológicas, em especial a psoríase, os aspectos psicológicos e o impacto na qualidade de vida, analisando também a influencia do tratamento da dermatose nessas questões. Foram utilizados, para busca desses artigos, os seguintes descritores: “psoriasis and depression”, “psoriasis and associated diseases”, “psoriasis and psychological aspects” “psoriasis and quality of life”, “psoríase e aspectos psicológicos” e “psoríase e qualidade de vida”. E, os artigos selecionados estavam compreendidos na língua portuguesa e inglesa, correspondendo ao período de 2006 a 2019. Foram também utilizados livros da literatura dermatológica clássica, assim como o Consenso Brasileiro de Psoríase de 2009 e 2012 da Sociedade Brasileira de Dermatologia e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Psoríase do Ministério da Saúde.

5. DISCUSSÃO

A psoríase é uma doença crônica da pele com uma alta relação com comorbidades psiquiátricas, como os transtornos de humor, que muitas vezes não são reconhecidas facilmente (CONNOR *et al.*, 2015). Além disso, estudos relatam que o estresse psicológico tem grande efeito no início ou na exacerbação dessa dermatose (YUKSEL *et al.*, 2019), visto que há uma forte relação entre a psoríase e os aspectos psicossociais, psicológicos e o estresse emocional.

Foi demonstrado, em estudos, que também há um grande impacto na qualidade de vida dos pacientes com psoríase, com grande prejuízo na interação social e na vida profissional. A doença pode ser percebida como estigmatizante pelo indivíduo o qual se sente envergonhado e rejeitado pelo outro (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2012). Sendo, portanto, indispensável o reconhecimento da influencia da psoríase na vida dessas pessoas, assim como o reconhecimento das comorbidades associadas a ela, sendo um passo importante para tratar de forma eficaz o paciente como um todo (CONNOR *et al.*, 2015).

A identificação da doença em seu estágio inicial e o encaminhamento ágil e adequado para o atendimento especializado são de caráter essencial para um melhor resultado terapêutico (MALDONADO *et al.*, 2013). Atualmente, muitas terapias têm mostrado boa resposta no tratamento das lesões psoriáticas, como por exemplo, os biológicos, os quais foram analisados em estudos e tiveram um bom efeito no controle da doença, com consequente impacto benéfico na qualidade de vida e nas questões psicológicas envolvidas. Mas, mesmo com uma boa resposta no tratamento das lesões, alguns casos podem necessitar de uma avaliação multidisciplinar, com abordagem psicológica. Ademais, a psicoterapia, embora lamentavelmente pouco praticada, é de extrema valia para muitos pacientes (CARNEIRO *et al.*, 2015).

Para o presente trabalho foram analisados estudos entre 2006 e 2019 os quais verificaram os aspectos psicológicos, como os transtornos de humor, e o impacto na qualidade de vida dos pacientes com psoríase, sendo que alguns desses estudos

também exploraram o benefício do tratamento da dermatose nesses outros prejuízos causados por ela, dando ênfase na terapia biológica. Foi feita então uma análise dos objetivos, da metodologia e dos resultados de cada estudo, comparando a opinião dos autores.

O primeiro estudo analisado foi o de Dalgard *et al.* (2015), o qual verificaram a associação entre a depressão, a ansiedade e a ideação suicida com vários diagnósticos dermatológicos, através de um estudo multicêntrico com pacientes ambulatoriais dermatológicos de 13 países europeus. Nessa pesquisa, os pacientes preencheram questionários relatando informações sociodemográficas, eventos negativos da vida e sobre ideação suicida. Além disso, foi utilizada uma escala para avaliar depressão e ansiedade nesses indivíduos. Paralelamente, um grupo controle também passou pela mesma avaliação. Ao final do estudo, foi observado que a depressão estava presente em 10,1% dos pacientes, já a ansiedade estava presente em 17,2% e a ideação suicida foi relatada por 12,7% deles. Também foi notado que a associação com depressão e ansiedade foi maior para pacientes com psoríase, dermatite atópica, eczema das mãos e úlceras nas pernas.

Lamb *et al.* (2016) com o objetivo de fazer uma triagem de depressão e ansiedade nos portadores de psoríase analisaram pacientes atendidos em um centro terciário, por um período de 10 meses, com o auxílio de escalas para depressão e transtorno de ansiedade generalizada e do DLQI. Dos pacientes incluídos no estudo, 9,9% obtiveram testagem positiva para transtorno depressivo maior e 13,1% para transtorno de ansiedade generalizada. Observaram que o risco de ansiedade foi maior nos pacientes de etnia asiática e nos que faziam uso da terapia tópica apenas, já o risco de depressão foi maior em pacientes com doença clínica grave, artrite psoriática e morbidade psiquiátrica prévia.

Yuksel *et al.* (2019) avaliaram, em um estudo transversal, com portadores de psoríase e pacientes saudáveis, o estresse, os eventos de vida e a fadiga, buscando a relação desses fatores com a dermatose. Para a pesquisa, foram analisados os eventos de vida, com uma lista composta por 113 eventos os quais as pessoas podem encontrar

ao longo de suas vidas, as escalas de Estresse Percebido e de Avaliação Multidimensional de Fadiga. Além disso, também foi utilizado Autoquestionário de Avaliação de Temperamento de Memphis, Paris e San Diego para avaliar o temperamento dos pacientes. Como resultado, foi observado que os pacientes com psoríase têm um perfil de temperamento depressivo e ansioso, além de terem um maior escore na Escala de Estresse Percebido.

Além dos transtornos de humor, há também um grande impacto na qualidade de vida dos pacientes com psoríase, podendo ter comprometimento de vários aspectos da vida pela doença, como por exemplo, a vida sexual. Para Sampogna *et al.* (2007), essa questão não é tão frequentemente avaliada por médicos, e devido a isso, avaliaram a prevalência do comprometimento sexual e seu grau de associação com fatores clínicos e pessoais em pacientes com psoríase. Para o estudo, fizeram uma investigação com adultos hospitalizados portadores da dermatose, avaliando suas respostas em questionários como o DLQI e o PDI, sendo que esses questionários foram respondidos até um mês após a alta hospitalar. Além disso, a gravidade clínica e os problemas psicológicos dos pacientes também foram avaliados.

Como resultado do estudo, 35,5% a 71,3% dos pacientes relataram ter problemas sexuais devido à psoríase, sendo que a apresentação mais grave da doença e a presença de problemas psicológicos estavam mais associados ao comprometimento sexual. Com os dados obtidos, ficou evidente que o prejuízo na vida sexual é um aspecto específico da qualidade de vida que muitas vezes não é avaliado e, para os autores, perguntas sobre a vida sexual a partir de questionários de qualidade de vida fornecem uma ferramenta simples que pode ser útil na prática clínica, proporcionando uma melhor abordagem do paciente e uma melhor comunicação com o médico.

Para Kurizku *et al.* (2012), o impacto da psoríase na função sexual é uma queixa comum e, em razão disso, realizaram uma revisão sistemática da literatura avaliando a prevalência da disfunção sexual na psoríase e na artrite psoriática, verificando a participação de fatores como depressão e a extensão da doença. Foi observado então, que há dados limitados sobre o assunto, mas com os dados

encontrados, puderam concluir que as hipóteses que explicam a ocorrência de disfunção sexual nesses pacientes incluem a extensão do quadro cutâneo, os efeitos psicológicos da condição no paciente e os efeitos colaterais relacionados aos tratamentos para a dermatose. Os dados apresentados também enfatizaram a negligência ao assunto na abordagem do paciente, sendo então ressaltada pelos autores, a importância da avaliação do impacto da psoríase não apenas em relação ao acometimento cutâneo e articular, mas também psicossocial e sexual.

Torres *et al.* (2011) com o objetivo de avaliar a qualidade de vida de pacientes com psoríase e verificar se há correção com a melhora clínica, observaram, durante 180 consultas, as respostas de 138 pacientes em tratamento aos questionários PDI e DLQI. Ao final do estudo, concluíram, através das respostas dos pacientes, que as alterações clínicas se refletem na qualidade de vida. Além disso, foi constatado que a maioria dos pacientes, com o tratamento, apresentava melhora clínica e da qualidade de vida mutuamente.

Alguns estudos observaram que as dermatoses, como a psoríase, quando atingem a faixa etária pediátrica, também podem causar prejuízos na qualidade de vida. Manzoni *et al.* (2012) fizeram uma avaliação comparativa entre a qualidade de vida dos pacientes entre 5 a 16 anos com dermatite atópica, vitiligo e psoríase, correlacionando com a superfície corporal e a área exposta acometida. Nesses pacientes foi aplicado o questionário DLQI para crianças e realizado exame dermatológico para aferição da superfície corporal acometida pelas doenças. E, como resultado, foi observado que nas três dermatoses havia uma redução na qualidade de vida, sendo maior nos pacientes com dermatite atópica e psoríase. Com isso, fica explícito que não só os adultos, mas também indivíduos na faixa etária pediátrica podem ter um grande impacto na qualidade de vida por dermatoses, como a psoríase.

De fato, é evidente que a psoríase tem uma forte relação com os transtornos de humor e a qualidade de vida em todas as faixas etárias, sendo que uma terapia adequada e eficaz para as lesões de pele também tem sido benéfica para esses aspectos psicológicos e para a satisfação com a vida. Ademais, há estudos que demonstraram

essa melhora, com pacientes que apresentaram progresso nos transtornos de humor, na autoestima, nas relações interpessoais e em vários outros aspectos de suas vidas.

Entre os estudos que avaliaram o benefício do tratamento, temos o de Bhutani *et al.* (2013) o qual avaliaram o impacto do tratamento da dermatose na qualidade de vida, utilizando instrumentos psicométricos de qualidade de vida. No estudo, 32 pacientes com psoríase moderada a grave receberam tratamento com biológico por 24 semanas, sendo avaliados pelo Índice de Bem-estar Geral e Psicológico (PGWB), que é um instrumento não específico para a dermatologia o qual avalia 6 domínios, sendo dois deles a ansiedade e a depressão. Como desfecho, verificaram que houve uma melhora da pontuação do PGWB já na quarta semana de tratamento. Sendo assim, ficou evidente que os pacientes com psoríase não tratada têm prejuízos importantes no bem-estar psicológico, assim como pacientes com outras patologias. Além disso, um tratamento potente e adequado pode melhorar esses aspectos psicológicos.

Fleming *et al.* (2014) descreveram os efeitos dos produtos biológicos sobre os sintomas depressivos em pacientes portadores de psoríase através de uma revisão não sistemática de estudos clínicos randomizados. No estudo, avaliaram que os agentes biológicos, como o Adalimumabe, estavam associados a uma redução estatisticamente significativa dos sintomas depressivos. Já Margolis *et al.* (2019) avaliaram a probabilidade de desenvolver doenças psiquiátricas em indivíduos com psoríase com ou sem uso de biológicos. Sendo observado que pacientes com psoríase estavam mais propensos a desenvolver doenças psiquiátricas como depressão. Porém, pacientes que fizeram o uso da terapia biológica tinham uma menor propensão de receber o diagnóstico de doença psiquiátrica, comparados com os pacientes que não faziam o uso de terapias biológicas. Com isso, é notório que os agentes biológicos são benéficos para evitar o surgimento dos transtornos de humor e para amenizar os sintomas dos já existentes.

Salame *et al.* (2018) procuraram avaliar o impacto das terapias biológicas e orais na saúde mental de pacientes com psoríase moderada e grave através de um

estudo transversal com indivíduos portadores da doença. Os pacientes foram avaliados pelo Kessler 6 (K6), que faz uma medida do sofrimento psicológico, e pelo questionário de saúde do paciente 2 (PHQ2) que é uma ferramenta de triagem para depressão. Foi visto então, que a pontuação do K6 e do PHQ2 foi menor nos pacientes em uso das terapias biológicas do que nos que fazem as terapias orais. E com isso, concluíram que a escolha da terapêutica para a psoríase tem um grande impacto na saúde mental, sendo a terapia biológica relacionada com uma redução maior do sofrimento psicológico e da depressão.

Já Strober *et al.* (2018) avaliaram a incidência e o impacto do tratamento da dermatose na depressão nos pacientes com psoríase moderada a grave. Definiram uma população de estudo pelo Registro e Avaliação Longitudinal da psoríase (PSOLAR) e mediram a incidência de sintomas depressivos pela Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar, durante 6 meses, em coortes que receberam produtos biológicos, terapias sistêmicas convencionais e fototerapia. Como resultado, foi observado que os biológicos reduziram o risco de sintomas depressivos em relação às outras terapias nos pacientes com a doença.

Em vista de todas as informações apresentadas, fica explícita a relação entre a psoríase, os prejuízos na qualidade de vida e os aspectos psicológicos, como os transtornos de humor. Mesmo que ainda existam poucos estudos avaliando esses aspectos na vida dos pacientes no decorrer do curso da doença, os que existem, já denotam essa relação. O impacto negativo na qualidade de vida e sua alta prevalência fazem da psoríase uma doença de caráter social muito importante (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2012). Ficou evidente também, que uma abordagem ampla é essencial, com um tratamento individualizado e eficaz, visto que foi apontada, nos estudos analisados, uma melhora dos aspectos psicológicos e da qualidade de vida nos pacientes que receberam o tratamento para as lesões de pele, em especial as terapias biológicas. Mas em alguns casos, a psicoterapia também é importante e necessária.

6. CONCLUSÃO

Como essa dermatose é vista com frequência no atendimento dermatológico, a grande vantagem em enfatizar que há uma grande relação entre os aspectos psicológicos, a qualidade de vida e as lesões de pele, como a psoríase, é fazer com que o profissional e saúde seja capaz reconhecer e agir em ambas as questões e com a ajuda de uma equipe multidisciplinar. Consequentemente, fazer com que haja uma perspectiva mais ampla de intervenção nos pacientes, a qual vai desde a terapia medicamentosa adequada até uma possível psicoterapia, caso seja necessária, avaliando sempre as particularidades de cada indivíduo.

Desta forma, é possível conseguir um sucesso maior no tratamento, obtendo um bom controle das lesões psoriasiformes, uma melhora na qualidade de vida, na autoestima, nas relações interpessoais e nas questões psiquiátricas, se existentes. Ademais, por ser uma doença crônica, sem cura e com lesões que muitas vezes são visíveis, sua carga estressante é alta, principalmente quando associada aos diversos fatores estressantes do dia a dia enfrentados e aos estereótipos impostos pela sociedade, então fazer essa avaliação integrada dos aspectos dermatológicos e aspectos psicológicos é indispensável.

Além disso, é explícito que esse questionamento não é útil só para a psoríase, mas também para outras doenças dermatológicas que têm influência nos aspectos psicológicos e na satisfação com a vida, como acne, vitiligo, dermatites e demais dermatoses.

REFERÊNCIAS

ASZ-SIGALL, Daniel; TOSTI, Antonella. Scalp Psoriasis. **Hair and Scalp Treatments: A Practical Guide**. Suíça: Springer, 2020. p. 177-195.

AZULAY-ABULAFIA, Luna *et al.* Imunobiológicos. **Consenso Brasileiro de Psoríase 2012: GUIAS DE AVALIAÇÃO E TRATAMENTO**, Rio de Janeiro, p. 93-110, 2012.

BHUTANI, Tina *et al.* A prospective, interventional assessment of psoriasis quality of life using a nonskin-specific validated instrument that allows comparison with other major medical conditions. **Journal Of The American Academy Of Dermatology**, [S.l.], v. 69, n. 2, p. 79-88, ago. 2013. Elsevier BV. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2012.10.009>. Acesso em: 6 out. 2020.

CARNEIRO, Sueli; AZULAY-ABULAFIA, Luna; AZULAY, David R.. Dermatoses Eritematatoescatnosas: psoríase. : Psoríase. In: AZULAY, Rubem David; AZULAY, David Rubem; AZULAY-ABULAFIA, Luna. **Azulay: dermatologia**. Dermatologia. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015. Cap. 13. p. 148-158.

CONNOR, Cody J. *et al.* Exploring the Physiological Link between Psoriasis and Mood Disorders. **Dermatology Research And Practice**, [S.l.], v. 2015, p. 1-11, 2015. Hindawi Limited. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1155/2015/409637>. Acesso em: 20 set. 2020.

DALGARD, Florence J. *et al.* The Psychological Burden of Skin Diseases: a cross-sectional multicenter study among dermatological out-patients in 13 european countries. **Journal Of Investigative Dermatology**, [S.l.], v. 135, n. 4, p. 984-991, abr. 2015. Elsevier BV. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1038/jid.2014.530>. Acesso em: 6 out. 2020.

DOWLATSHAHI, Emmilia A.; WAKKEE, Marlies; ARENDS, Lidia R.; NIJSTEN, Tamar. The Prevalence and Odds of Depressive Symptoms and Clinical Depression in Psoriasis Patients: a systematic review and meta-analysis: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Journal Of Investigative Dermatology**, [s.l.], v. 134, n. 6, p. 1542-1551, jun. 2014. Elsevier BV. Disponível em: [https://www.jidonline.org/article/S0022-202X\(15\)36822-6/fulltext](https://www.jidonline.org/article/S0022-202X(15)36822-6/fulltext). Acesso em: 6 out. 2020.

DUARTE, Ida *et al.* Fototerapia. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, [S.l.], v. 81, n. 1, p. 74-82, fev. 2006. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0365-05962006000100010>. Acesso em: 20 set. 2020.

FARIA, Joana Ribeiro Costa de *et al.* Importância da variação do PASI realizado por diversos observadores. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, [S.l.], v. 85, n. 5, p. 625-629, out. 2010. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0365-05962010000500005>. Acesso em: 15 set. 2020.

FINLAY, A.y. *et al.* Current severe psoriasis and the Rule of Tens. **British Journal Of Dermatology**, [S.l.], v. 152, n. 5, p. 861-867, maio 2005. Wiley. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2133.2005.06502.x>. Acesso em: 18 ago. 2020.

FLEMING, P. *et al.* Effect of biologics on depressive symptoms in patients with psoriasis: a systematic review. **Journal Of The European Academy Of Dermatology And Venereology**, [S.l.], v. 29, n. 6, p. 1063-1070, 10 dez. 2014. Wiley. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.12909>. Acesso em: 06 out. 2020.

KURIZKY, Patricia Shu *et al.* Disfunção sexual em pacientes com psoríase e artrite psoriásica - uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Reumatologia**, [S.l.], v. 52, n. 6, p. 943-948, dez. 2012. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0482-50042012000600011>. Acesso em: 15 set. 2020.

LAMB, R.C. *et al.* Screening for anxiety and depression in people with psoriasis: a cross-sectional study in a tertiary referral setting. **British Journal Of Dermatology**, [S.l.], v. 176, n. 4, p. 1028-1034, 29 dez. 2016. Wiley. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/bjd.14833>. Acesso em: 20 set. 2020.

LANGLEY, R G B. Psoriasis: epidemiology, clinical features, and quality of life. **Annals Of The Rheumatic Diseases**, [S.l.], v. 64, n. 2, p. 18-23, 1 mar. 2005. BMJ. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/ard.2004.033217>. Acesso em: 16 set. 2020.

LIMA, Bruna de Sousa Brandão *et al.* ASPECTOS IMUNOPATOLÓGICOS DA PSORÍASE. **XIII Safety: Health and Environment World Congress**, Porto, p. 115-118, 2013. Disponível em: <http://copec.eu/congresses/shewc2013/proc/works/25.pdf>. Acesso em: 20 set. 2020.

LIMA, Emerson de Andrade *et al.* Imunopatogênese da psoríase: revisando conceitos. **An Bras Dermatol**, Recife, p. 1151-1158, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0365-05962011000600014>. Acesso em: 27 set. 2020.

MALDONADO, Gabriela *et al.* Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: psoríase. **Conitec**, Brasil, p. 405-441, 2013. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Psoriase.pdf>. Acesso em: 10 set. 2020.

MARGOLIS, David J. *et al.* Lack of association of biologic therapy for psoriasis with psychiatric illness: an electronic medical records cohort study. **Journal Of The American Academy Of Dermatology**, [S.l.], v. 81, n. 3, p. 709-716, set. 2019. Elsevier BV. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2019.04.055>. Acesso em: 06 out. 2020.

MANZONI, Ana Paula Dornelles da Silva *et al.* Assessment of the quality of life of pediatric patients with the major chronic childhood skin diseases. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, [S.l.], v. 87, n. 3, p. 361-368, jun. 2012. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0365-05962012000300002>. Acesso em: 06 out. 2020.

MARQUES, Silvio Alencar. Instrumentos de avaliação de gravidade da psoríase. **Consenso Brasileiro de Psoríase 2012: GUIAS DE AVALIAÇÃO E TRATAMENTO**, Rio de Janeiro, p. 23-26, 2012. Disponível em: http://formsus.datasus.gov.br/novoimgarq/24326/4057388_345331.pdf. Acesso em: 10 set. 2020.

MAVROGIORGOU, Paraskevi *et al.* Skin Diseases in Patients with Primary Psychiatric Disorders. **Psychiatry Investigation**, [S.l.], v. 17, n. 2, p. 157-162, 25 fev. 2020. Korean Neuropsychiatric Association. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7046994/>. Acesso em: 15 ago. 2020.

MOFTAH, Nayera H.; KAMEL, Abeer M.; ATTIA, Hussein M.; EL-BAZ, Mona Z.; EL-MOTY, Hala M. Abd. Skin diseases in patients with primary psychiatric conditions: a hospital based study: A hospital based study. **Journal Of Epidemiology And Global Health**, [S.l.], v. 3, n. 3, p. 131, 2013. Atlantis Press. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23932055/>. Acesso em: 15 ago. 2020.

OLIVIER, Chosidow; ROBERT, P. Dellavalle; DAIHUNG, do; URBÀ, González; CATALIN, M. Popescu; HYWEL, Williams; KURD, Shanu Kohli; TROXEL, Andrea B.; CRITS-CHRISTOPH, Paul; GELFAND, Joel M.. The Risk of Depression, Anxiety, and Suicidality in Patients With Psoriasis. **Archives Of Dermatology**, [S.l.], v. 146, n. 8, p. 891-895, 1 ago. 2010. American Medical Association (AMA). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2928071/>. Acesso em: 20 ago. 2020.

OYAFUSO, Luiza K M *et al.* Qualidade de vida e psoríase. **Consenso Brasileiro de Psoríase 2012: GUIAS DE AVALIAÇÃO E TRATAMENTO**, Rio de Janeiro, p. 27-39, 2012. Disponível em: http://formsus.datasus.gov.br/novoimgarq/24326/4057388_345331.pdf. Acesso em: 10 set. 2020.

PETRAKLENE, Renata *et al.* Associations of the quality of life and psychoemotional state with sociodemographic factors in patients with psoriasis. **Medicina**, [S.l.], v. 52, n. 4, p. 238-243, 2016. MDPI AG. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27530772/>. Acesso em: 20 ago. 2020.

PICARDI, A. *et al.* Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: an issue to be recognized: an issue to be recognized. **British Journal Of Dermatology**, [S.l.], v. 143, n. 5, p. 983-991, nov. 2000. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11069507/>. Acesso em: 06 out. 2020.

RUIZ, Danilo Garcia *et al.* Artrite psoriásica: entidade clínica distinta da psoríase?. **Revista Brasileira de Reumatologia**, [S.l.], v. 52, n. 4, p. 630-638, ago. 2012. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0482-50042012000400012>. Acesso em: 20 set. 2020.

SALAME, Nicole *et al.* Comparison of mental health outcomes among adults with psoriasis on biologic versus oral therapies: a population-based study. **Journal Of Dermatological Treatment**, [S.l.], v. 30, n. 2, p. 135-140, 29 maio 2018. Informa UK Limited. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/09546634.2018.1476654>. Acesso em: 15 set. 2020.

SAMPOGNA, Francesca *et al.* Impairment of Sexual Life in Patients with Psoriasis. **Dermatology**, [S.l.], v. 214, n. 2, p. 144-150, 2007. S. Karger AG. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1159/000098574>. Acesso em: 15 set. 2020.

SANNA, Livia; STUART, Amanda L.; PASCO, Julie A.; JACKA, Felice N.; BERK, Michael; MAES, Michael; O'NEIL, Adrienne; GIRARDI, Paolo; WILLIAMS, Lana J. Atopic disorders and depression: findings from a large, population-based study: Findings from a large, population-based study. **Journal Of Affective Disorders**, [S.l.], v. 155, p. 261-265, fev. 2014. Elsevier BV. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24308896/>. Acesso em: 26 ago. 2020.

ZLOTOFF, Barrett *et al.* Psoríase e outras doenças pauloescamosas: Psoríase. In: SOUTOR, Carol *et al.* **Dermatologia clínica**. Porto Alegre: AMGH, 2015. cap. 9, p. 65-76.

SILVA, Juliana Dors Tigre da *et al.* Estratégias de coping e níveis de estresse em pacientes portadores de psoríase. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, [S.l.], v. 81, n. 2, p. 143-149, mar. 2006. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0365-05962006000200005>. Acesso em: 15 set. 2020.

SILVA, Kênia de Sousa; SILVA, Eliana Aparecida Torrezan da. Psoríase e sua relação com aspectos psicológicos, stress e eventos da vida. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 24, n. 2, p. 257-266, June 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/estpsi/v24n2/v24n2a12.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. **Consenso Brasileiro de Psoríase 2012**: guias de avaliação e tratamento. 2 ed. Rio de Janeiro: SBD, 2012. Disponível em: http://formsus.datasus.gov.br/novoimgarq/24326/4057388_345331.pdf. Acesso em: 10 set. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. **Consenso Brasileiro de Psoríase 2009**: guias de avaliação e tratamento. 2 ed. Rio de Janeiro: SBD, 2009. Disponível em: <http://www.escs.edu.br/arquivos/ConsensoBrasPsoriase2009.pdf>. Acesso em: 10 set. 2020.

SODRÉ, Celso Tavares; AZULAY, David R.; AZULAY, Rubem D.. Pele: Função, Estrutura, Fisiologia e Embriologia. *In*: AZULAY, Rubem David; AZULAY, David Rubem; AZULAY-ABULAFIA, Luna. **Azulay: dermatologia**. Dermatologia. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015. Cap. 11. p. 2-22.

STROBER, Bruce *et al.* Depressive symptoms, depression, and the effect of biologic therapy among patients in Psoriasis Longitudinal Assessment and Registry (PSOLAR). **Journal Of The American Academy Of Dermatology**, [S.l.], v. 78, n. 1, p. 70-80, jan. 2018. Elsevier BV. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2017.08.051>. Acesso em: 15 set. 2020.

TORRES, Rafael Augusto Tamasauskas *et al.* Comparação entre questionários de qualidade de vida e sua correlação com a evolução clínica de pacientes com psoríase. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, [S.l.], v. 86, n. 1, p. 45-49, fev. 2011. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0365-05962011000100005>. Acesso em: 15 set. 2020.

YUKSEL, Esra Pancar *et al.* Perceived stress, life events, fatigue and temperament in patients with psoriasis. **Journal Of International Medical Research**, [S.l.], v. 47, n. 9, p. 4284-4291, 16 jul. 2019. SAGE Publications. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/0300060519862658>. Acesso em: 06 out. 2020.