



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

Viver com Psoríase **O impacto de uma doença crónica**

Joana Sofia Cerqueira Pereira Fiúza

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(ciclo de estudos integrado)

Orientadora: Doutora Maria de Fátima Cabral

Covilhã, Maio de 2015

Dedicatória

Aos meus pais e à minha irmã.

Agradecimentos

Aos meus pais, os meus pilares. Pelo amor incondicional, pelo apoio, força e bons princípios que me têm transmitido ao longo de toda a vida. Tudo o que possa dizer nunca será o bastante para lhes agradecer o esforço que fizeram para que eu pudesse alcançar todos os meus sonhos e objetivos.

À minha irmã, Catarina, pelo amor e apoio incondicional. Pela capacidade única de me acalmar nos momentos menos bons e por me mostrar que há sempre uma solução.

Ao Pedro, pelo amor. Pela cumplicidade e amizade que nos uniu. Por todos os bons momentos, aventuras e recordações que vamos levar, juntos, para o resto da vida.

À Catarina, uma irmã para mim, por ser o meu “anjo da guarda”. Pela forma especial como se tornou parte da minha família. Pela amizade incomparável e incondicional e pelo companheirismo insubstituível ao longo destes 6 anos.

À Maria João, pela amizade inquestionável e inabalável face à distância. Por estar sempre ao meu lado e por todo o apoio demonstrado neste percurso.

À Nazaré, minha prima, pela forma como se tornou numa grande amiga. Pelo apoio e por toda a companhia de estudo e de viagens que tão reconfortantes foram.

À Rita, pela amizade, boa disposição e momentos de descontração proporcionados.

Ao tio Gaspar, meu padrinho, pela cumplicidade musical que sempre nos uniu paralelamente ao meu percurso académico, e que tanto contribui para a minha formação enquanto pessoa.

A todos os meus familiares e amigos que de alguma forma contribuíram para a minha formação enquanto estudante, profissional e pessoa, pelo apoio prestado neste percurso.

À Dra. Fátima Cabral, pela orientação exemplar. Pela disponibilidade, acessibilidade, simpatia e profissionalismo inquestionáveis.

À Faculdade de Ciências da Saúde, seus docentes e funcionários, pela formação de excelência que me proporcionaram.

Prefácio

*‘A verdadeira viagem de descobrimentos não consiste em procurar novas paisagens,
mas em ter novos olhos’.*

Marcel Proust

Resumo

Introdução: A Psoríase é uma doença inflamatória crônica de pele, imunomediada, que afeta 1 a 3% da população mundial. Clinicamente, caracteriza-se por placas eritemato-descamativas, bem definidas, que podem surgir em qualquer zona mas que frequentemente afetam o couro cabeludo, cotovelos e joelhos. Doenças de pele crônicas, como a Psoríase, têm um profundo impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes, apresentando, além do desconforto físico óbvio, repercussão a nível psicossocial decorrente da sua natureza desfigurante e sintomatologia característica. A dimensão deste impacto varia individualmente em função das características de adaptação do doente perante as adversidades intrínsecas à patologia.

Objetivos: A presente dissertação pretende realizar uma revisão sobre o impacto psicossocial da Psoríase, identificando concomitantemente fatores que o influenciam e mecanismos de adaptação desenvolvidos pelos doentes. Para uma melhor compreensão do tema, são inicialmente abordados aspetos clínicos básicos da Psoríase relativamente ao seu diagnóstico, terapêutica e prognóstico.

Métodos: Para a elaboração deste trabalho foi efetuada a 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 cuja organização e autoria pertencem a investigadores de reconhecida experiência clínica. A seleção dos artigos realizou-se usando a data de publicação como principal critério de exclusão. Artigos publicados entre 2010 e 2015 foram considerados de maior interesse, sem que no entanto se descurassem artigos com data posterior ao ano 2000 que apresentassem potencial importância na análise da evolução dos conhecimentos sobre o tema.

Resultados: Constatou-se que a Psoríase tem um profundo impacto psicossocial na vida dos doentes. Indivíduos com um quadro clínico mais severo e lesões em localizações mais visíveis apresentaram um maior prejuízo na qualidade de vida. No que respeita a características do doente e seu meio, traços de personalidade de maior vulnerabilidade, estratégias de aceitação inadequadas e deficiente apoio social, familiar e institucional determinam um maior nível de impacto da Psoríase. Tornou-se também evidente o papel do stresse como fator desencadeante e agravante do quadro clínico da doença e seu impacto.

Conclusão: A análise, inferida ao longo desta dissertação, permitiu averiguar que o impacto psicossocial da Psoríase influencia a perceção do doente sobre a sua condição e qualidade de vida. Pode-se assim inferir que a Psoríase deve ser avaliada de forma multidisciplinar e que uma análise individualizada do impacto sobre cada doente permitirá ao clínico segui-lo de forma mais adequada.

Palavras-chave

Psoríase; Impacto psicossocial; Estigmatização; Qualidade de vida; Adaptação psicossocial.

Abstract

Introduction: Psoriasis is a chronic inflammatory skin disease, immune-mediated, which affects 1-3% of the world population. Clinically it is characterized by plaques, erythematous, scaly, well-defined, which may arise in any area but that often affects the scalp, elbows and knees. Chronic skin diseases, such as Psoriasis, have a deep negative impact on patients' quality of life presenting, beyond the obvious physical discomfort, rebound psychosocial level due to their disfiguring nature and characteristic symptoms. The extent of this impact varies depending on the patient's adaptation features when confronted with intrinsic adversity of the pathology.

Objectives: This work intends to conduct a review of the psychosocial impact of Psoriasis, concurrently identifying factors that influence it and coping mechanisms developed by the patients. For a better understanding of the issue, it will be initially approached the basic clinical aspects of Psoriasis relative to their diagnosis, therapy and prognosis.

Methods: To prepare this work it was carried out a research of scientific articles on the subject published in the indexed databases PubMed, UpToDate, b-on and Medscape, and consulting of reference books of Dermatology whose organization and authorship belongs to researchers with recognized clinical experience. The selection of articles was performed applying the date of publication as the main criterion of exclusion. Articles published between 2010 and 2015 were considered of greatest interest, without, however, discarding articles dated after 2000 that could have potential importance in the analysis of the Knowledge evolution on the subject.

Results: It was found that the Psoriasis has a deep psychological impact on patient's lives. People with more severe clinical presentation and injuries in more visible locations shown a bigger impairment in quality of life. As regards the characteristics of the patient and his environment, personality traces of more vulnerability, inappropriate coping strategies and a lack on social, familiar and institutional support will determine a higher level of the Psoriasis burden. It also became evident the role of stress as a trigger and as an aggravating factor of the clinical presentation of the disease and its impact.

Conclusion: The analysis, inferred along this thesis, allows to ascertain that the psychosocial impact of Psoriasis influences the perception of patients about their condition and quality of life. It can therefore be concluded that the Psoriasis should be evaluated in a multidisciplinary way and that an individual analysis of the impact on each patient will permit that the clinician follow the patient more adequately.

Keywords

Psoriasis; Psychosocial impact; Stigmatization; Quality of life; Psychosocial adaptation.

Índice

Dedicatória	iii
Agradecimentos.....	v
Prefácio.....	vii
Resumo.....	ix
Abstract.....	xi
Lista de Figuras	xv
Lista de Tabelas.....	xviii
Lista de Acrónimos	xix
Capítulo 1: Introdução	1
Capítulo 2: A Psoríase	3
Secção 2.1. Epidemiologia.....	3
2.1.1. Prevalência	3
2.1.2. Idade de início.....	3
Secção 2.2. Etiologia e Patogénese	3
2.2.1. Fatores ambientais e genéticos.....	3
2.2.2. Desenvolvimento das lesões cutâneas.....	4
Secção 2.3. Caracterização da lesão cutânea	5
Secção 2.4. Padrões de apresentação clínica.....	6
2.4.1. Psoríase Vulgar	6
2.4.2. Psoríase Gutata	7
2.4.3. Psoríase Inversa.....	8
2.4.4. Psoríase Eritrodérmica.....	8
2.4.5. Psoríase Pustulosa.....	9
2.4.6. Sebopsoríase.....	11
Secção 2.5. Achados físicos associados	11
2.5.1. Alterações ungueais.....	11
2.5.2. Linha Geográfica	13
2.5.3. Psoríase Artropática	13
Secção 2.6: Exames Complementares Diagnósticos	14
Secção 2.7. Diagnóstico Diferencial	15
Secção 2.8. Prognóstico	16

2.8.1.História da doença.....	16
2.8.2.Fatores Moduladores.....	17
Secção 2.9. Tratamento.....	18
2.9.1.Agentes Tópicos.....	19
2.9.2.Agentes Orais Sistémicos.....	21
2.9.3.Fototerapia.....	23
2.9.4.Agentes Biológicos	25
2.9.5.Terapia Combinada.....	26
Capítulo 3: Impacto Psicossocial	27
Secção 3.1. Nas atividades laborais e de lazer.....	27
Secção 3.2. Na vida familiar e sexual.....	28
Secção 3.3. Na vida social e relações interpessoais.....	30
Secção 3.4. Psicológico	31
Capítulo 4: Fatores moduladores do Impacto Psicossocial da Psoríase.....	35
Secção 4.1. Características da doença	35
4.1.1.Severidade clínica.....	35
4.1.2.Sintomas e comorbilidades associados.....	36
4.1.3.Localização das lesões	37
Secção 4.2. Adaptação psicossocial	38
4.2.1.Características da personalidade e estratégias de aceitação do doente.....	38
4.2.2.Suporte familiar, social e institucional	39
4.2.3.O papel do Stresse	40
Capítulo 5: Conclusão e Perspetivas Futuras.....	43
Bibliografia.....	45

Lista de Figuras

Figura 1 – Psoríase Crónica em Placas em locais típicos	7
Figura 2 – Psoríase Eritrodérmica	9
Figura 3 – Picotado ungueal e Onicólise na placa da unha	12

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Diagnóstico diferencial de variantes da Psoríase.....	15
--	----

Lista de Acrónimos

AINEs	Anti-Inflamatórios Não Esteroides
AMPc	Adenosina-Monofosfato cíclica
BSA	Body Surface Area
FDA	Food and Drug Administration
HDL	High Density Lipoproteins
IECAs	Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina
IG	Imunoglobulina
IL	Interleucina
LDL	Low Density Lipoproteins
LFA	Lymphocyte Function Antigen
PASI	Psoriasis Area and Severity Index
PUVA	Psoralenos e Luz Ultravioleta A
SNS	Sistema Nacional de Saúde
TNF	Fator de Necrose Tumoral
UVB	Ultravioleta B
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana

Capítulo 1: Introdução

A Psoríase é uma doença inflamatória crónica de pele, imunomediada, que afeta entre 1 a 3% da população em todo o mundo, e de forma semelhante em ambos os sexos. (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9) Embora possa inicialmente ocorrer em qualquer idade, caracteristicamente apresenta um pico de incidência bimodal na terceira e quinta década de vida. (2, 10, 11) A Psoríase tem uma etiopatogenia complexa e multifatorial que ainda não é bem compreendida. (12, 13) Pensa-se que vários fatores desempenhem um papel importante no desenvolvimento das lesões incluindo a predisposição genética, fatores ambientais e imunológicos como a hiperproliferação de queratinócitos, alterações vasculares na pele, regulação positiva de citocinas, entre outros. (3, 12, 14, 15, 16) Clinicamente caracteriza-se por placas descamativas eritematosas bem definidas que podem surgir em qualquer zona do corpo mas que frequentemente afetam o couro cabeludo e superfícies extensoras dos antebraços e pernas. (6,17)

Refletir sobre questões da pele é refletir sobre o maior e mais externo órgão do corpo humano que está exposto ao olhar dos outros e que reage ao bem-estar psicológico, refletindo o estado físico e mental. (18, 19)

Doenças de pele crónicas, como a Psoríase, têm um profundo impacto negativo na qualidade de vida do doente decorrente da sua natureza desfigurante e sintomatologia característica. (7, 18, 20, 21) A Qualidade de vida é prejudicada em vários dos seus aspetos, nomeadamente na função física, estado psicológico, relações sociais, funcionamento sexual, atividades quotidianas e estatuto económico. (2, 22, 23, 24, 25, 26)

O impacto negativo na vida dos doentes é progressivo e influencia o seu curso, prejudicando as suas aspirações e influenciando a tomada de decisões importantes que irão marcar a sua identidade, bem como o seu desenvolvimento pessoal, profissional, social e familiar. (27) Embora grande parte dos doentes afetados relatem uma expectativa de vida normal, a maioria deles experimenta consequências a nível psicossocial que influenciam o seu desenvolvimento emocional e conduzem a dificuldades de adaptação a longo prazo. (28)

Os doentes com Psoríase acreditam, na sua maioria, que as suas vidas teriam sido substancialmente diferentes sem o impacto crónico e visível da doença. (27)

A dimensão do impacto sobre a qualidade de vida varia individualmente em função das características de adaptação do doente e, assim sendo, a forma como o este reage às dificuldades impostas pela sua patologia depende de um grande número de fatores

moduladores relacionados a características da doença e recursos pessoais e económicos de que dispõem para a adaptação psicossocial. ^(29, 30)

Embora não sendo considerada uma doença com risco de vida associado, a Psoríase representa um custo social e financeiro para os doentes e para o sistema de saúde. No entanto, o seu impacto tem sido subestimado relativamente ao de doenças crónicas comuns, como Diabetes, Hipertensão ou Cancro. ^(1, 31, 32, 33)

A presente dissertação pretende assim realizar uma revisão sobre o impacto psicossocial da Psoríase, demonstrando a sua gravidade, quer para o doente, quer para a sociedade em que se insere. É também de grande relevância para o tema a identificação dos fatores moduladores do impacto e mecanismos de adaptação que os doentes desenvolvem perante a patologia. ⁽²⁾

A compreensão das possíveis formas de adaptação psicossocial tornará possível ao clínico proceder a um seguimento mais apropriado e individualizado dos doentes. ⁽²⁾ Simultaneamente, uma melhoria na formação específica da classe médica e uma maior disponibilidade a nível de duração de atendimento poderão também facilitar a gestão da doença em parceria com o doente. ⁽³⁴⁾

Capítulo 2: A Psoríase

2.1. Epidemiologia

2.1.1. Prevalência

A Psoríase é uma doença inflamatória crônica presente em cerca de 1 a 3% da população. ^(1,10) Ocorre de forma universal, sendo no entanto rara em descendentes de índios e de afro-americanos. ^(10, 11, 35) A sua incidência é também extremamente baixa em asiáticos, e praticamente nula em índios sul-americanos. As maiores incidências relatadas na Europa surgem na Dinamarca (2,9%) e nas Ilhas Faroé (2,8%), sendo que a média de incidência para o Norte da Europa se situa em torno dos 2%. ⁽³⁵⁾

A Psoríase parece não ter uma predileção por género já que apresenta uma distribuição uniforme em ambos os sexos. ^(10, 11, 35)

2.1.2. Idade de início

Embora possa inicialmente ocorrer em qualquer momento ao longo da vida, a idade de início característica apresenta um pico bimodal na terceira e quinta década de vida. ^(2, 10, 11) Em cerca de 60% dos doentes tem início antes dos 30 anos, sendo mais comum entre os 15 e 30 anos de idade. Apesar da incidência após estas idades cair gradualmente, a doença pode surgir primeiramente apenas na 8ª ou 9ª década. ^(11, 28, 35)

Têm sido descritas duas formas clínicas de Psoríase que se distinguem e caracterizam muito em parte pela idade de início do quadro. A Psoríase tipo I surge em idade precoce, antes dos 40anos, e tem sido associada a uma maior suscetibilidade genética relacionada à presença de certos antigénios HLA da classe I, particularmente HLA-Cw6, um curso mais grave e um maior impacto psicossocial. A Psoríase tipo II caracteriza-se por um aparecimento mais tardio, após os 40 anos de idade e não apresenta componente genético determinado sendo assim considerada mais reativa, ou seja, suscetível a fatores ambientais e com raras ocorrências familiares da doença. ^(4, 7, 10, 26, 35) Não existem evidências de que estes tipos de Psoríase respondam de forma distinta a diferentes terapias. ⁽³⁵⁾

2.2. Etiologia e Patogénese

2.2.1. Fatores ambientais e genéticos

A etiologia da Psoríase não é totalmente compreendida, mas parece ser multifatorial, envolvendo efeitos cumulativos de diferentes fatores etiológicos, genéticos e ambientais. ^(10, 11, 16, 36, 37)

Determinados fatores ambientais são frequentemente considerados como desencadeantes da patologia, tais como traumatismos (fenómeno de Koebner), infeções (*Streptococcus*, VIH), fatores endócrinos, stresse psicogénico e fármacos. ^(6, 10) Entre estes, considera-se que o stresse emocional tenha um papel determinante no seu aparecimento e exacerbação. ⁽³⁶⁾

O conhecimento de que a Psoríase possui uma base hereditária remonta já há alguns anos, o que pode ser facilmente notado pelo facto de a doença tender a seguir um padrão de ocorrência familiar. ^(11, 35) Estudos recentes sugerem que se trata de uma doença poligenética com padrão de transmissão autossómico dominante de baixa penetrância. ^(11, 16, 35)

Com base em estudos populacionais, estimou-se que o risco de Psoríase numa descendência fosse de 41% se ambos os pais fossem portadores, 14% quando apenas um dos pais fosse afetado, e 6%, no caso de um irmão ser portador, em comparação com percentagens de 2% quando nenhum dos pais ou irmão fossem afetados. A concordância para a doença em gémeos monozigóticos variou de 35% a 73% em vários estudos. Esta variabilidade, juntamente com o facto de essas taxas não se aproximarem de 100%, sustenta o papel etiológico dos fatores ambientais. ⁽³⁵⁾

A pesquisa sobre o envolvimento de genes específicos começou há mais de uma década atrás, no entanto, apesar de todos estudos, apenas um locus, denominado “Psoriasis susceptibility 1” - PSORS1, tem sido consistentemente confirmado. O PSORS1 está localizado no complexo principal de histocompatibilidade - MHC, casa dos genes HLA. Múltiplos alelos HLA têm sido associados à Psoríase, particularmente HLA-B13, HLA-B37, HLA-B46, HLA-B57, HLA-Cw1, HLA-Cw6, HLA-DR7, e HLA-DQ9. ^(16, 35) O HLA-Cw6 tem sido fortemente associado a um maior risco relativo da doença em populações caucasianas sendo também associado à Psoríase Artropática, com uma tendência para o aparecimento precoce de lesões cutâneas. ⁽³⁵⁾ No entanto apenas cerca de 10% dos portadores de HLA-Cw6 desenvolvem Psoríase, e tem sido estimado que PSORS1 represente apenas um terço a metade da variação do risco genético para a doença. Assim sendo, é altamente provável que genes adicionais não-MHC estejam também envolvidos. ⁽³⁵⁾

2.2.2. Desenvolvimento das lesões

A patogénese da Psoríase é considerada um complexo processo mediada imunologicamente, que ocorre na presença concomitante de um fundo genético favorável. ^(2, 35, 38) Considera-se assim 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. ^(2, 35, 39)

Dois tipos de células interagem fundamentalmente na formação de uma lesão psoriática, os queratinócitos epidérmicos e os leucócitos mononucleares, e essa interação pode ser considerada a principal característica da patogénese. ^(38, 35)

As duas características histológicas observadas nas placas de Psoríase são a hiperplasia epidérmica e um infiltrado celular na derme e epiderme. ^(9, 11, 35) Este padrão de hiperplasia, caracterizado por um excessivo crescimento epidérmico, apresenta-se sob a forma de uma pele marcadamente espessada ou acantose, extensões alongadas descendentes da epiderme para a derme e diferenciação aberrante dos queratinócitos. ⁽⁹⁾

Nas fases iniciais de formação das lesões há uma hiperplasia epidérmica ligeira com espessamento das cristas epiteliais. As células epidérmicas aumentam em tamanho e número, ocorre uma dilatação dos espaços intercelulares e também uma infiltração de macrófagos e linfócitos. ^(11, 35)

Numa fase posterior, e à medida que a lesão progride, as células epidérmicas tornam-se menos diferenciadas e ainda mais aumentadas em número e tamanho. ^(11, 35) As lesões maduras da Psoríase caracterizam-se por alongamento uniforme das cristas epiteliais, com adelgaçamento da epiderme que recobre as papilas dérmicas. ⁽³⁵⁾ A massa epidérmica encontra-se aumentada três a cinco vezes, e existem muitas mais mitoses observadas frequentemente acima da camada basal. ^(9, 35)

Numa pele normal cerca de 10% dos queratinócitos basais são cíclicos, porém, este valor sobe para perto dos 100% na pele psoriática. Consequentemente os queratinócitos, que proliferam rapidamente, apresentam falhas na secreção de lípidos que normalmente aderem os corneócitos entre si, produzindo assim a escama clássica da placa psoriática. A camada granular da epiderme torna-se também enfraquecida. As pontas das cristas epiteliais fundem-se frequentemente com as adjacentes e papilas alongadas e edematosas contêm capilares dilatados e tortuosos que são responsáveis pelo eritema observado nas placas. ^(9, 35)

O infiltrado inflamatório ao redor dos vasos sanguíneos na derme papilar torna-se mais intenso. Ao contrário da lesão inicial, os linfócitos são observadas na epiderme da lesão madura. Os neutrófilos saem das extremidades de um subconjunto de capilares dérmicos, levando à sua acumulação no estrato paraqueratócico córneo sobreposto (microabscesso de Munro) e, menos frequentemente, na camada espinhosa (pústulas espongiiformes de Kogoj). Coleções de soro podem também ser vistos na epiderme e estrato córneo. ⁽³⁵⁾

2.3. Caracterização da lesão cutânea

A lesão clássica da Psoríase é uma placa vermelha bem demarcada, com relevo, que se caracteriza por uma superfície escamosa branca. ^(11, 17, 35) No entanto, a cor da placa psoriática depende da espessura da escama e do facto de ser aderente ou não. A cor pode variar desde vermelha com uma pequena quantidade de escamas, branca com uma escama espessa, até branca acinzentada, devido a escamas espessas muito aderentes que são vistas por vezes em Psoríases não tratadas. ⁽¹¹⁾

As lesões podem variar em tamanho, desde pápulas puntiformes até placas que cobrem grandes áreas do corpo. Sob a escama, a pele apresenta um eritema homogéneo brilhante, e quando a escama é removida aparecem pontos de sangramento, devido ao trauma dos capilares dilatados abaixo (sinal de Auspitz). Esta patologia cutânea tende a apresentar uma erupção simétrica, e este aspeto é útil para estabelecer o diagnóstico. No entanto, um envolvimento unilateral pode ocorrer. O fenótipo psoriático pode apresentar um espectro de mudança da expressão da doença num mesmo doente. ⁽³⁵⁾

O Sinal de Koebner (também conhecido como resposta isomórfica) é a indução traumática da Psoríase na pele não lesionada. Surge geralmente 7 a 14 dias após a lesão e ocorre mais frequentemente durante surtos da doença. Cerca de 25% dos doentes podem ter uma história de fenómeno de Koebner relacionado a um trauma em algum momento das suas vidas. ^(11, 35) Um doente pode apresentar variações temporais na positividade do sinal de Koebner. ⁽¹¹⁾ Estimativas de prevalência durante o tempo de vida aumentam para cerca de 76% quando fatores como infeção, stresse emocional e reações a fármacos estão incluídas. Apesar de não ser específico para a Psoríase pode ser útil no diagnóstico quando presente. ^(11, 35)

2.4. Padrões de apresentação clínica

2.4.1. Psoríase Vulgar

A Psoríase Vulgar ou também denominada Psoríase Crónica em Placas é a forma mais comum e reconhecida da doença, presente em cerca de 80 a 90% dos doentes. ^(9, 11, 35) Habitualmente é a forma de apresentação psoriática encontrada nos adultos. ⁽¹¹⁾

Esta variante caracteriza-se por placas eritematosas acentuadamente definidas, escamosas, distribuídas simetricamente, que se localizam caracteristicamente nas zonas extensoras das extremidades, particularmente cotovelos e joelhos, juntamente com o couro cabeludo, região lombo sagrada inferior, nádegas e genitais (**Figura 1**). ^(9, 11, 35) Outros locais de predileção incluem o umbigo e o sulco interglúteo. ⁽³⁵⁾ A face raramente é envolvida. ⁽¹¹⁾

As lesões variam em número, podendo ser únicas ou múltiplas, e em tamanho, de 0,5 a 30 cm ou mais. Quando a doença está ativa as placas psoriáticas podem estender-se lateralmente e fundir-se formando grandes áreas confluentes. ^(11, 35) A intensidade do eritema e a quantidade de descamação variam individualmente. ⁽⁹⁾ O grau de envolvimento é também muito variável entre doentes podendo apresentar uma extensão de menos de 1% até 100% da superfície corporal. ^(11, 35)

O curso da Psoríase Vulgar é muito variado. Ela pode envolver espontaneamente (mesmo depois de muitos anos), permanecer estável, ou ainda progredir com o alargamento das placas existentes e/ou surgimento de novas placas. ⁽¹¹⁾ Quando regride, e especialmente

quando isso ocorre de forma espontânea, tende a desaparecer a partir do centro da lesão originando lesões anulares que afetam apenas a periferia da placa. Este achado geralmente prenuncia um bom prognóstico. ^(11, 35) A perda temporária de pigmentação é relativamente frequente com a involução das lesões, dando origem a áreas maculares brancas. ⁽¹¹⁾

Uma variante da Psoríase, denominada muitas vezes como Psoríase “da fralda” surge geralmente entre os 3 e 6 meses de idade e aparece pela primeira vez na zona de contacto com as fraldas como uma área vermelha confluyente que, alguns dias depois, têm a aparência de pequenas pápulas vermelhas que envolvem o tronco, membros ou até mesmo o rosto. ⁽³⁵⁾

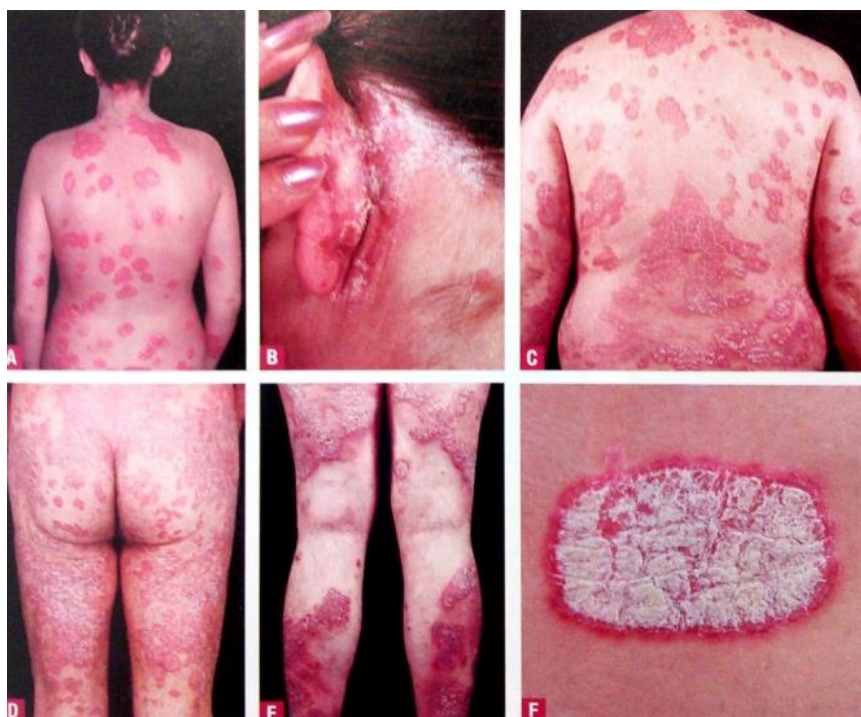


Figura 1 - Psoríase Crónica em Placas em locais típicos ⁽³⁵⁾

2.4.2. Psoríase Gutata

A Psoríase Gutata (derivado do latim “guta”, que significa “gota”) é caracterizada pela erupção aguda generalizada de pequenas pápulas eritematosas descamativas, geralmente com dimensões entre 0,5 a 1,5 cm de diâmetro. As lesões ocorrem predominantemente ao longo do tronco e extremidades proximais. As palmas e plantas geralmente são poupadas. ^(9, 11, 35, 40)

As lesões tendem a involuir espontaneamente após um período de persistência de 2 a 3 meses permitindo caracterizar assim este tipo de Psoríase como auto-limitada. Muito ocasionalmente, as lesões podem ampliar-se e persistirem levando a doença a assumir características de Psoríase Vulgar. ⁽¹¹⁾

Geralmente manifesta-se numa idade precoce ocorrendo mais comumente em crianças, adolescentes e adultos jovens com história familiar de Psoríase. ^(9, 11, 35)

Esta forma apresenta uma forte associação ao HLA-Cw6, e geralmente infecção estreptocócica do trato respiratório superior ou eventos de vida stressantes precedem ou são simultâneos ao seu aparecimento. ^(9, 11, 35)

2.4.3. Psoríase Inversa

Estima-se que a Psoríase Inversa ocorra em 2 a 6% dos doentes psoriáticos. A obesidade acarreta um risco acrescido de suscetibilidade para esta patologia. ⁽⁹⁾

Esta forma caracteriza-se pelo aparecimento de lesões em áreas intertriginosas. ^(9, 11) Essas áreas são referentes a grandes flexuras cutâneas como axilas, pescoço, regiões submamária, fenda glútea, flexuras retroauriculares, flexuras inguinais e abdominais em indivíduos obesos. ^(9, 11, 35) As lesões são muitas vezes limitadas à região onde as flexuras da pele estão realmente em contacto havendo uma nítida linha de demarcação entre a pele que esta envolvida ou não. Fissuras dolorosas podem aparecer no ápice da prega. ⁽¹¹⁾

A lesão típica pode ser plana ou ter relevo. ⁽¹¹⁾ A pele torna-se eritematosa e adquire uma aparência brilhante apresentando pouca ou nenhuma descamação e moderada infiltração. ^(9,11, 35) A descamação é inibida pela transpiração que ocorre na área intertriginosa e hidrata a queratina. Se as superfícies da pele opostas forem mantidas separadas por qualquer período de tempo, a escama superficial irá aparecer. ⁽¹¹⁾

2.4.4. Psoríase Eritodérmica

A Psoríase Eritodérmica é uma forma aguda e grave da Psoríase. Este termo é usado quando mais de 90% da área de superfície corporal está envolvida no processo psoriático. ^(9, 35, 40, 41) Esta variante pode ocorrer em qualquer idade, mas surge geralmente em jovens e adultos de meia-idade, sendo ainda mais comum em doentes que sofrem simultaneamente de Artropatia Psoriática do que naqueles com Psoríase sem envolvimento articular. ^(9, 11)

As lesões típicas caracterizam-se por pele eritematosa brilhante que apresenta uma descamação generalizada superficial totalmente diferente da observada na Psoríase Vulgar (**Figura 2**). ^(9, 11, 35) A Psoríase Eritodérmica tende a desenvolver-se a partir da Psoríase Vulgar extensa ou Pustulosa generalizada, apresentando um processo psoriático mais ativo, com aumento da proliferação e perda de maturação dos queratinócitos que por sua vez leva à produção anormal de queratina pouco aderente que rapidamente é perdida. ⁽¹¹⁾

Apesar de todos os sintomas comuns da Psoríase estarem presentes, o eritema é o mais característico e proeminente nesta variante. ⁽³⁵⁾ Os doentes perdem calor excessivamente devido à vasodilatação generalizada dos vasos cutâneos o que consequentemente pode

originar hipotermia, daí que os doentes tenham tremores, numa tentativa de aumentar a temperatura corporal. ^(11, 35) Contrariamente, em climas quentes, há um risco inerente de hipertermia pelo facto de a pele psoriática ser frequentemente hipohidrotica devido à oclusão dos canais sudoríparos. ⁽³⁵⁾

Pode também desenvolver-se edema dos membros em consequência da vasodilatação e perda de proteínas dos vasos sanguíneos para dentro dos tecidos. Insuficiência cardíaca de alto débito e deterioração das funções hepática e renal podem também ocorrer na eritrodermia de longa data. ^(11, 35)

O aparecimento da Psoríase Eritrodérmica não está sempre associado a fatores desencadeantes exógenos, no entanto, se houver um desencadeante específico conhecido, o prognóstico é melhor já que este pode ser evitado, impedindo novos episódios. ⁽¹¹⁾ Fatores desencadeantes conhecidos incluem queimaduras graves (a partir de lâmpadas artificiais de luz UV ou solares), suspensão de terapêuticas com corticosteróides sistémicos, irritação da pele por alcatrão ou ditranol, ou ainda infeções sistémicas. ^(11, 35)

A Psoríase eritrodérmica é atualmente menos comum, graças à eficácia melhorada, nos últimos 30 anos, dos tratamentos para a Psoríase Vulgar extensa. ⁽¹¹⁾



Figura 2 - Psoríase Eritrodérmica ⁽¹¹⁾

2.4.5. Psoríase Pustulosa

Existem diversas variantes clínicas da Psoríase Pustulosa que podem ser classificadas em dois grandes grupos de acordo com a forma como atingem a superfície corporal, generalizada ou localizada. A Psoríase Pustulosa Generalizada inclui a Psoríase tipo von Zumbusch, Psoríase

Exantemática e Psoríase Anular. Variantes da Psoríase Pustulosa Localizada são representadas principalmente pela Psoríase Palmoplantar e Acrodermatite Contínua de Hallopeau. ⁽³⁵⁾

A Psoríase Pustulosa generalizada de Von Zumbusch é uma variante aguda e grave da Psoríase, podendo ser fatal. Pode surgir de novo mas geralmente é precedida por outras formas da doença como Psoríase Vulgar, Sebopsoríase ou Psoríase Pustulosa localizada Palmoplantar. ^(9, 10, 11, 35) Geralmente ocorre na meia-idade afetando ambos os gêneros de igual forma. ^(10, 11) Os surtos caracterizam-se por febre que dura vários dias e por uma erupção súbita generalizada de pústulas estéreis de 2 a 3 mm e diâmetro provenientes da superfície de grandes manchas cutâneas eritematosas, distribuídas ao longo do tronco e extremidades. ^(9, 11, 35) As pústulas eventualmente secam e descamam, mas em alguns casos podem formar grandes lagos pustulosos. ⁽⁹⁾ Pode ocorrer desconforto constitucional e leucocitose com neutrofilia. ^(10, 11) A erupção prolonga-se por algumas semanas e depois tende a voltar ao seu estado anterior, podendo no entanto transformar-se em Psoríase Eritrodérmica quando o eritema que rodeia as pústulas se estende. ^(11, 35) Podem surgir episódios subsequentes de pustulação generalizada. ⁽¹¹⁾ A etiologia da Psoríase generalizada tipo von Zumbusch permanece desconhecida. ⁽³⁵⁾ No entanto, vários fatores desencadeantes são associados, nomeadamente, suspensão de corticosteróides sistêmicos, hipocalcemia, infecções (especialmente do trato respiratório superior) e irritantes locais, como ditranol e luz UV. ^(9, 11, 35)

A Psoríase Pustulosa Generalizada Exantemática tende a ocorrer após uma infecção viral. ^(11, 35) As lesões típicas que a caracterizam consistem em pústulas generalizadas em áreas atingidas por Psoríase Vulgar no tronco e membros. ⁽¹¹⁾ Apesar das semelhanças com o Padrão von Zumbusch, a variante Exantemática não se acompanha de desconforto constitucional e a tende a não surgir novamente. ^(11, 35)

A Psoríase Pustulosa Anular é uma variante rara sendo muito provavelmente uma forma menos grave do padrão generalizado de von Zumbusch, apesar de ser mais persistente. Geralmente apresenta-se sob a forma de pústulas em anel ou em forma circinada, eritematosas na periferia, assemelhando-se a um eritema anular centrífugo. ^(11, 35) As lesões podem aparecer no início ou durante o curso da Psoríase Pustulosa Generalizada, com tendência para se difundirem e formarem anéis ampliados. ⁽³⁵⁾

A Psoríase Pustulosa localizada Palmoplantar é a variante mais comum da Psoríase Pustulosa. ⁽⁹⁾ Geralmente surge em jovens e adultos de meia-idade, sendo mais comum no sexo feminino. ⁽¹¹⁾ Este termo é usado para definir uma entidade clínica distinta que afeta caracteristicamente a palma das mãos e planta dos pés. ^(11, 42) É geralmente bilateral e simétrica, mas a apresentação unilateral também podem ocorrer. ⁽¹¹⁾ As lesões típicas caracterizam-se pelo desenvolvimento de ardor ou manchas eritematosas pruriginosas nesses locais onde se desenvolvem várias pústulas estéreis discretas e recorrentes com dimensões

entre 1 a 10 mm ^(9, 42) Máculas amarelas/castanhas (remanescentes de pústulas resolvidas), eritema, hiperqueratose, escamas e fissuras são achados adicionais frequentemente encontrados envolvendo os locais de pustulação. ^(11, 42)

A Acrodermatite Contínua de Hallopeau é uma forma específica de Pustulose Palmoplantar. ⁽⁹⁾ As pústulas, que tendem a aglutinar-se, localizam-se mais comumente nas pontas dos dedos das mãos ou dos pés, sendo muito dolorosas e incapacitantes. ^(9, 11, 35) Geralmente ocorre progressão proximal. A forma crônica e contínua da doença pode levar a alterações ósseas subjacentes como destruição e atrofia da falange distal. ^(11, 35) A pustulação do leito e matriz da unha ocorre muito frequentemente levando à perda da placa da unha ou onicodistrofia grave. ⁽³⁵⁾ Pode ocorrer uma eventual progressão para Psoríase Pustulosa Generalizada. ^(11, 35)

2.4.6. Sebopsoríase

A Sebopsoríase é uma entidade clínica comum que se apresenta como placas eritematosas com escamas gordurosas localizadas em áreas seborreicas (couro cabeludo, glabella, sulco nasogeniano, perioral e áreas pré-esternais e intertriginosas). ^(11, 35) Estes locais, mais frequentemente afetados, correspondem simultaneamente às zonas de predileção da Dermatite Seborreica. ⁽¹¹⁾ Se no decorrer do curso da doença não surgirem lesões noutras regiões ou outras alterações típicas da Psoríase, o diagnóstico diferencial entre estas patologias pode ser difícil. ^(11, 35)

Pensa-se que a Sebopsoríase possa representar uma modificação da Dermatite Seborreica com um fundo genético similar ao da Psoríase. O papel etiológico do *Pityrosporum* permanece ainda por comprovar. ⁽³⁵⁾

2.5. Achados físicos associados

Como doença inflamatória sistémica, a Psoríase está associada a diversas comorbilidades físicas graves e um largo número de manifestações extra-cutâneas têm sido associadas. ^(1, 2)

2.5.1. Alteração ungueais

O envolvimento ungueal na Psoríase é comum com uma incidência que varia de 25 a 50%. ⁽¹¹⁾ O envolvimento ungueal aumenta com idade, com a duração e extensão da doença e, em especial, com a presença de Psoríase Artropática com uma prevalência associada geralmente superior a 80%. ^(11, 35, 38) A prevalência da Psoríase ungueal em homens é cerca de 11% maior do que em mulheres. ⁽³⁸⁾

Várias alterações distintas têm sido descritas e podem ser agrupadas de acordo com a porção da unha que está afetada, nomeadamente a matriz ungueal ou o leito da unha. ^(11, 35) Apesar de alguns destes achados serem comuns, não são alterações patognomónicas da Psoríase. ⁽⁴⁰⁾

O Picotado ungueal é uma das características mais comuns da Psoríase e ocorre com mais frequência nas unhas das mãos do que nos pés. ^(11, 35) As microdepressões que surgem na placa ungueal variam de 0,5 a 2mm, podendo ser únicas ou múltiplas. ⁽³⁵⁾ Pensa-se que este achado se deva a pequenas áreas de envolvimento psoriático da matriz da unha que resulta em corrosão ungueal devido à queratinização defeituosa (**Figura 3**). ^(11, 35, 40)

A atrofia da placa ungueal deve-se ao envolvimento psoriático total da matriz da unha, resultando numa placa ungueal atrofica fina. A Anoníquia, por sua vez, é a perda total da placa da unha. ⁽¹¹⁾

A Onicólise é provavelmente o segundo achado mais comum de envolvimento ungueal, e é geralmente encontrado nos dedos das mãos e nas unhas dos primeiros dedos dos pés. ^(11, 40) Ocorre devido à separação entre a lâmina ungueal e o leito da unha e pode dever-se a múltiplas causas sistémicas, congénitas, cutâneas, físicas, químicas e infecciosas, sendo assim um achado bastante inespecífico. ^(35, 40) Clinicamente apresenta-se como uma área opaca esbranquiçada (**Figura 3**). Pode ser um achado solitário ou múltiplo. Se várias unhas forem afetadas, a sua apresentação pode ser simétrica. A Onicólise pode envolver uma pequena área ou então estender-se a 90% da placa da unha. Se extensa, a unha pode ser destruída e quando uma nova unha cresce, é provável que apresente onicólise. Ocasionalmente, bactérias sob a placa ungueal podem desenvolver-se originando unhas verdes ou pretas. ⁽¹¹⁾



Figura 3 - Picotado ungueal e Onicólise na placa da unha ⁽¹¹⁾

A Hiperqueratose subungueal é bastante frequente e observa-se mais comumente nas unhas dos pés. Deve-se à hiperqueratose do leito ungueal que ocorre por produção excessiva de queratina que se acumula sob a placa da unha. ^(11, 35, 40) Pode ser acompanhada por onicólise. ⁽³⁵⁾ Muitas vezes leva à deformidade total da unha, e destruição da lâmina ungueal. Esta deformação pode interferir com o normal funcionamento dos dedos. ⁽¹¹⁾

Podem ser observadas pequenas hemorragias subungueais. Estas resultam de sangramento de capilares debaixo da placa suprapapilar fina do leito ungueal psoriático quando a Psoríase ungueal está presente. ^(11, 35)

Manchas em gotas de óleo são áreas translúcidas acastanhadas causadas por uma separação entre a placa da unha e do leito ungueal. ^(11, 40) Elas devem-se a pequenas áreas de Psoríase que originam hiperplasia psoriasiforme, paraqueratose, alterações microvasculares, e sequestro de neutrófilos no leito ungueal. ⁽³⁵⁾ Este achado é considerado quase específico para a Psoríase. ⁽³⁵⁾

2.5.2. Língua Geográfica

Este achado, também denominado como glossite migrans areata, é uma doença inflamatória idiopática que resulta na perda local das papilas filiformes. Geralmente apresenta-se sob a forma de manchas eritematosas assintomáticas com limites serpiginosos, escamas circinadas, assemelhando-se a um mapa. ^(35, 40, 43) Estas lesões têm uma natureza migratória característica. ^(35, 43)

A língua geográfica tem sido postulada como uma variante oral da Psoríase, uma vez que as lesões apresentam várias características histológicas semelhantes, nomeadamente acantose, junção das cristas epiteliais, paraqueratose focal e infiltrado neutrofílico. ^(35, 43)

Apesar da sua prevalência aumentada em doentes com Psoríase, esta é uma condição relativamente comum e vista em muitos indivíduos sem Psoríase, pelo que a relação entre ambas carece de mais esclarecimentos. ⁽³⁵⁾

2.5.3. Psoríase Artropática

A Psoríase Artropática é uma manifestação extra-cutânea comum que está presente em até 40% dos casos de Psoríase. ^(17, 35) Observa-se mais frequentemente em adultos entre os 35 e 45 anos, sem predominância entre sexos. ⁽¹⁶⁾

Esta entidade caracteriza-se pela associação de Psoríase, em qualquer das suas formas, com espondilartropatia seronegativa. ⁽¹⁶⁾ Tipicamente ocorre alguns anos após o início da manifestação cutânea da doença. ^(16, 28, 44) No entanto, ainda que menos frequentemente, pode coincidir ou preceder a dermatose. ⁽¹⁶⁾

A sua apresentação clínica caracteriza-se por dor noturna e rigidez matinal de início insidioso, que se vão agravando de forma lenta e progressiva. A forma mais característica, presente em cerca de 80% dos casos, é bilateral e assimétrica, atingindo as pequenas articulações das mãos e pés. Geralmente surge associada a quadros de Psoríase extensa e persistente, com compromisso ungueal marcado. ⁽¹⁶⁾

Existe uma forte associação a componentes genéticos, nomeadamente a genes do complexo major de histocompatibilidade HLA-B17, CW6 e B27. ^(16, 35, 44)

No acompanhamento do doente com Artropatia Psoriática, é importante que seja realizada uma orientação a nível de Reumatologia, a fim de, sempre que possível, ocorrer uma ação adequada conjunta sobre as lesões cutâneas e articulares. ⁽¹⁶⁾

2.6. Exames Complementares Diagnósticos

O diagnóstico clínico da Psoríase é relativamente fácil, especialmente quando as lesões apresentam as características típicas das lesões psoriáticas. No entanto há casos atípicos que podem suscitar dúvidas. ⁽⁴⁰⁾

Um teste clínico útil para estabelecer o diagnóstico em caso de dúvida, especialmente quando a lesão é uma placa vermelha não-escamosa, é escoriar a lesão com uma espátula de madeira. Se a lesão for psoriática a placa vermelha irá transforma-se numa placa branca escamosa pelo facto de a queratina ser muito pouco aderente na Psoríase. ⁽¹¹⁾

Outro sinal clinicamente útil e semelhante é escoriar a lesão com mais vigor e remover toda a queratina que está pouco aderente o que despoletará o aparecimento de uma superfície brilhante com pontos de sangramento capilar. Este fenómeno, denominado sinal de Auspitz, é patognomónico da Psoríase. ⁽¹¹⁾

Embora o exame histopatológico raramente seja necessário para fazer o diagnóstico, pode ser útil em casos difíceis como no caso de lesões precoces de Psoríase Pustulosa em que a epiderme é geralmente apenas ligeiramente acantótica, ao passo que lesões mais antigas e persistentes apresentam hiperplasia psoriasiforme. ⁽³⁵⁾ Na Psoríase Eritrodérmica, o exame histológico, com padrão sobreponível ao da variante Vulgar, nem sempre permite confirmação imediata, e pode ser necessária a sua repetição. ⁽¹⁶⁾

A nível laboratorial, existem alterações frequentes, mas são inespecíficas e podem não ser encontradas em todos os doentes. ⁽³⁵⁾

Doentes com Psoríase manifestam alteração do perfil lipídico, mesmo que no início da doença, podendo apresentar níveis 15% mais elevados de HDL, ratio colesterol-triglicéridos para as partículas de LDL 19% maior. Concentrações plasmáticas de apolipoproteína-A1 podem também ser 11% maiores. ⁽³⁵⁾

O Ácido úrico no soro encontra-se elevado em até 50% dos doentes e está correlacionado principalmente com a extensão da lesão e a atividade da doença. Geralmente normaliza após terapia. ⁽³⁵⁾

Os marcadores de inflamação sistémica podem estar aumentados, incluindo a proteína C-reativa, α -macroglobulina, e velocidade de sedimentação de eritrócitos. No entanto, estas elevações são raras na Psoríase Vulgar não complicada por Artrite. ⁽³⁵⁾

Os níveis de IgA no soro e complexos imunes IgA também se encontram aumentados na Psoríase. ⁽³⁵⁾

2.7. Diagnóstico Diferencial

As características clínicas da Psoríase são geralmente suficientes para fazer o diagnóstico. ⁽⁹⁾ No entanto podem surgir dúvidas perante variantes clínicas e casos atípicos (como Psoríase Gutata, Eritrodérmica, Pustulosa) ou quando as lesões psoriáticas se localizam em zonas particulares como palmas, plantas, couro cabeludo, flexuras do corpo, órgãos genitais ou unhas (**Tabela 1**). ⁽⁴⁰⁾ O diagnóstico diferencial irá por isso depender em grande parte do tipo de Psoríase e do local atingido. ⁽¹¹⁾

Tabela 1- Diagnóstico diferencial de variantes da Psoríase ⁽⁹⁾

Variante Clínica	Diagnóstico Diferencial
Psoríase Gutata	Pitíriase Versicolor Pitíriase Rósea Sífilis Secundária
Psoríase em placas Palmoplantar	Eczema Dermatite de contacto Dermatofitoses
Psoríase Pustulosa Palmoplantar	Eczema Disidrótico (Pompholyx) Dermatofitoses
Psoríase Pustulosa generalizada	Pustulose exantematosa aguda generalizada
Psoríase Eritrodérmica	Dermatite atópica Reação a Fármacos Linfoma cutâneo das células T Ictioses

<p>Psoríase ungueal</p>	<p>Dermatofitoses Reação a Fármacos Reações Fototóxicas</p>
<p>Psoríase Inversa</p>	<p>Infeção por cândida Eritrasma Dermatite Seborreica Dermatite alérgica de contato Pênfigo Familiar Benigno (Doença de Hailey-Hailey)</p>
<p>Psoríase do couro cabeludo</p>	<p>Dermatite Seborreica Alergia de Contato Micose</p>

2.8. Prognóstico

2.8.1. História da doença

O prognóstico está relacionado com o que pode ser descrito como "a atividade da doença". Quanto mais ativa a doença, pior o prognóstico. A doença ativa, associada ao aparecimento de novas lesões e a um amplo envolvimento da pele, é difícil de tratar e as recaídas ocorrem rapidamente após a interrupção do tratamento. A doença inativa, por sua vez, sofre resolução espontânea. Os fatores biológicos que controlam "a atividade da doença" ainda não são conhecidos e a atividade da doença pode mudar ao longo do tempo num mesmo doente o que contribui para a dificuldade em fornecer um prognóstico firme. ⁽¹¹⁾

A história da doença é útil para determinar a idade de início e a presença ou ausência de um histórico familiar de Psoríase. É de extrema importância que o clínico esteja informado sobre o curso anterior à doença, uma vez que existem grandes diferenças entre a doença aguda, que apresenta súbitos surtos de lesões dentro de um curto período de tempo (dias), e crónica em que as lesões podem persistir inalteradas durante meses ou mesmo anos. Da mesma forma, os doentes apresentam uma grande variabilidade individual em relação as recaídas. Alguns têm recaídas frequentes que ocorrem semanalmente ou mensalmente, ao passo que outros têm a doença mais estável, apenas com recorrências ocasionais. ⁽³⁵⁾ O intervalo de tempo entre os episódios de Psoríase, para aqueles que têm remissões, pode variar desde alguns meses até vários anos. ⁽¹¹⁾ Remissões espontâneas, com duração de períodos variáveis de tempo, podem ocorrer em até 50% dos doentes. Os doentes frequentemente reincidentes

tendem a desenvolver uma doença mais grave, com lesões que se ampliam rapidamente abrangendo porções significativas da superfície do corpo e que podem necessitar de um tratamento mais rigoroso em comparação com aqueles que têm doença mais estável. ⁽³⁵⁾

2.8.2. Fatores Moduladores

Infeções têm sido definidas como importantes desencadeantes de exacerbações da Psoríase. Cerca de 50% das crianças com Psoríase têm uma exacerbação da sua doença até duas semanas após uma infecção respiratória superior. ⁽⁹⁾ Uma conhecida associação entre infecção por *Streptococcus pyogenes* e Psoríase Gutata tem sido repetidamente confirmada. ^(9, 35) Até 85% dos doentes com um episódio agudo de Psoríase Gutata mostram evidência de uma infecção estreptocócica precedente. Num outro estudo, 84% dos doentes com Psoríase Gutata tiveram uma história de infecção anterior à ocorrência das lesões da pele, e a maioria desses doentes (63%) teve uma faringite estreptocócica. ⁽⁹⁾ Infeções da orofaringe por *Streptococcus* também têm sido demonstradas como agravantes da Psoríase Vulgar pré-existente. ⁽³⁵⁾ Embora a faringe seja a origem mais comum da infecção, uma infecção da pele por *Streptococcus pyogenes* pode também levar ao aparecimento de Psoríase Gutata. As infecções estreptocócicas podem provocar exacerbações de outros tipos de Psoríase e até de Psoríase Artropática. ⁽⁹⁾

Uma exacerbação grave da Psoríase pode dever-se a uma manifestação de Psoríase associada ao VIH que, tal como a Psoríase em geral, tem uma forte associação ao antigénio HLA-Cw6. Curiosamente, a prevalência de Psoríase na infecção por VIH não é maior do que na população em geral, indicando que o VIH não é um desencadeante mas sim um agente modificador da doença dermatológica. A Psoríase torna-se cada vez mais grave com a evolução da imunodeficiência, podendo no entanto sofrer remissão numa fase terminal. A exacerbação da Psoríase na presença de infecção VIH pode ser eficazmente tratada com terapia antirretroviral. ⁽³⁵⁾

Vários medicamentos utilizados para o tratamento de doenças coexistentes podem ter efeitos de precipitação ou agravamento da patologia dermatológica. A Psoríase induzida por fármacos surge após um determinado tratamento farmacológico, sofrendo remissão quando essa medicação é retirada. A Psoríase desencadeada ou exacerbada por fármacos surge após a sua administração e cuja retirada não tem influência no curso clínico. ⁽⁹⁾ São vários os medicamentos que podem desencadear ou agravar a Psoríase sendo os mecanismos pelos quais isso ocorre em grande parte desconhecidos. ⁽³⁵⁾ Os medicamentos mais comumente relatados como desencadeantes incluem os Corticosteróides sistémicos, Beta-bloqueantes (interferem com os níveis de AMPc intracelular), Lítio (interfere com a libertação de cálcio dentro dos queratinócitos), AINEs, Tetraciclina, Antimaláricos, IFN- α e - γ , Imiquimod (estimula a produção de IFN- α e as respostas imunes), IECAs e Gemfibrozil. ^(9, 35)

Vários estudos têm demonstrado que indivíduos obesos apresentam uma maior probabilidade de serem portadores de Psoríase grave, definida como um atingimento de mais de 20% da área de superfície corporal. No entanto, a obesidade parece não ter um papel na determinação do início da Psoríase. ⁽³⁵⁾

O consumo de tabaco (numa quantidade superior a 20 cigarros por dia) tem sido largamente associado a um risco duas vezes maior de vir a ter Psoríase grave. Contrariamente à obesidade, o tabagismo parece ter um papel no aparecimento da Psoríase. Recentemente, uma interação gene-ambiente foi identificada entre a baixa atividade do gene CYP1A1 do citocromo P450 e o tabagismo na Psoríase. ⁽³⁵⁾

Tem sido demonstrada uma associação entre o elevado consumo de álcool e a Psoríase. ^(2,11,37) Pensa-se que o aumento da ingestão de álcool ocorra numa tentativa do doente aliviar os seus sentimentos de frustração, estigmatização, Ansiedade e Depressão decorrentes da doença dermatológica. ^(2, 11) No entanto, estudos recentes verificaram um efeito prejudicial do álcool sobre a própria doença, embora os mecanismos pelos quais isso ocorre permaneçam por esclarecer. ⁽¹¹⁾

2.9. Tratamento

A atitude clínica e o tratamento da Psoríase devem ser adotados em função das características de cada doente - desde as referentes à personalidade até ao tipo clínico-evolutivo da doença. É importante que, desde a primeira entrevista, este se sinta acompanhado, com compreensão, e lhe seja proporcionado esclarecimento minucioso, adaptado às suas interrogações e grau de diferenciação. ⁽¹⁶⁾

Na atualidade não existe nenhuma terapia curativa definitiva para a Psoríase. Todas as terapias disponíveis são focadas no alívio temporário do impacto da Psoríase e melhoria no estado de saúde e qualidade da vida, sendo capazes de suprimir apenas temporariamente a atividade da doença. ^(1, 16, 45) No entanto, e demonstrando a sua importância, a interrupção leva geralmente a uma recaída ou exacerbação da doença. ^(1, 45)

Existem inúmeras terapêuticas disponíveis e a estratégia hierárquica é geralmente considerada passo-a-passo com base nos níveis de gravidade da doença, devendo ser individualizada após adequada avaliação clínica. ^(1, 16, 46)

A pronta intervenção com um tratamento dermatológico eficaz é de extrema importância já que é capaz de restaurar o bem-estar físico e psicológico dos doentes com Psoríase. ⁽²⁵⁾

2.9.1. Agentes Tópicos

A maioria dos casos de Psoríase é tratada com agentes tópicos. No entanto, dadas as suas características cosmeticamente desconfortáveis, o seu uso prolongado e o tempo despendido na sua aplicação, a não aderência ao tratamento é na ordem dos 40 %. (35, 46)

Os corticosteróides, graças às suas características anti-inflamatórias, imunossupressoras e anti-proliferativas, são muito úteis no tratamento da Psoríase, sendo desde há muitas décadas a base e pilar do tratamento e, muitas vezes a primeira linha para a gestão da Psoríase leve a moderada, bem como para áreas intertriginosas e genitália, áreas essas que podem ficar irritadas com o uso de outros agentes tópicos. (9, 35, 38, 46) Uma melhoria clínica é geralmente obtida após 2 a 4 semanas de tratamento, com a manutenção consistindo em aplicações intermitentes (muitas vezes restritas ao fim de semana). (35) A principal vantagem destes agentes é a sua fácil aplicação e cosmesidade. (11) No entanto apresentam a desvantagem da ocorrência do fenómeno de taquifilaxia. (11, 35) Este fenómeno define-se como a perda da eficácia do corticosteroide tópico com o uso a longo prazo, o que implica conseqüentemente que, para manter a eficácia clínica, a dose tenha de ser aumentada, aumentando concomitantemente a incidência de efeitos colaterais (como atrofia cutânea, telangiectasias, estrias, hematomas espontâneos e púrpura). Além disso, existe um limite de segurança para a dose e potência dos corticosteróides tópicos e quando esta é atingida eles tornam-se ineficazes. (11)

A Vitamina D e seus análogos são considerados úteis no tratamento pela conhecida atividade da vitamina D3 na regulação do crescimento, diferenciação e função imune celular através da inibição da proliferação de queratinócitos e modulando a diferenciação epidérmica. Além disso inibe a produção de várias citocinas pró-inflamatórias como IL-2 e IFN- γ . (35, 38) A Vitamina D exerce efeitos no metabolismo do cálcio e fósforo, estando constatado que doses terapêuticas de produtos orais de vitamina D provocam hipercalcemia e hipercalcúria, limitando assim o seu uso dermatológico. (9, 35) Devido a esse efeito indesejado, os análogos da vitamina D foram desenvolvidos para terem um menor risco de hipercalcemia, mas manter os benefícios a nível dos efeitos celulares. Existem atualmente quatro análogos da vitamina D no mercado, sendo eles o calcipotrieno, calcitriol, tacalcitol e maxacalcitol. (9, 46) Vários estudos têm demonstrado estes agentes como um tratamento seguro e eficaz a longo prazo para a Psoríase. (38) Tal como os corticosteróides tópicos, os análogos da Vitamina D são fáceis de aplicar, mas podem causar irritação e erupção eczematosa, particularmente quando aplicadas no rosto e flexuras e, como tal, a sua utilização deve ser evitada nestas localizações. A sua principal indicação é na Psoríase Vulgar estável do tronco e membros. Infelizmente a sua eficácia é relativamente pobre, parecendo haver uma pequena porção de doentes (cerca de 25%), na qual existe uma boa eficácia. (11)

O Tacrolimus, da classe dos inibidores da calcineurina, é um antibiótico macrólido, derivada das bactérias *Streptomyces tsukubaensis* que, por se ligar à imunofilina (proteína de ligação

FK506), inibe a fosfatase calcineurina dependente de cálcio, que por sua vez resulta na inibição da translocação do fator nuclear das células T ativadas e regulação negativa da síntese de citocinas. ^(9, 35, 38) Uma das suas grandes vantagens é o facto de não causar atrofia cutânea podendo assim ser usado na face e áreas intertriginosas. ^(11, 38, 46) Estes agentes podem causar uma sensação de ardor ou queimadura e, sendo agentes imunossupressores, podem aumentar o risco de doenças malignas da pele, particularmente se usados a longo prazo em áreas expostas ao sol, como o rosto. ^(11, 35) Nefrotoxicidade pode ser um fator limitante para o uso a longo prazo. ⁽⁹⁾

Ditranol (1,8-di-hidroxi-9-antrona), também denominado Antralina, é uma substância, de produção natural, encontrado na casca da árvore araroba da América do Sul. Pode ser sintetizado a partir da antrona. ⁽³⁵⁾ A Antralina possui atividade anti-proliferativa nos queratinócitos humanos, juntamente com efeitos anti-inflamatórios potentes. ^(35, 46) É provavelmente a mais eficaz preparação antipsoriática tópica atualmente disponível. ⁽¹¹⁾ O Ditranol está indicado para o tratamento da Psoríase Vulgar e a sua utilização tem sido mais comum no tratamento de casos resistentes a outras terapias. ⁽³⁵⁾ Esta é contraindicada na Psoríase Gutata, Eritrodérmica ou Pustulosa. ⁽¹¹⁾ Os efeitos colaterais mais comuns são a Dermatite de contacto irritativa e manchas na roupa, pele, cabelo e unhas. ^(11, 35)

O início do uso de alcatrão carbonífero para tratar doenças de pele remonta há cerca de 2000 anos. O alcatrão é o produto seco da destilação de matéria orgânica aquecida na ausência de oxigénio. ⁽³⁵⁾ Parece exercer a sua ação através da supressão da síntese de ADN e consequente redução da atividade mitótica na camada basal da epiderme, sendo que alguns componentes do alcatrão parecem ter atividade anti-inflamatória. O seu modo de ação não é bem compreendido, e, devido à sua complexidade química inerente, o alcatrão não é farmacologicamente padronizado. ^(35, 46) Encontra-se comercialmente disponível sobre as formas de champô, creme ou outras formulações. ⁽⁴⁶⁾ A sua eficácia é relativamente baixa em comparação com outros medicamentos disponíveis para o tratamento da Psoríase. ⁽¹¹⁾ Apenas ocasionalmente, os doentes apresentam sensibilização ao alcatrão e desenvolvem reações alérgicas. A foliculite também pode ocorrer após o seu uso. ⁽³⁵⁾ Exposição da pele à luz solar deve ser evitada depois da aplicação. ⁽³⁸⁾ A principal desvantagem é o cheiro de alcatrão carbonífero bruto. É também desagradável de usar pois mancha a roupa. ^(11, 35)

Tazaroteno é um retinoide acetilénico sintético de terceira geração que reduz principalmente a descamação e a espessura da placa. ^(9, 35, 46) O seu mecanismo de ação pode incluir a supressão direta da inflamação, bem como a inibição da proliferação e normalização da diferenciação na camada epidérmica ^(9, 46) Devido às baixas concentrações usadas, não foram registados efeitos secundários sistémicos nem a ocorrência de taquifilaxia. Apenas efeito secundários locais podem ocorrer como ardor, irritação e vermelhidão. ⁽¹¹⁾ Quando usada como monoterapia, uma proporção significativa dos doentes desenvolve irritação local. ⁽³⁵⁾

Este fármaco deve ser evitado nos doentes em idade fértil que pretendam engravidar uma vez que apresenta características teratogénicas. ⁽³⁵⁾

Entre os períodos de tratamento, cuidados com a pele com emolientes devem ser realizados para evitar que a pele fique seca e escame. ⁽³⁵⁾ Emolientes, comumente denominados como hidratantes, reduzem a descamação, limitam as fissuras cutâneas dolorosas e ajudam a controlar o prurido. ^(35, 46) A sua aplicação é mais eficaz quando aplicados imediatamente após o banho. A adição de ureia (até 10 %) é útil para melhorar a hidratação da pele e remover a descamação de lesões precoces. O uso de emolientes sobre uma fina base de tratamentos tópicos melhora a hidratação e minimiza os custos do tratamento. ⁽³⁵⁾

2.9.2. Agentes Orais Sistémicos

Existem diversas possibilidades de terapia sistémica convencional para a Psoríase mas importa referir que todas elas, a longo prazo, têm significativa toxicidade. ⁽¹⁾

O Metotrexato é o tratamento sistémico mais amplamente utilizado na Psoríase moderada a grave. Consiste num análogo sintético do ácido fólico, o qual exhibe propriedades imunossupressoras e anti inflamatórias. ^(9, 46) Quando utilizado em primeiro lugar para o tratamento de Psoríase, pensa-se que atue diretamente impedindo a hiperproliferação epidérmica através da inibição da enzima di-hidrofolato redutase. ⁽³⁵⁾ Tem sido usado com sucesso para tratar a Psoríase há mais de 30 anos, sendo altamente eficaz na Psoríase Vulgar e também indicado para a gestão a longo prazo de formas graves como a Eritrodérmica Pustulosa. ^(9, 11, 35, 46) A sua semi-vida muito longa pode explicar a sua eficácia após a administração semanal e também ajudar a compreender o seu início de ação bastante lento (razão pela qual os efeitos terapêuticos requerem geralmente 4 a 8 semanas para se tornarem evidentes). Sendo excretado por via renal, o Metotrexato não deve ser administrado a doentes com comprometimento da função renal. Um possível efeito colateral bem documentado é a mielossupressão, especialmente pancitopenia, o que geralmente ocorre em situações de deficiência de folato. Pneumonite, ulcerações das mucosas e da pele foram também relatadas. Este fármaco deve ainda ser evitado nos doentes em idade fértil que pretendam ter filhos num futuro próximo. ⁽³⁵⁾

A Acitretina é um retinoide sistémico de segunda geração que foi aprovado para o tratamento da Psoríase em 1997. ⁽³⁵⁾ O mecanismo exato de ação da acitretina na Psoríase é desconhecido embora provavelmente esteja relacionado com a sua capacidade de diminuir a proliferação e induzir a diferenciação epidérmica. ^(9, 35) A acitretina induz alívio de forma dose-dependente. Em geral, doses iniciais mais elevadas parecem fazer involuir a doença de forma mais rápida. ⁽³⁵⁾ As formas clínicas psoriáticas mais responsivas a esta monoterapia incluem a Pustulosa generalizada e a Eritrodérmica. ^(11, 35) Este composto tem propriedades teratogénicas e a gravidez deve ser evitada durante o tratamento e até 3 anos após o seu termo. ⁽³⁵⁾

A Ciclosporina é um decapeptido cíclico neutro derivado do fungo *Tolypocladium gams inflatum* sendo um dos mais eficazes agentes antipsoriáticos disponíveis, devido ao seu rápido início de ação e uma potente atividade imunossupressora contra doenças sistémicas. ^(35, 38) A sua ação ocorre principalmente por inibição da função de células T e interleucina (IL-2). ⁽⁹⁾ A única formulação aprovada para o tratamento da Psoríase está disponível como uma solução oral ou em cápsulas. ⁽³⁵⁾ A ciclosporina é altamente eficaz para a Psoríase cutânea podendo ser também eficaz na variante ungueal. É particularmente útil em doentes que apresentam Psoríase generalizada, intensamente inflamatória ou eritrodérmica ^(11, 35) Em doentes com Psoríase grave refratária a outros agentes, a ciclosporina pode ainda produzir uma rápida remissão e servir como uma "ponte" útil a outros tratamentos. ⁽³⁸⁾ Os efeitos adversos mais comuns com o uso de ciclosporina por curtos períodos de tempo são a nível neurológico, incluindo tremores, dor de cabeça, parestesia e/ou hiperestesia. Como os seus efeitos nefrotóxicos são em grande parte irreversíveis, o tratamento com Ciclosporina deve ser interrompido se ocorrer disfunção e/ou hipertensão renal. ⁽³⁵⁾

O Ácido Fumárico foi descrito pela primeira vez em 1959 como sendo benéfico no tratamento sistémico da Psoríase. Como o próprio ácido fumárico é fracamente absorvida após a ingestão por via oral, os ésteres são utilizados para o tratamento por serem quase completamente absorvidos no intestino delgado, depois o fumarato de di-metilo é rapidamente hidrolisado por esterases para monometil- fumarato, que é considerado o metabolito ativo. O modo de ação dos ésteres de ácido fumárico não é inteiramente compreendido, mas os dados experimentais apontam para uma modulação da resposta de células Th1 e inibição da proliferação de queratinócitos. Este fármaco pode ser administrado seguindo em modo de terapia prolongada (até 2 anos) para prevenir recaídas em doentes com Psoríase com alta atividade da doença, ou então em modo de terapia intermitente de curta duração. O ácido fumárico é contraindicado em doentes com doença graves concomitantes, como doenças crónicas do trato gastrointestinal, doença renal crónica, ou doenças da medula óssea conduzindo a leucocitopenias ou disfunção de leucócitos assim como mulheres grávidas ou lactantes e doentes com doenças malignas (incluindo história positiva de malignidade). ⁽³⁵⁾

A Sulfassalazina é um agente sistémico utilizado com pouca frequência no tratamento da Psoríase. No único estudo prospetivo duplamente cego sobre a eficácia da sulfassalazina na Psoríase, efeitos moderados foram vistos, com 41% dos doentes mostrando uma melhoria acentuada, 41% uma melhoria moderada, e 18% uma melhoria mínima após 8 semanas de tratamento. ⁽³⁵⁾

Em geral, os corticosteróides sistémicos não devem ser utilizados por rotina do tratamento da Psoríase. Quando corticosteróides sistémicos são usados, a resolução da Psoríase é rápida, mas a doença geralmente recorre, exigindo doses progressivamente maiores para controlar os sintomas. No entanto podem ter um papel na gestão da eritrodermia persistente, e também

na Psoríase Pustulosa generalizada fulminante (tipo Von Zumbusch) quando outras terapias são ineficazes. ⁽³⁵⁾

O Micofenolato Mofetil é um pró-fármaco do ácido micofenólico, um inibidor de inosina-5' monophosphate desidrogenase. Este composto esgota preferencialmente os nucleótidos de guanosina em linfócitos T e B e inibe a sua proliferação, suprimindo assim respostas imunes mediadas por células, e a formação de anticorpos. Este fármaco é geralmente bem tolerado, com poucos efeitos colaterais. ⁽³⁵⁾ Pode ser utilizado para tratar a Psoríase Vulgar moderada a grave, na maioria das vezes como terapia de manutenção para doentes que necessitam de ciclosporina para o controlo inicial da doença. ⁽⁹⁾

A 6-Tioguanina é um análogo de purina que se tem demonstrado altamente eficaz. ⁽³⁵⁾ Geralmente é utilizada para tratar casos de Psoríase Vulgar e Pustulosa palmo-plantares que são resistentes a agentes sistémicos de uso comum. No entanto este fármaco não é recomendado para manutenção a longo prazo devido ao risco de hepatotoxicidade. ⁽⁹⁾

A Hidroxiureia é um antimetabolito que se tem demonstrado como eficaz enquanto monoterapia. No entanto, quase 50% dos doentes que obtêm melhoria clínica acentuada desenvolvem toxicidade da medula óssea com leucopenia ou trombocitopenia. Anemia megaloblástica também é comum, mas raramente requer tratamento. As reações cutâneas afetam a maioria dos doentes tratados, incluindo lesões como úlceras de perna, que são as mais problemáticas. ⁽³⁵⁾ O mecanismo preciso da ação da hidroxiureia no tratamento da Psoríase é desconhecido mas sabe-se que inibe a redutase ribonucleica e suprime a síntese de ADN. ⁽⁹⁾

2.9.3. Fototerapia

O mecanismo de ação da fototerapia parece envolver um mecanismo de depleção seletiva de células T, principalmente as que residem na epiderme, envolvendo a apoptose e sendo acompanhado por uma mudança de resposta imune do tipo Th1 para uma resposta Th2 na pele lesionada. ⁽³⁵⁾ A fototerapia é indicada para a Psoríase Vulgar que não responde a medidas tópicas. ⁽¹¹⁾

Uma das opções da fototerapia consiste no uso de luz UVB. ^(35, 46) Importa referir que a fototerapia não é eficaz em todos os tipos de Psoríase já que os raios UVB não atingem certos locais como o couro cabeludo ou áreas intertriginosa. ⁽¹¹⁾ A dose inicial terapêutica de UVB encontra-se a 50% a 75% da dose eritematosa mínima sendo administrada 2-5 vezes por semana. Como o pico do eritema gerado por UVB surge dentro de 24 horas após exposição, os aumentos de dose podem ser realizados sucessivamente em cada tratamento. O objetivo é manter um eritema minimamente perceptível como um indicador clínico da dosagem ótima. Os tratamentos são administrados até que ocorra remissão total ou até que não se atinja uma melhoria adicional com a continuação do tratamento. A Fototerapia UVB de Banda Estreita

(312 nm) é superior à convencional UVB de banda larga (290 a 320 nm) quando comparados os seus tempos de resolução das lesões e remissão. ⁽³⁵⁾ A principal vantagem do tratamento com UVB, é tornar desnecessário o uso de pomadas tópicas, cremes ou medicação oral, facto que os doentes com Psoríase de longa data classificam como sendo um alívio para as suas vidas. ⁽¹¹⁾ Uma das principais desvantagens é o fato dos doentes terem de se dirigir regularmente ao hospital para efetuar o tratamento. Lâmpadas de UVB para uso doméstico estão disponíveis, mas são extremamente caras. ^(11, 46) Os efeitos colaterais da fototerapia UVB incluem eritema visível, ardor, bolhas, desconforto e hiperpigmentação inflamatória. ⁽⁹⁾

O tratamento denominado PUVA consiste no uso combinado de Psoraleno (P), composto originado de uma planta, e radiação UVA de onda longa (320-400nm). ^(9, 35, 46) A combinação de fármacos e radiação resulta numa eficácia terapêutica superior que não é conseguida por esses mesmos componentes isoladamente. A remissão das lesões é induzida por reações fototóxicas repetidas controladas. ⁽³⁵⁾ O Psoraleno pode ser tomado por via oral ou diluído numa solução de banho para administração tópica uma hora antes da irradiação com UVA. ⁽⁹⁾ Este tratamento é indicado para a Psoríase Vulgar extensa ou resistente ao tratamento tópico. É também eficaz na Psoríase pustulosa localizada das palmas e plantas. ⁽¹¹⁾ A gravidez constitui uma contra-indicação relativa para esta terapia. ⁽³⁵⁾

A fototerapia com recurso a laser é uma opção terapêutica quando placas limitadas não respondem às terapias convencionais e em áreas resistentes, como o couro cabeludo, pernas, glúteos e palmas e plantas, é a opção ideal. ⁽⁹⁾ Esta terapia tem a grande vantagem de possibilitar o tratamento direcionado para a pele lesionada, poupando as zonas isentas de lesões, contrariamente à fototerapia convencional que irradia toda a pele indiscriminadamente. ^(9, 35) O laser mais utilizado aprovado pela FDA nos Estados Unidos é o Laser Excimer 308 nm. ^(9, 11, 46) Num estudo realizado, 72% dos participantes conseguiram pelo menos 75 % de resolução das lesões com uma média de 6,2 tratamentos realizados duas vezes por semana. ⁽³⁵⁾

A Climatoterapia consiste na exposição da pele a um tipo especial de clima e como é do conhecimento geral, um clima ensolarado pode de facto melhorar a Psoríase. ^(9, 35) Os efeitos mais bem estudados são da região do Mar Morto que podem ser atribuídos, pelo menos parcialmente, a características únicas da sua localização. Como está situada a 400 m abaixo do nível do mar, a evaporação da água do mar forma um aerossol que fica na atmosfera acima do mar e das praias vizinhas. Este filtra a maioria dos raios UVB, mas não a radiação UVA, o que parece ser suficiente para que as lesões involuam sem que ocorra queimadura solar. Este tratamento é efetuado durante um período de 3 a 4 semanas, sendo observadas melhorias comparáveis aos tratamentos com UVB de banda estreita ou PUVA. O principal benefício desta terapia é atenuar a gravidade clínica da doença e conseqüentemente, diminuir a necessidade de tratamentos farmacológicos agressivos. Os principais inconvenientes deste tratamento são o tempo a dispor e a despesa associada. ⁽³⁵⁾

2.9.4. Agentes Biológicos

Os agentes biológicos são uma nova classe de terapias que surgiu com o progresso contínuo da pesquisa sobre Psoríase e avanços na área da biologia molecular. Estes agentes são concebidos para bloquear etapas moleculares específicas importantes na patogênese da Psoríase. Atualmente, três tipos de agentes biológicos são aprovados ou estão em desenvolvimento para o tratamento da Psoríase, nomeadamente Citocinas humanas recombinantes, Proteínas de fusão e Anticorpos monoclonais, que podem ser quiméricos ou humanizados. Em geral, esta classe de agentes tem atividade antipsoriática aproximadamente comparável à do metotrexato mas sem o seu risco de hepatotoxicidade. Porém, são muito mais caros, e acarretam risco de imunossupressão, reações à infusão, e formação de anticorpos. ⁽³⁵⁾ A segurança a longo prazo dos agentes biológicos ainda está sob avaliação e a questão da acessibilidade é especialmente relevante no contexto da atualidade. ⁽¹⁾

Alefacept é uma proteína de fusão associada ao LFA-3-IgG1 que por diversos mecanismos interfere com a ativação de células T, indução de apoptose e modificação do processo inflamatório. Cerca de um terço a metade dos doentes com Psoríase não respondem a este agente mas as pelas quais isso ocorre ainda não são claras, no entanto, evidências indicam que a sua administração repetida leva a resposta melhorada, e que as respostas quando ocorrem são duradouras. ⁽³⁵⁾

Efalizumab é um anticorpo monoclonal humanizado desenvolvido para o tratamento da Psoríase Vulgar. Este agente atua inibindo a ativação das células T, o tráfico de células T cutâneas, e adesão de células T a queratinócitos. Alguns doentes demonstram evidência de exacerbação da doença no final do período de dosagem. ⁽³⁵⁾

Os antagonistas do TNF- α têm sido exponencialmente utilizados na clínica de doenças inflamatórias, incluindo na Psoríase. ⁽³⁵⁾ O TNF-alfa é uma citocina pró-inflamatória que desempenha papel fundamental na imunidade inata e adaptativa. Em altas concentrações, pode desencadear uma resposta inflamatória excessiva resultando em danos para o organismo. ^(35, 38, 39) Encontra-se em níveis elevados na pele, articulações e plasma de doentes com Psoríase, níveis esses que se relacionam com a atividade da doença. ⁽³⁹⁾ Os 3 agentes biológicos mais comumente utilizados são o Infliximab, o Adalimumab e o Etanercept sendo que estudos clínicos têm descrito os dois primeiros como ligeiramente mais eficazes no tratamento da Psoríase. ^(35, 46)

O Infliximab é um anticorpo monoclonal quimérico que tem elevada especificidade, afinidade e avidéz pelo TNF- α . ⁽³⁵⁾ Investigações têm demonstrado a sua eficácia no tratamento de sinais e sintomas da Psoríase, impedindo a progressão da doença a longo prazo. ⁽⁹⁾ A melhoria clínica pode ser observada dentro de 2 semanas e cerca de 80% dos doentes mostram resolução significativa das suas lesões de pele. ⁽¹¹⁾

O Adalimumab é o primeiro anticorpo monoclonal IgG1 recombinante totalmente humanizado que bloqueia especificamente o TNF- α . ^(9, 35)

O Etanercept é uma proteína de fusão dimérica solúvel e foi o primeiro antagonista do TNF- α a ser aprovado para o tratamento de Psoríase e Psoríase Artropática. ^(9, 35) Estudos descrevem este agente como eficaz constatando que os seus resultados são dependentes da dose. ⁽¹¹⁾

O Ustekinumab (Anti-Interleucina 12/23 P40) foi recentemente desenvolvido e testado para o tratamento da Psoríase Vulgar e tem demonstrado eficácia promissora. Este agente é um anticorpo monoclonal humano IgG1 que se liga à subunidade p40 de IL-12 e IL-23, evitando respetivamente a diferenciação das células T Th1 e inibindo a inflamação crónica. Um ensaio clínico testando várias doses de tratamento mostrou uma clara correlação entre a dose de anti-IL-12 p40 e a proporção de indivíduos que atingiram pelo menos uma melhoria de 75 % na pontuação PASI. ⁽³⁵⁾

2.9.5. Terapia Combinada

A terapia combinada aumenta, na generalidade dos casos, a eficácia do tratamento e reduz os efeitos secundários, o que pode resultar consequentemente numa melhoria clínica mais acentuada e, por outro lado, permitir que doses mais reduzidas possam alcançar os mesmos resultados em comparação à monoterapia. ⁽³⁵⁾ A combinação de terapias está disponível como opção de tratamento para os doentes com Psoríase grave, com um grande atingimento da área de superfície corporal, e/ou resistência a terapias individuais convencionais. ⁽⁹⁾

A utilização combinada de Corticosteróides tópicos e Análogos da Vitamina D tem demonstrado uma melhor resposta quando comparada com a monoterapia. Estes agentes, atuando por mecanismos diferentes, demonstram possuir uma ação sinérgica o que fornece uma eficácia aditiva e a possibilidade de redução da dose de um ou ambos os agentes, e redução na ocorrência de efeitos secundários. Os análogos de Vitamina D reduzem a atrofia cutânea provocada pelos corticosteróides tópicos. ^(11, 35, 38)

O uso combinado de Alcatrão e Luz UV aumenta a velocidade de resolução de lesões em comparação com modalidades individuais de tratamento. ⁽¹¹⁾ A combinação de fototerapia com produtos tópicos tem sido especialmente utilizada no tratamento da Psoríase Vulgar. ⁽³⁸⁾

A combinação de acitretina com PUVA (RePUVA) demonstrou-se muito eficaz na diminuição da quantidade de radiação UVA necessária para regredir a Psoríase. ^(11, 46)

Dados sobre a combinação de produtos biológicos com outros agentes sistémicos ou tópicos ainda não estão amplamente disponíveis, mas algumas combinações vulgarmente utilizadas no tratamento de Artrites inflamatórias, tais como metotrexato e agentes anti-TNF, podem ser o tratamento mais apropriado para a doença psoriática recalcitrante. ⁽³⁵⁾

Capítulo 3: Impacto psicossocial

A Psoríase, embora não sendo considerada uma doença com risco de vida associado, representa um elevado custo social e financeiro para os doentes e para o sistema de saúde. ⁽¹⁾ Estudos demonstram que a qualidade de vida é afetada num grau comparável a doenças crônicas como Diabetes ou mesmo Cancro já que compromete profundamente o bem-estar psicológico e emocional dos doentes. ^(1, 27) Além disso, o impacto psicossocial desempenha um papel importante na percepção do doente sobre a sua qualidade de vida, severidade e curso da própria doença. ⁽⁴⁷⁾

O impacto físico e psicológico estende-se a todas as áreas da vida dos doentes, afetando a sua vida pessoal a nível do bem-estar emocional, sexual, atividades laborais e de lazer, relações interpessoais e consequentemente a situação financeira. ^(27, 48, 49)

Os doentes com Psoríase acreditam que as suas vidas teriam sido substancialmente diferentes sem o impacto crónico e visível da doença, acreditando que a sua condição os influencia na tomada de decisões importantes. ⁽²⁷⁾

3.1. Nas atividades laborais e de lazer

As atividades do quotidiano e lazer, envolvendo atos de higiene pessoal, uso de diferentes tipos de roupas, frequência dos banhos, problemas no trabalho e na prática desportiva, têm sido indicadas como as mais vulneráveis ao impacto da Psoríase e de maior dificuldade no que respeita à adaptação psicossocial do doente. ^(24, 26, 37, 50)

Estudos realizados relatam que cerca de 44% dos doentes que referiram presença atual ou superada do impacto da doença, mencionaram a doença dermatológica como uma limitação a atividades de lazer, levando-os a restringirem-se ao âmbito familiar por se sentirem discriminados fora dele. ⁽¹⁸⁾

Doentes com Psoríase tendem a ter medo de expor o seu corpo em público e sentem-se estigmatizados durante atividades de lazer. ⁽³⁰⁾ Esse sentimento de estigmatização e desconforto em público leva os portadores da doença a evitarem essas atividades como ida a festas, piscinas, praias ou estabelecimentos de cuidados estéticos. Esse comportamento de evicção tem também significativo efeito nas atividades desportivas. ^(29,50) Algumas das atividades diárias específicas afetadas pelo impacto da Psoríase relacionam-se com a gestão da casa (problemas com os trabalhos em torno da casa ou jardim), vestuário (necessidade de vestir roupas com determinadas características ou mudar/lavar a roupa com maior frequência), e com a rotina de tomar banho (necessidade de mais banhos do que o habitual).

Finalmente, tanto a vitalidade (energia, vigor, e ausência de fadiga) como o sono e repouso (como sestas durante o dia) encontram-se adversamente afetados. ^(22,24)

Em consequência do impacto psicológico e social inerente às doenças crónicas de pele, a Psoríase acarreta diminuição da produtividade laboral. ^(25, 32,48)

Os doentes podem tornar-se fisicamente muito desabilitados para o trabalho levando muito frequentemente ao absentismo e comprometendo a sua produtividade. ⁽³²⁾ Cerca de 38,6% dos doentes refere algum tipo de dificuldade na sua atividade laboral. ⁽¹³⁾ Num estudo de doentes com Psoríase grave, 59,3% referiram ter perdido uma média de 26 dias de trabalho por causa da doença. Daqueles que não estavam a trabalhar, mais de 30% atribuíram o seu desemprego à Psoríase. Outro estudo mostrou ainda que os indivíduos perderam uma média de 6,6% do seu tempo de trabalho nas últimas quatro semanas, como resultado da patologia. ⁽³²⁾

Estudar e quantificar o impacto ocupacional de doenças como a Psoríase tornou-se cada vez mais importante na determinação do custo global da doença uma vez que o próprio impacto económico decorrente do absentismo é motivo de preocupação para os doentes. ^(5, 32) Wu e seus colaboradores mostraram que os doentes psoriáticos são mais propensos a perder os empregos por razões relacionadas com a saúde. ⁽⁴⁸⁾ Economicamente podem ter dificuldades em conquistar e manter um emprego remunerado ou trabalhar com todo o seu potencial, o que pode limitar o seu ganho potencial de tempo de vida e resultar num custo para a sociedade associado à perda de produtividade. ^(2, 27) Essa dificuldade em manter a estabilidade profissional pode dever-se em grande parte à baixa produtividade mas também ao tempo perdido (dias ou horas) de trabalho que certos tratamentos exigem. ⁽²⁷⁾

Os problemas nas atividades ocupacionais e de lazer decorrentes do impacto da Psoríase são mais frequentemente relatados em portadores com determinadas características, nomeadamente do sexo feminino, com idade entre 40 e 49 anos, com Psoríase Palmoplantar e Artropática, assim como aqueles com Psoríase de elevada gravidade clínica. ⁽⁴⁸⁾

3.2. Na vida familiar e sexual

Além de afetar aspetos da vida social, a Psoríase afeta as relações causando pressões psicológicas e perturbando atividades familiares e sociais, resultando potencialmente numa maior taxa de divórcio. ^(2, 27)

O impacto negativo da Psoríase sobre as relações familiares é semelhante ao de outras condições crónicas incapacitantes, com familiares de doentes relatando rutura social (55%), limitações nos planos de férias e atividades de lazer (44%) e deterioração dos relacionamentos íntimos (37%). ⁽²⁾ Cerca de 37,1% dos próprios doentes referem dificuldades na vida privada. ⁽¹³⁾ Entre os vários tipos de problemas familiares que surgem, a separação e/ou divórcio

predominam nos relatos dos doentes. ⁽¹⁴⁾ Tem sido demonstrado que a Psoríase tem uma significativa influência sobre o comportamento no namoro e relacionamentos dos doentes com os seus parceiros devido aos problemas emocionais que provoca e também devido às limitações impostas pela doença nas atividades familiares, fator esse que pode explicar a maior taxa de divórcio. ⁽²⁷⁾

A história familiar pode fornecer informações importantes sobre o estado psicológico de um doente, assim como o risco de outras comorbilidades. ⁽⁵¹⁾ Vários estudos demonstram um alto nível de disfunção familiar em doentes com Psoríase. ^(2, 14, 51) A presença de disfunção neste âmbito considera-se fortemente associada ao componente psicológico, estando em consonância com a teoria do trauma familiar. Segundo esta teoria, as famílias afetadas tentam reparar os efeitos do trauma tornando-se rígidas e fechadas em si mesmas. Pensa-se então que os sintomas psicossomáticos sejam uma manifestação do conflito entre o desejo autónomo do indivíduo e os laços de lealdade à família coesa e de funcionamento rígido. ⁽⁵¹⁾ A elevada prevalência de Ansiedade e Depressão observada nos doentes reflete o sofrimento individual nessas famílias e confirma esta interpretação. ^(3, 51) De facto, diversas análises mostram que um nível mais elevado de Ansiedade e Depressão é encontrado em pessoas com eventos de stresse familiar, especialmente em mulheres. ⁽¹⁴⁾

Tendo em conta os efeitos demonstrados da disfunção familiar no curso da Psoríase pode-se concluir que esta pode desempenhar um importante papel no início ou exacerbação da doença e, muito além do tratamento médico e físico destas condições dermatológicas, pode ser necessária a intervenção no âmbito da terapia familiar. ⁽⁵¹⁾

A sexualidade, conforme definição da Organização Mundial de Saúde, é “uma necessidade básica e um aspeto do ser humano que não pode ser separado dos outros”, com grande importância na manutenção de uma boa saúde mental e bem-estar psicológico. ⁽³⁾ O impacto da Psoríase na função sexual é importante devido ao intenso desgaste pessoal que causa, prejudicando a qualidade de vida. ^(3, 26, 52)

Num estudo de Mercan e seus colaboradores, a disfunção sexual foi mais comum no grupo de participantes com Psoríase do que no grupo de controlo, existindo uma diferença estatisticamente significativa. Num estudo realizado por Al-Mazeedi e colaboradores foram descritas relevantes alterações em relação à atividade sexual, estando esta afetada em 31,6% dos doentes. Cerca de 38,9% dos doentes com Psoríase grave apresentaram disfunção sexual, 29,7% dos doentes com Psoríase moderada e 30,8% dos doentes quando se tratando de Psoríase leve. ⁽³⁾ Tem sido largamente demonstrado que doentes com Psoríase apresentam um declínio na atividade sexual muito em parte pelo constrangimento que ocorre quanto à sua aparência física. ^(32, 48, 50) É evidente, a partir das respostas em questionários aplicados, que a remoção de roupas e intimidade sexual são percebidas como exemplos de situações em que se

sentem "observados" e avaliados. ⁽⁵²⁾ A nudez e o contacto com a pele são repetidamente citados como indutores de stresse e vergonha. ^(52, 53)

A Psoríase, enquanto doença dermatológica crónica, afeta negativamente a auto-confiança, a auto-imagem e a capacidade do doente em estabelecer relações íntimas, podendo levá-lo a sentir-se sexualmente indesejável. ^(30, 52, 53) A sensação de serem rejeitados pela sociedade pode originar comportamentos de evasão em relação a situações íntimas, assim como efeitos continuados no bem-estar sexual, mesmo em relações de longa data. ^(15, 30, 52) Embora a auto-estima e capacidade de atração sexual tenham sido os principais determinantes a afetar as relações sexuais, os aspetos físicos das lesões, como o local que atingem, também desempenham um papel relevante. ⁽⁵²⁾

Sentimentos de exclusão e discriminação apresentam-se exacerbados entre doentes que apresentam lesões próximas aos genitais ou baixo-ventre. ^(27, 50) Um estudo de Meeuwis e seus colaboradores demonstrou que doentes com lesões genitais apresentaram pontuações piores nos questionários referentes à vida sexual. ⁽³⁾ Num estudo transversal de doentes do sexo masculino com Psoríase, constatou-se uma prevalência aumentada de disfunção erétil, quando comparados com a população em geral. ⁽¹⁵⁾

3.3. Na vida social e relações interpessoais

A Psoríase pode acarretar consigo um extenso e debilitante impacto sobre as formas sociais e relacionais da vida dos doentes e, posteriormente, na sua qualidade de vida. ^(18, 23, 32, 45, 47)

No que diz respeito aos aspetos sociais, é comumente reconhecido que o estigma associado à Psoríase afeta várias facetas da vida do doente, incluindo atividades sociais e relacionamentos. ^(48, 34, 54) Num estudo com doentes psoriáticos, 62% relataram sentimentos negativos e de discriminação social. ⁽¹⁸⁾ Concordantemente, num outro estudo, verificou-se que mais de 80% dos doentes relatam problemas em estabelecer relações sociais como sendo o aspeto mais difícil da sua doença já que relações interpessoais em geral, bem como relações mais íntimas e amorosas, são situações que implicam exposição, tornando difícil ocultar as lesões. ^(18, 23)

O estigma é definido como uma marca biológica ou social que define uma pessoa e que incorre numa desaprovação social grave com base numa característica distintiva, interrompendo e limitando as interações com os outros. ^(20, 23, 48)

A estigmatização e rejeição social são comumente experimentados pelos doentes devido à visibilidade da doença, com consequente efeito sobre a auto-estima, noção de auto-imagem e surgimento de sentimentos de desconforto, embaraço e vergonha. ^(1, 2, 15, 18, 32, 48, 54)

Sentimentos de estigmatização envolvem fatores cognitivos, tais como sensibilidade do doente a possíveis comportamentos de rejeição por parte de outros, interpretação enviesada dos comportamentos e intenções ou mesmo antecipação de reações desagradáveis por pessoas com quem contacta. (1, 2, 27, 55)

Portadores de Psoríase revelam ser mais propensos a sentir-se perturbados e incomodados em situações sociais em que as lesões são visíveis aos outros, e como tal, tendem a evita-las. (1, 15, 20, 27, 56) O comportamento de evicção pode condenar o doente a uma retirada gradual e significativa da sociedade devido à restrição das interações sociais e modificação do estilo de vida. (27, 29, 48)

O impacto a longo prazo da estigmatização ou da evicção social está ainda a ser explorado, no entanto, é plausível que possa contribuir para um prejuízo na trajetória da vida do doente. (2) O sentimento de estigmatização e conseqüente prejuízo na vida social são particularmente acentuados em doentes com idade superior a 30 anos, com maior idade no início da patologia, do sexo feminino, com Psoríase artropática e/ou Psoríase grave, com menor tempo de curso da doença e sem história familiar da doença. (20, 23, 48, 50)

3.4. Psicológico

A avaliação da função psicológica abrange questões como a saúde mental geral, emoções, auto-estima e relatos de preocupação com a Psoríase. (22, 57) A Psoríase é uma doença destrutiva que mantém o doente em desconforto psicológico e o seu impacto psicológico tem sido bem documentado. (30, 32, 57, 58) Em geral, os doentes referem estado de saúde mental prejudicado e uma vasta gama de reações emocionais como Ansiedade, Depressão, ideação suicida, baixa auto-estima, alexitimia, estigmatização, entre outras, que podem culminar no isolamento social e até num maior consumo de álcool. (3, 4, 15, 22, 30, 47, 52, 58)

A qualidade de vida é prejudicada e diferentes distúrbios da saúde mental são encontrados. (25, 26, 37, 54) Atualmente é bem reconhecido que esses transtornos mentais ocorrem com frequência, não só como consequência da doença mas também como desencadeantes e agravantes do seu início, curso e prognóstico. (7, 13, 29, 51, 55, 59) Doenças mentais mais desenvolvidas e intensas podem adicionalmente causar deterioração e propagação da Psoríase mas, conseqüentemente, também a Psoríase pode ter efeitos sobre a deterioração das doenças mentais de modo que surge um ciclo de degradação recíproco. (13)

A perceção da Psoríase enquanto doença incurável, além do controle dos doentes, e o conseqüente pessimismo em relação ao prognóstico e eficácia dos tratamentos, são fatores determinantes para a comorbilidade psicológica. (29, 32) O diagnóstico em si carrega uma densa carga psicológica. Aproximadamente metade dos doentes sentem-se deprimidos e ansiosos no momento do diagnóstico. (32) Alguns entrevistados relatam que a Psoríase afeta permanente e

negativamente a sua personalidade referindo uma associação entre traços de personalidade esquiva e a experiência de viver com a doença. ⁽²⁹⁾

Existem boas evidências de uma alta prevalência de comorbidades psicológicas em doentes com Psoríase, muito em parte causadas pela visibilidade da doença. ^(2, 4) Num estudo realizado, cerca de 57,1% dos participantes mostraram algum tipo de sofrimento emocional devido à doença. A atitude encontrada em relação à Psoríase foi pessimista em cerca de 54,3% dos doentes, calma em 32,9% e otimista em 12,9%. ⁽¹³⁾

O impacto físico da doença influencia marcadamente a qualidade de vida psicossocial, com até 50% dos doentes apresentando diagnósticos de Depressão e Ansiedade e 5,5% Ideação suicida. ⁽⁶⁾

De acordo com os resultados da Fundação Nacional Americana da Psoríase, mais de 54% dos doentes relatam níveis significativos de sintomas depressivos e diagnósticos de Depressão significativamente mais elevados do que a população geral. ⁽²⁴⁾ Além disso, a prevalência de Depressão é maior em doentes com Psoríase do que nos portadores de outras doenças dermatológicas, incluindo Líquen Plano, Dermatite Atópica, Vitiligo, e Acne. ^(15, 59)

Depressão e a Ansiedade são associações comumente demonstradas e a sua prevalência aumenta de forma concordante com a gravidade da doença. ^(1, 2, 29, 60, 61) A Depressão, correlacionada com a gravidade da doença, é causada por dificuldades associadas à Psoríase, incluindo problemas relacionados com a interação social, frustração com o tratamento, prejuízo da qualidade de vida assim como os próprios sintomas físicos da doença como o prurido e manifestações articulares, estigmatização e falta de apoios sociais. ^(15, 59, 60) Há cada vez mais evidências de que os processos inflamatórios podem estar diretamente ligados a algumas condições psicológicas, como Depressão Major, em doentes que apresentam aumento dos marcadores biológicos inflamatórios no sangue periférico como o TNF- α e o interferão gama, conhecidos por acederem ao cérebro e interagirem com os mecanismos fisiopatológicos envolvidos na Depressão. ^(2, 15, 61)

Richards e seus colaboradores verificaram que as mulheres são mais frequentemente afetadas do que os homens no que diz respeito a Ansiedade e Depressão. ⁽¹⁾

Existem boas evidências de uma maior incidência de Alcoolismo em doentes com Psoríase e de que esta aumenta proporcionalmente à gravidade da doença. O Alcoolismo correlaciona-se mais com a presença de Ansiedade e Depressão nestes doentes e pensa-se que resulte de reações emocionais de raiva reativas à patologia dermatológica. ⁽²⁾

Tem sido amplamente demonstrado que a Psoríase pode ter um impacto significativo na qualidade de vida do doente e pode ser um fator desencadeante para a Depressão e ideação

suicida. (6, 14, 15, 25) Há consequências significativas documentadas no que respeita à associação entre a doença crônica de pele e a morbidade psiquiátrica, incluindo taxas mais altas de ideação suicida. Um estudo demonstrou uma prevalência de 9,7% de desejo de morte e uma de 5,5% de ideação suicida aguda em doentes com Psoríase. (32)

Pensa-se que, mais do que a própria Psoríase, a carga emocional para o doente e seu companheiro ou cuidador possa desempenhar um papel preponderante na evolução da ideação suicida. (15) Verifica-se também que esta é relatada mais significativamente na população de doentes internados por Psoríase, constituindo assim um importante motivo para uma intervenção psicológica. (55)

Apesar dos sintomas de alterações de humor e ansiedade estarem presentes, sendo ocasionalmente graves, o sofrimento psíquico pode também levar a alterações comportamentais, como o aumento de fobia social, alcoolismo, não-adesão ao tratamento e sentimentos de constrangimento, vergonha, baixa auto-estima e estigmatização. (2, 29)

Sentimentos de estigmatização e baixa auto-estima são extremamente comuns, com evidência de impacto psicológico significativo. (33) Sentimentos de baixa auto-estima e esquiva social causados pela estigmatização podem precipitar o aparecimento de comorbidades psicológicas, tais como sintomas de Ansiedade e Depressão. Sentimentos de ansiedade ou tristeza podem ocorrer como sintomas isolados que interferem com o desempenho do doente e geram angústia clinicamente significativa, mas podem também evoluir para um quadro completo de doença mental. (27)

Uma noção de imagem corporal alterada pode resultar num aumento da cobertura do corpo, inibição sexual e redução de atividades de exercício físico, o que amplia ainda mais a baixa auto-estima. (52, 53)

Embora os resultados sejam controversos, dados preliminares têm mostrado uma associação entre condições dermatológicas e alexitimia, isto é, dificuldade em identificar e descrever sentimentos. (51)

Como já foi citado, existem fortes evidências de que desordens psiquiátricas e do comportamento, particularmente Depressão e Ansiedade, frequentemente ocorrem na Psoríase. A sua comorbidade deve assim ser considerada como uma indicação para uma intervenção psicológica. (55, 57) Apesar da melhora clínica da Psoríase poder diminuir a frequência de distúrbios psiquiátricos, muitos doentes continuam a sofrer psicologicamente. Torna-se assim evidente a importância da monitorização do estado psicológico dos utentes por parte do dermatologista, independentemente da gravidade da doença no momento. (32)

Capítulo 4: Fatores moduladores do Impacto Psicossocial

A forma como um doente reage às dificuldades impostas pela sua patologia depende de um grande número de fatores que modulam o impacto na sua vida, nomeadamente relacionados com características da doença e recursos pessoais para a adaptação psicossocial. ^(29, 30)

4.1. Características da doença

4.1.1. Severidade clínica

A medição da gravidade da Psoríase é controversa. Clinicamente é avaliada em termos da extensão e aparência física das lesões usando critérios de classificação como o BSA ou o PASI. ^(1, 6, 21)

Análises recentes mostram que, em doentes com Psoríase leve a moderada, a gravidade da doença correlaciona-se significativamente e pode até mesmo prever o efeito na qualidade de vida. Importa ter sempre presente que a extensão e gravidade da doença não são parâmetros estáticos, variando entre doentes e flutuando ao longo do tempo. ⁽²⁰⁾

De forma generalizada, o grau de severidade clínica da Psoríase relaciona-se inversamente com o nível de qualidade de vida, ou seja, graus mais severos implicam níveis mais baixos de qualidade de vida. ⁽²²⁾ Pesquisas demonstram que um maior prejuízo ocorre quanto maior for a extensão do corpo afetada pela dermatose. ⁽¹⁸⁾ O grau de atingimento das lesões apresenta-se assim como uma variável relevante pois, além de prejuízos psicossociais, associa-se a manifestações psíquicas de Depressão. ⁽⁵⁰⁾

Como já foi referido anteriormente, o impacto físico e psicológico da doença estende-se a todas as áreas da vida dos doentes, quer a nível laboral, social como psicológico, no entanto essas são afetadas de forma distinta pela severidade da Psoríase. ^(27, 48)

A gravidade dos sintomas está frequentemente associada a um maior sentimento de desconforto social, estigmatização e conseqüentemente, menor qualidade de vida. ⁽²¹⁾

Exacerbações agudas e súbitas relacionam-se fortemente com o bem-estar psicológico dos doentes uma vez que se associam a momentos de maior stresse. ⁽¹⁹⁾ Infere-se assim que o aumento da gravidade da Psoríase se correlaciona intimamente com o aumento da gravidade da Depressão e, por sua vez, com uma maior frequência de ideação suicida. ⁽³¹⁾

Um estudo mostrou também que o controlo emocional negativo, apesar de não relacionado com a duração da doença, se correlaciona de forma direta com a severidade clínica da patologia. ⁽⁵⁷⁾

A nível laboral constatou-se que a probabilidade de ter um salário mais baixo é significativamente maior entre os doentes com doença grave do que entre aqueles com Psoríase leve. ⁽²⁾

4.1.2. Sintomas e comorbilidades associados

A inflamação sistémica resultante da Psoríase pode ter efeitos deletérios no funcionamento normal do indivíduo. ⁽⁵⁸⁾ A Psoríase deve ser reconhecida e gerida não só como uma condição dermatológica, mas como uma complexa doença crónica, caracterizada por flutuações imprevisíveis na severidade dos sintomas. ⁽³³⁾ Os sintomas físicos mais frequentemente relatados como incapacitantes são o prurido, a descamação e a dor. ^(12, 17, 22)

Doentes entrevistados relatam desconforto e dor cutânea consideravelmente graves. Dor na pele foi relatada em até 42% e desconforto em até 37% dos doentes. Estes sintomas têm marcado impacto sobre funções como o sono, humor e bem-estar psicológico, emocional e social. ⁽⁶²⁾

Aspetos físicos da doença como os sintomas, especialmente o prurido, são componentes importantes do impacto sobre o doente, prejudicando significativamente a qualidade de vida. ^(2, 12, 29, 63, 64) Este impacto relaciona-se em grande parte à resposta comportamental ao prurido que geralmente faz com que os doentes evitem e se retirem de certas atividades. ⁽¹²⁾

O prurido é um sintoma proeminente observado em cerca de 70% a 90% dos doentes, afetando frequentemente o tronco e as extremidades e ocorrendo diariamente na maioria dos doentes, prolongando-se durante o período noturno. ^(6, 59, 64) Interfere com a capacidade laboral e cerca de 48,4% dos indivíduos analisados referem-no como o sintoma mais preocupante em ambiente profissional. A gravidade do prurido está relacionada com um aumento dos sentimentos de estigmatização, o que não seria de esperar uma vez que não se trata de um sintoma visível mas sim uma sensação subjetiva. ⁽¹²⁾

Distúrbios do sono relacionados à Psoríase afetam até 57% dos doentes. ⁽⁶²⁾ Muitos indivíduos relatam que o prurido se associa a dificuldades em adormecer e a despertares noturnos. Vários estudos sugerem que a intensidade do prurido se relaciona com o stresse vivenciado antes de uma exacerbação da doença. Verhoeven e colaboradores demonstraram que os doentes, não só experimentam doença mais severa, como também mais prurido na presença de fatores stressantes diários. ⁽¹²⁾

Comorbilidades psicossociais como a Depressão podem estar elevadas entre doentes com prurido e, redundantemente, emoções negativas podem exacerbar esse sintoma. ⁽¹²⁾ Pesquisas sobre o prurido na Psoríase mostram que este é modificado por uma série de fatores psicológicos tais como aumento da Depressão, níveis mais elevados de stresse e menor qualidade de vida. ^(47, 55)

A natureza crônica, a visibilidade e os sintomas da Psoríase têm um impacto considerável na qualidade de vida do doente, impacto esse que se torna ainda maior quando a doença se acompanhada por outras comorbilidades físicas como Psoríase Artropática, Doença de Crohn, Síndromes metabólicas (Enfarte do miocárdio, Hipertensão, Diabetes, Dislipidemia, Obesidade) ou doenças cardiovasculares. ^(2, 17, 27, 34)

Tem sido largamente demonstrado que a Psoríase Artropática, uma condição associada que afeta cerca de 10% a 20% dos doentes com Psoríase, tem um efeito negativo na qualidade de vida. Isto não é surpreendente, já que os sinais e sintomas da doença muitas vezes afetam os indivíduos a nível psicológico, diminuindo a sua auto-estima e distorcendo a sua noção de auto-imagem. A dor e a incapacidade física que podem estar presentes, muitas vezes originam sentimentos de impotência e frustração. ⁽²⁸⁾

Considerando a influência que sintomas e comorbilidades associadas podem ter na modulação do impacto da Psoríase na vida do doente, torna-se patente a necessidade de uma abordagem multidisciplinar no seu tratamento. ⁽⁶²⁾

4.1.3. Localização das lesões

Os sintomas associados e a gravidade da Psoríase não são as únicas características clínicas a influenciar o impacto da doença. ⁽³¹⁾ A localização e consequente visibilidade das lesões têm também interferência no bem-estar físico, social, emocional e psicológico do doente. ⁽²⁷⁾ Condições dermatológicas visíveis como a Psoríase, mesmo quando não são clinicamente graves ou durante períodos de remissão, podem ter um impacto psicossocial forte. ⁽⁴⁸⁾

Lesões localizadas em partes visíveis do corpo têm um grave impacto negativo sobre a qualidade de vida. ^(20, 30, 53) Desta forma, um quadro de Psoríase pouco extensa mas localizada em zonas de grande visibilidade pode implicar um efeito devastador na qualidade de vida e bem-estar do doente. ⁽³¹⁾ Estudos demonstram que existe um maior prejuízo para a qualidade de vida dos doentes quanto mais disseminadas forem as lesões psoriáticas. ^(18, 50) Manifestações disseminadas, e consequentemente visíveis, associam-se a quadros clínicos graves, ocasionando por isso maior limitação física, desfiguração, e como tal, favorecendo a discriminação social e incrementando o prejuízo para o doente. ⁽⁵⁰⁾

4.2. Adaptação psicossocial

Os recursos pessoais são componentes cruciais para lidar com eventos stressantes da vida diária. Eles podem ser definidos como características gerais do mundo externo, interpessoal e pessoal do indivíduo que desempenham um papel regulador na obtenção e manutenção de um estado de saúde global adequado. ⁽³⁰⁾

4.2.1. Características da personalidade e estratégias de aceitação do doente

A adaptação para viver com uma doença é um termo amplo que engloba uma gama de fenómenos a nível pessoal e social. ⁽⁶⁵⁾ Em doenças crónicas, como a Psoríase, os doentes necessitam de desenvolver mecanismos psicológicos que lhes permitam adaptar-se da melhor forma aos desafios físicos e psicossociais impostos pela doença. ^(33, 65) Vários têm sido os estudos a investigar os fatores que determinam os níveis de adaptação. ⁽⁶⁵⁾ Demonstrou-se que o impacto psicossocial da Psoríase é altamente individual e muitas vezes desproporcional à gravidade clínica da doença. ⁽⁷⁾ Isto permite inferir que a experiência subjetiva da doença, condicionada pelas características psicológicas dos doentes e pelas suas estratégias de aceitação, é o principal determinante da qualidade de vida. ^(4, 21)

O efeito da personalidade sobre a saúde pode exercer a sua influência diretamente através de mecanismos fisiológicos e indiretamente através do stresse experienciado, bem como estratégias de aceitação e comportamentos de saúde tendenciais. ⁽¹⁹⁾

Determinados traços de personalidade específicos têm sido referidos como influenciando o curso e impacto percebido de várias condições dermatológicas, daí que seja de particular interesse a sua identificação. ^(7, 66) Deve-se ter em mente que certos tipos de personalidade são propícios à doença, mas também que podem ser sujeitos a alterações como resultado da própria doença, especialmente quando crónica ou incurável. ⁽¹⁹⁾

Traços de vulnerabilidade psicológica e de personalidade pessimistas estão significativamente associados ao aparecimento precoce da Psoríase. Estes traços podem ser vistos como uma consequência da Psoríase e/ou como traços individuais que modulam e prejudicam o curso clínico e os esforços de adaptação à doença. ⁽⁷⁾ Traços de personalidade de afirmação e expressão da raiva podem afetar adversamente a capacidade do doente para lidar com o stresse inerente à sua condição. Tem sido relatado que uma maior expressão da raiva aumenta a probabilidade de ter um início mais precoce e mesmo uma maior duração da doença. ⁽⁴⁸⁾

Distúrbios psicológicos, nomeadamente sob a forma de preocupação patológica, são também aspetos a considerar uma vez que implicam diminuição das capacidades de adaptação e podem levar a que eventos comuns do quotidiano sejam percebidos pelo doente como

stressantes. ^(13, 48) Doentes com capacidade de expressar as suas vivências emocionais e angústias apresentam uma menor necessidade de medicação. ^(27, 50) A satisfação quanto a si próprio e sua à imagem corporal parece exercer uma maior influência na adaptação psicossocial do que a própria melhora do quadro clínico. ⁽⁵⁰⁾ Podemos assim concluir que as emoções exercem um importante papel na forma de lidar com a doença, influenciando a adaptação a esta e determinando conseqüentemente o bem-estar subjetivo do doente. ⁽⁵⁷⁾

Um fator de grande importância na adaptação, e intimamente relacionado com o tipo de personalidade do doente, é o estilo individual de estratégias de aceitação. ⁽²⁷⁾ Estas são influenciadas por características da personalidade do indivíduo, a forma como se adaptam e enfrentam a doença, e seus conhecimentos sobre a Psoríase. ^(2, 27)

A reinterpretação cognitiva é vital para a estratégia de aceitação podendo resultar num maior controlo e desvalorização das emoções negativas face às positivas. ^(19, 57) Estratégias de aceitação passivas ou negativas, como o fatalismo, a negação, desesperança, desamparo, ou a repressão de emoções, têm sido associadas a uma maior presença de sintomas e transtornos emocionais. ^(2, 27, 66) Algumas estratégias inadequadas podem inicialmente aliviar a ansiedade e angústia mas, a longo prazo, são contraproducentes. É o caso da evicção de situações sociais que pode reduzir a ansiedade antecipatória a curto prazo mas que, ao longo do tempo, leva ao isolamento do doente e retirada social progressiva. ⁽²⁷⁾

Tal com descrito, os doentes com Psoríase necessitam de desenvolver mecanismos psicológicos que lhes permitam adaptar-se da melhor forma à sua patologia pelo que pode ser de grande importância o recurso a terapia cognitivo-comportamental, além do tratamento padrão, na tentativa de modificar as percepções do doente sobre a doença e melhorando a sua qualidade de vida. ^(2, 33, 65)

4.2.2. Suporte familiar, social e institucional

Os indivíduos portadores de patologias crónicas tendem a desenvolver mecanismos de defesa contra a agressão e o impacto por elas gerados. ⁽²⁷⁾

O apoio familiar e a própria história da família exercem um importante impacto sobre o estado psicológico do doente. ⁽⁵¹⁾ Diversos estudos demonstram que níveis mais elevados de Ansiedade e Depressão são encontrados em pessoas com eventos familiares stressantes, ou seja, situações em que existe um deficiente ou mesmo nenhum suporte familiar. ⁽¹⁴⁾

Doentes que dispõem de boa estrutura familiar têm uma base mais coesa para se apoiarem e refugiarem dos sentimentos de estigmatização a que são submetidos na sua vida social. A presença de disfunção familiar em doentes com condições dermatológicas considera-se fortemente associada ao componente psicológico, e assim sendo, torna-se óbvia a importância do apoio familiar na adaptação do doente à patologia. ⁽⁵¹⁾

O apoio social mostrou-se um importante fator de tamponamento do impacto negativo das patologias sobre os doentes que dele dispõem. ^(13, 65) Doentes com pouco ou nenhum apoio social são mais severamente afetados por qualquer dificuldade, experiência stressante, ou deterioração da sua condição. ^(27, 65) Por outro lado, doentes com uma boa rede de apoio social, tendem a minimizar o impacto de quaisquer sintomas ou problemas causados pela Psoríase, mesmo quando estes são significativos ou o seu estado é de fato grave. ⁽²⁷⁾ Por apoio social, entende-se também a empatia dos médicos, e diversos estudos demonstram que uma abordagem centrada no doente, enfatizando as estratégias de aceitação, educação do doente e posterior envolvimento nas decisões de gestão da patologia, pode reduzir as comorbilidades psicológicas que tanto prejudicam a qualidade de vida. ⁽²⁹⁾

O apoio institucional prestado aos utentes com Psoríase é muitas vezes posto em causa e alvo de críticas. No entanto há que salientar que têm ocorrido mudanças no Sistema Nacional de Saúde a nível dos apoios prestados aos portadores de uma doença tão potencialmente incapacitante como a Psoríase. As mudanças mais pertinentes foram sem dúvida a nível da facilidade de acesso a terapias de grande importância para a gestão da patologia. Relativamente aos agentes antipsoriáticos, de aplicação tópica e sistémica, em 7 de Maio de 2010, uma lei da Assembleia da República enquadrou-os no escalão A correspondendo isso a uma comparticipação de 90%. ⁽⁶⁷⁾ Os Agentes Biológicos correspondem a classe terapêutica de elevado custo e como tal, de difícil acesso a utentes com condições económicas mais precárias. No entanto, e dada a sua importância no tratamento da Psoríase e outras doenças, o Ministério da Saúde decidiu dispensa-los gratuitamente, desde 2014, aos utentes com Psoríase Artropática e Psoríase Vulgar, através dos serviços farmacêuticos dos hospitais do SNS. ⁽⁶⁸⁾

4.3. O papel do Stresse

De acordo com Selye, situações de stresse são eventos mentais e físicos que ultrapassam as capacidades de adaptação do ser humano. ⁽¹³⁾

O stresse associado à Psoríase reflete-se no quotidiano sob uma infinidade de formas como sintomas físicos e problemas emocionais, psicológicos e sociais, mas que pode ser conceitualmente concebido em 3 categorias principais, nomeadamente grandes eventos stressantes (separação, morte ou doença de um familiar, dificuldades financeiras), stresse psicológico ou distúrbios de personalidade ou ainda sob a forma de carência de apoio social. ^(19, 44, 63, 69) A proporção de pacientes com Psoríase que acredita que o stresse afeta a sua patologia dermatológica é bastante alta, variando de 37% a 78%. ⁽³⁶⁾

O papel do stresse é ainda uma questão controversa mas são vários os estudos que têm demonstrado a sua influência na etiologia, exacerbação e recaídas da Psoríase. ^(4, 15, 37, 47, 63) Uma das hipóteses colocada é que, em indivíduos com predisposição genética para a

patologia, transtornos mentais desenvolvidos durante a vida ou a exposição a situações de stresse podem criar a pressão eruptiva endógena necessária à indução do mecanismo imunológico que é responsável pela proliferação e diferenciação acelerada dos queratinócitos e consequente início da Psoríase. ^(13, 14) De facto, aproximadamente 40% a 80% dos doentes referem a presença de um ou mais eventos stressantes no período anterior ao início da doença, sendo o stresse um dos desencadeantes mais comumente citados nas doenças inflamatórias da pele.^(14, 69, 70) Os eventos stressantes mais frequentemente referidos são morte na família (21,4%), acidentes (14,3%) e doença de um familiar (12,9%). ⁽¹³⁾

O stresse é comumente aceite como um fator exacerbante de doenças inflamatórias de pele uma vez que um mais alto nível de stresse diário se associa significativamente a uma exacerbação dos sintomas da doença. ^(4, 36, 63, 69, 71) Pode assim ter um papel desencadeante ou agravante. Além disso, a própria doença pode gerar stresse, pelo constrangimento das lesões. ^(3, 36) A vulnerabilidade psicológica ao stresse e o curso clínico da Psoríase estão intimamente ligados, estabelecendo entre si uma relação circular, ou seja, um ciclo vicioso em que a exacerbação da doença e o aumento do stresse psicológico se auto-perpetuam. ^(7, 36) Quebrar esse ciclo pode ser uma parte importante de qualquer abordagem terapêutica. ⁽³⁶⁾

Scharloo e seus colaboradores mostraram a importância de lidar ativamente com o stresse para uma melhor adaptação à doença, referindo ainda que lidar de forma passiva com os eventos stressantes está correlacionado com um pior funcionamento em doentes com Psoríase. ⁽³⁰⁾ Tendo em conta o papel de grande destaque que o stresse representa na etiologia e exacerbação da doença, torna-se imprescindível que as considerações de tratamento para esta patologia integrem métodos de redução e controlo de stresse, incluindo psicoterapia e farmacoterapia. ⁽³⁶⁾

Capítulo 5: Conclusão e Perspetivas Futuras

Doenças de pele crónicas, como a Psoríase, têm um profundo impacto negativo na qualidade de vida dos doentes, afetando a sua vida pessoal a nível das atividades laborais e de lazer, sexual, familiar, social, relações interpessoais e bem-estar psicológico.

As atividades laborais e de lazer sofrem grande prejuízo uma vez que os doentes tendem a desenvolver medo de expor o seu corpo e sentem-se estigmatizados durante atividades em locais públicos. Em consequência da alteração de comportamentos, a Psoríase acarreta diminuição da produtividade laboral por baixa produtividade e também pelo tempo perdido em horário de trabalho que certos tratamentos exigem.

A nível familiar, e tendo em conta os efeitos demonstrados da disfunção familiar no curso da Psoríase, pode-se concluir que esta desempenha um importante papel no início ou exacerbação da doença e, além do tratamento médico, pode ser muito vantajoso a terapêutica com recurso a terapia familiar.

No que respeita ao impacto na vida sexual, a Psoríase, afetando negativamente a auto-estima e auto-imagem do doente, diminui a sua capacidade em estabelecer relações íntimas, podendo levá-lo mesmo a sentir-se sexualmente indesejável e a evitar contactos corporais tão próximos.

A Psoríase acarreta também consigo um extenso e debilitante impacto sobre as formas sociais e relacionais da vida dos doentes devido a comportamentos inadequados de evicção social que estes adotam a fim de se defenderem dos sentimentos de estigmatização e exclusão social.

Psicologicamente verificou-se uma maior frequência de desordens psiquiátricas, como Depressão e Ansiedade, nos doentes com Psoríase. Independentemente da melhora clínica da Psoríase, muitos desses distúrbios psiquiátricos permanecem ativos e torna-se assim evidente a importância da monitorização do estado psicológico dos doentes por parte dos dermatologistas, independentemente da gravidade atual da doença dermatológica.

O modo como um doente reage face às dificuldades impostas pela sua patologia depende de um grande número de fatores. Estes fatores, moduladores do impacto da doença, relacionam-se com características da própria doença e com os recursos pessoais de que o indivíduo dispõe para sua adaptação psicossocial.

Indivíduos com um quadro clínico mais severo e lesões em localizações mais visíveis apresentam um maior prejuízo na qualidade de vida. No que respeita a características do doente e seu meio, traços de personalidade de maior vulnerabilidade, estratégias de aceitação inadequadas e deficiente apoio social, familiar e institucional determinam um maior nível de impacto. Tornou-se também evidente o papel do stresse como fator desencadeante e agravante do quadro clínico da doença e seu impacto.

A análise inferida ao longo desta dissertação permitiu averiguar que a Psoríase, pelo seu impacto nas várias áreas da vida do doente, não deve ser apenas considerada como um problema médico. A avaliação da sua gravidade deve basear-se numa abordagem holística e multidisciplinar que inclua fatores clínicos, psicológicos e sociais. Para um melhor acompanhamento do doente crónico é de grande relevância o seu seguimento em diversas áreas clínicas, nomeadamente, Dermatologia, Reumatologia, Psicologia Clínica, Nutrição, Medicina Interna e Assistência Social.

Algumas alterações a nível da legislação são necessárias para que os apoios institucionais prestados a estes doentes sejam mais eficazes e efetivos. Primordialmente é fundamental que a Psoríase seja considerada uma doença crónica com necessidades de acompanhamento e tratamento permanentes. Torna-se assim evidente o potencial benefício da redução das taxas moderadoras e de uma maior participação em produtos que reduzam os surtos da doença e em tratamentos de climatoterapia.

É relevante referir a importância do apoio prestado por Associações aos pacientes de doenças crónicas e a necessidade que há em fomentar os apoios do próprio SNS a estas instituições. Salienta-se, no caso da Psoríase, o grande papel da PSO Portugal - Associação Portuguesa da Psoríase e da EuroPSO - European Federation of Psoriasis Association no que respeita ao apoio fornecido aos portadores da doença e seus familiares.

O desafio para os doentes é lidar com o impacto da doença na sua vida quotidiana. Paralelamente, o desafio para os Serviços de Saúde é tentar avaliar e valorizar o impacto desta doença crónica, comprometendo-se a atuar em prol de uma melhoria substancial da qualidade de vida do utente.

"O tratamento de um doente com Psoríase não é apenas tratar a pele, é tratar o indivíduo".

Christopher Griffiths

Bibliografia

1. Raho G, Koleva DM, Garattini L, Naldi L. The burden of moderate to severe psoriasis: An overview. *Pharmacoeconomics*. 2012;30(11):1005-13.
2. Kimball a. B, Gieler U, Linder D, Sampogna F, Warren R, Augustin M. Psoriasis: Is the impairment to a patient's life cumulative? *J Eur Acad Dermatology Venereol*. 2010;24(Table 1):989-1004.
3. Kurizky PS, da Mota LMH. Disfunção sexual em pacientes com Psoríase e artrite psoríase - uma revisão sistemática. *Rev Bras Reumatol*. 2012;52(6):943-8.
4. Kotrulja L, Tadinac M, Joki-Begi N a, Gregurek R. A multivariate analysis of clinical severity, psychological distress and psychopathological traits in psoriatic patients. *Acta Derm Venereol*. 2010;90(3):251-6.
5. Silva MFP Da, Fortes MRP, Miot LDB, Marques SA. Psoriasis: correlation between severity index (PASI) and quality of life index (DLQI) in patients assessed before and after systemic treatment. *An Bras Dermatol*. 2013;88(5):760-3.
6. Thorburn PT, Riha RL. Skin disorders and sleep in adults: Where is the evidence? *Sleep Med Rev*. Elsevier Ltd; 2010;14(6):351-8.
7. Remröd C, Sjöström K, Svensson a. Psychological differences between early- and late-onset psoriasis: A study of personality traits, anxiety and depression in psoriasis. *Br J Dermatol*. 2013;169:344-50.
8. Bilgic A, Bilgic Ö, Akış HK, Eskioğlu F, Kılıç EZ. Psychiatric symptoms and health-related quality of life in children and adolescents with psoriasis. *Pediatr Dermatol*. 2010;27(6):614-7.
9. Weinberg JM, Lebwohl M, editors. *Advances in psoriasis: A multisystemic Guide*. Springer; 2014.
10. Jerez Jaime T, Alessi Rodrigues B, Jerez Jaime T, Lourdes Peris Barbo M, Regina Cunha Simis D. Psoriasis of von Zumbusch. *An Bras Dermatol*. 2009;84(3):299-301.
11. Fry L. *An Atlas of Psoriasis*. Second edi. Taylor & Francis; 2004.

12. Reich A, Hrehorow E, Szepietowski JC. Pruritus is an important factor negatively influencing the well-being of psoriatic patients. *Acta Derm Venereol.* 2010;90:257-63.
13. Biljan D, Laufer D, Filaković P, Situm M, Brataljenović T. Psoriasis, mental disorders and stress. *Coll Antropol.* 2009;33:889-92.
14. Campolmi E, Zanieri F, Santosuosso U, D'Erme a. M, Betti S, Lotti T, et al. The importance of stressful family events in psoriatic patients: A retrospective study. *J Eur Acad Dermatology Venereol.* 2012;26:1236-9.
15. Rieder E, Tausk F. Psoriasis, a model of dermatologic psychosomatic disease: Psychiatric implications and treatments. *Int J Dermatol.* 2012;51:12-26.
16. Rodrigo FG, Gomes MM, Mayer-da-Silva A, Filipe PL. *Dermatologia - Ficheiro Clínico e Terepêutica.* Dermatologia. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2010. p. 817-40.
17. Ghajarzadeh M, Ghiasi M, Kheirkhah S. Associations between skin diseases and quality of life: A comparison of psoriasis, vitiligo, and alopecia areata. *Acta Med Iran.* 2012;50:511-5.
18. Ludwig MWB, Oliveira MDS, Muller MC, Moraes JFD De. Quality of life and site of the lesion in dermatological patients. *An Bras Dermatol.* 2009;84(2):143-50.
19. Basińska M A, Wolniewicz A. The relation between type D personality and the clinical condition of patients suffering from psoriasis. *Adv Dermatology Allergol.* 2013;6:381-7.
20. Heydendael VMR, De Borgie C a JM, Spuls PI, Bossuyt PMM, Bos JD, De Rie M a. The burden of psoriasis is not determined by disease severity only. *J Investig Dermatology Symp Proc.* 2004;9:131-5.
21. 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.
22. De Korte J, Sprangers M a, Mombers FM, Bos JD. Quality of life in patients with psoriasis: a systematic literature review. *J Investig Dermatol Symp Proc.* 2004;9:140-7.
23. Hrehorów E, Salomon J, Matusiak L, Reich A, Szepietowski JC. Patients with psoriasis feel stigmatized. *Acta Derm Venereol.* 2012;92(2):67-72.

24. Palijan TZ, Kovacevic D, Koic E, Ruzic K, Dervinja F. The impact of psoriasis on the quality of life and psychological characteristics of persons suffering from psoriasis. *Coll Antropol.* 2011;35 Suppl 2:81-5.
25. Bhutani T, Patel T, Koo B, Nguyen T, Hong J, Koo J. A prospective, interventional assessment of psoriasis quality of life using a nonskin-specific validated instrument that allows comparison with other major medical conditions. *J Am Acad Dermatol.* Elsevier Inc; 2013;69(2):79-88.
26. Zeljko-Penavić J, Situm M, Simić D, Vurnek-Zivković M. Quality of life in psoriatic patients and the relationship between type I and type II psoriasis. *Coll Antropol.* 2010;34 Suppl 1:195-8.
27. Ros S, Puig L, Carrascosa JM. Cumulative Life Course Impairment: The Imprint of Psoriasis on the Patient's Life. *Actas Dermosifiliogr.* 2014;105(2):128-34.
28. Russell a. S, Gulliver WP, Irvine EJ, Albani S, Dutz JP. Quality of Life in Patients with Immune-Mediated Inflammatory Diseases. *J Rheumatol Suppl.* 2011;88:7-19.
29. 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(September):150-61.
30. Miniszewska J, Juczyński Z, Ograczyk A, Zalewska A. Health-related quality of life in psoriasis: Important role of personal resources. *Acta Derm Venereol.* 2013;93:551-6.
31. Ferrándiz Foraster C, García-Díez A, Lizán Tudela L, Bermúdez-Rey L, Badia Llach X. Impact of psoriasis on health-related quality of life. *Med Clin (Barc).* 2009;128(2):325-9.
32. Hong J, Koo B, Koo J. The psychosocial and occupational impact of chronic skin disease. *Dermatol Ther.* 2008;21:54-9.
33. Nelson P a., Chew-Graham C a., Griffiths CEM, Cordingley L. Recognition of need in health care consultations: A qualitative study of people with psoriasis. *Br J Dermatol.* 2013;168:354-61.
34. Nelson P a, Barker Z, Griffiths CE, Cordingley L, Chew-Graham C a. "On the surface": a qualitative study of GPs' and patients' perspectives on psoriasis. *BMC Fam Pract. BMC Family Practice;* 2013;14(1):158.

35. Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffell DJ, editors. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. Seventh Ed. Mc Graw Hill; 2012;18(1):169-193.
36. Heller MM, Lee ES, Koo JY. Stress as an influencing factor in psoriasis. *Skin Therapy Lett.* 2011;16:1-4.
37. Sarilar M, Koic E, Dervinja F. Personal experiences of the psoriasis and its relation to the stressful life events. *Coll Antropol.* 2011;35 Suppl 2:241-3.
38. Soung J, Koo B, editors. Psoriasis. InTech; 2012.
39. Lima EDA, Lima MDA. Imunopatogénese da Psoríase: Revisando conceitos. *An Bras Dermatol.* 2011;86(6):1151-8.
40. Lisi P. Differential diagnosis of Psoriasis. *Int Med J.* 2007.
41. Mumoli N, Vitale J, Gambaccini L, Sabatini S, Brondi B, Cei M. Erythrodermic psoriasis. *Qjm.* 2014;107(June 2013):315.
42. Brunasso G, Massone C. Palmoplantar pustulosis: Epidemiology, clinical features, and diagnosis. Wolters Kluwer. 2015;1-9.
43. Bassel T, Ayeha U, Zynab B, Azzeghaiby S, Giath G, Faysal S. Relation Between Psoriasis and Geographic Tongue. *J Clin Diagnostic Res.* 2014;10-1.
44. Wohlrab J, Fiedler G, Gerdes S, Nast A, Philipp S, Radtke M a., et al. Recommendations for detection of individual risk for comorbidities in patients with psoriasis. *Arch Dermatol Res.* 2013;305:91-8.
45. Prins M, Krabbe PFM, Swinkels QOJ, De Boo T, Van De Kerkhof PCM, Van Der Valk PGM. The effect of treatment on quality of life in psoriasis patients. *Acta Derm Venereol.* 2005;85:304-10.
46. Feldman SR. Treatment of psoriasis. Wolters Kluwer. 2015;1-29.
47. Janković S, Raznatović M, Marinkovic J, Maksimović N, Janković J, Djikanović B. Relevance of psychosomatic factors in psoriasis: A case-control study. *Acta Derm Venereol.* 2009;89(6):364-8.

48. Sampogna F, Tabolli S, Abeni D. Living with psoriasis: Prevalence of shame, anger, worry, and problems in daily activities and social life. *Acta Derm Venereol.* 2012;92(9):299-303.
49. Unaeze J, Nijsten T, Murphy A, Ravichandran C, Stern RS. Impact of psoriasis on health-related quality of life decreases over time: an 11-year prospective study. *J Invest Dermatol.* 2006;126(December 2004):1480-9.
50. 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.
51. Poot F, Antoine E, Gravellier M, Hirtt J, Alfani S, Forchetti G, et al. A case-control study on family dysfunction in patients with alopecia areata, psoriasis and atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol.* 2011;91(4):415-21.
52. Magin P, Heading G, Adams J, Pond D. Sex and the skin: a qualitative study of patients with acne, psoriasis and atopic eczema. *Psychol Health Med.* 2010;15(January 2015):454-62.
53. Khoury LR, Danielsen PL, Skiveren J. Body Image altered by psoriasis. A study based on individual interviews and a model for Body Image. *J Dermatolog Treat.* 2012;(June 2012):1-23.
54. Magin P, Adams J, Heading G, Pond D, Smith W. Experiences of appearance-related teasing and bullying in skin diseases and their psychological sequelae: Results of a qualitative study. *Scand J Caring Sci.* 2008;22(7):430-6.
55. Janowski K, Pietrzak A. Indications for psychological intervention in patients with psoriasis. *Dermatol Ther.* 2008;21(2):409-11.
56. Rakhesh S V, D'Souza M, Sahai A. Quality of life in psoriasis: a study from south India. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2014;74(6):600-6.
57. Kossakowska MM, Cieścińska C, Jaszewska J, Placek WJ. Control of negative emotions and its implication for illness perception among psoriasis and vitiligo patients. *J Eur Acad Dermatology Venereol.* 2010;24:429-33.
58. Kirby B. The psych and inflammatory skin disease. *Br J Dermatol.* 2012;166:911.
59. Gowda S, Goldblum OM, McCall WV, Feldman SR. Factors affecting sleep quality in patients with psoriasis. *J Am Acad Dermatol.* Elsevier Inc; 2010;63(1):114-23.

60. Van Voorhees AS, Fried R. Depression and quality of life in psoriasis. *Postgrad Med.* 2009;121(4):154-61.
61. Linder D, Forchetti G. Psoriasis and psyche - What's new? What is clinically relevant? *Acta Dermatovenerol Croat.* 2009;17(3):198-203.
62. Ljosaa TM, Mork C, Stubhaug a., Moum T, Wahl a. K. Skin pain and skin discomfort is associated with quality of life in patients with psoriasis. *J Eur Acad Dermatology Venereol.* 2012;26:29-35.
63. Hunter HJ a, Griffiths CEM, Kleyn CE. Does psychosocial stress play a role in the exacerbation of psoriasis? *Br J Dermatol.* 2013;169(i):965-74.
64. Zhu B, Edson-Heredia E, Guo J, Maeda-Chubachi T, Shen W, Kimball A.B. Itching Is a Significant Problem and a Mediator Between Disease Severity and Quality of Life for Patients With Psoriasis. *Br J Dermatol.* 2014;1215-9.
65. Janowski K, Steuden S, Pietrzak A, Krasowska D, Kaczmarek Ł, Gradus I, et al. Social support and adaptation to the disease in men and women with psoriasis. *Arch Dermatol Res.* 2012;304:421-32.
66. Goldsmith LA, Fisher M, Wacks J. Characteristics of Psoriatics Ei. 2014;02114.
67. Decreto-lei n.º 6/2010 de 7 de Maio. *Diário da República n.º 89 - I Série.* Lisboa.
68. Despacho n.º 18419/2010 de 13 de Dezembro. *Diário da República n.º239 - II Série.* Lisboa.
69. Huynh M, Gupta R, Koo J. Emotional Stress as a Trigger for Inflammatory Skin Disorders. *Semin Cutan Med Surg.* 2013;32:68-72.
70. Deweerdt S. An emotional response. *Nature.* 2012;492:s62-3.
71. Verhoeven EWM, Kraaimaat FW, De Jong EMGJ, Schalkwijk J, Van De Kerkhof PCM, Evers a. WM. Individual differences in the effect of daily stressors on psoriasis: A prospective study. *Br J Dermatol.* Nature Publishing Group; 2009;161(8):295-9.