

Coleta de dados de qualidade de vida de pacientes com psoríase em tratamento no ambulatório de dermatologia do HC-Unicamp, através de questionários específicos de qualidade de vida: Dermatological Life Quality Index (DLQI) e Psoriasis Disability Index (PDI).

RESUMO

A psoríase é uma dermatose inflamatória crônica caracterizada por lesões eritemato-descamativas que pode atingir extensas áreas da pele, comprometendo a qualidade de vida dos pacientes e interferindo na sua vida pessoal, no relacionamento com os amigos e familiares e nas suas atividades diárias. O tratamento permite um bom controle clínico, mas a impressão do paciente, quase sempre, é pouco valorizada.

O objetivo do estudo foi avaliar a qualidade de vida de pacientes com psoríase ao longo do tratamento. Para tanto, pacientes em acompanhamento ambulatorial responderam a dois questionários de qualidade de vida validados para língua portuguesa (PDI e DLQI). Eles foram reaplicados em retornos subsequentes. Estes dados foram analisados estatisticamente e comparados com dados objetivos obtidos através do índice clínico (PASI).

A pesquisa foi realizada com 93 pacientes (54 homens, idade média de 50 anos). Ao cruzarem-se as informações observou-se correlação entre os questionários aplicados e o índice clínico. Segundo os dois questionários houve uma melhora acentuada na qualidade de vida no primeiro retorno.

Os questionários PDI, DLQI e o PASI estão relacionados, mostrando que alterações clínicas se refletem no impacto da doença na qualidade de vida dos pacientes. Os resultados deste estudo indicam que o tratamento neste ambulatório vem sendo eficaz.

INTRODUÇÃO

A doença

A psoríase é uma dermatose inflamatória eritemato-escamosa, de evolução crônica, com períodos de exacerbação e remissão (figuras 1 a 6). O termo psoríase deriva do grego “psora” que significa “coçar”, “erupção”. As primeiras descrições são de Celsus (25 a.C.), entretanto era confundida com lepra até 1809, quando Robert Willan descreveu suas várias manifestações clínicas e é por isso também chamada síndrome de Willan-Plumb (1).

Caracteriza-se pela proliferação descontrolada dos queratinócitos, complexas alterações na diferenciação da epiderme e recrutamento de células T para a pele, tendo características de doença auto-imune. Anormalidades bioquímicas, imunológicas, inflamatórias e vasculares estão envolvidas no processo (2).

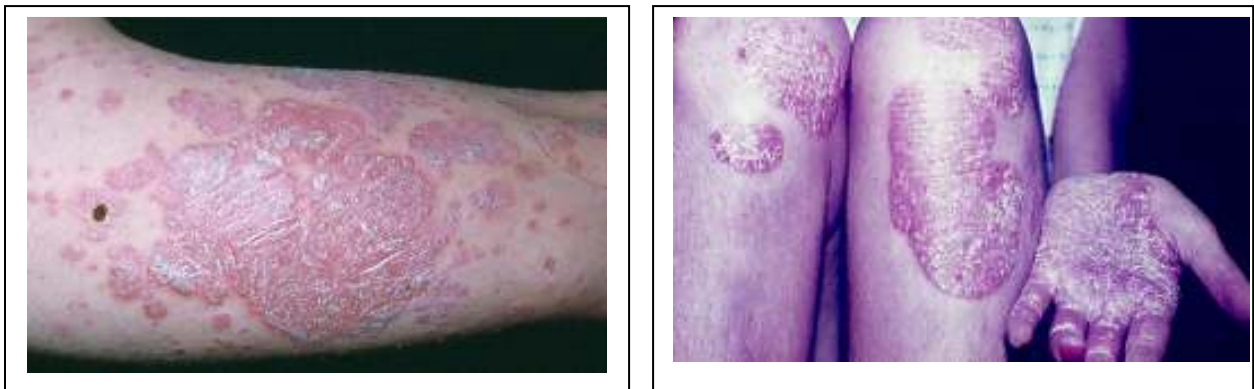


Fig. 1 e 2: Lesões eritemato-descamativas nas faces extensoras características da psoríase vulgar.



Fig. 3: Lesões numulares eritemato-descamativas disseminadas no tronco, típicas da psoríase gutata.



Fig. 4: Psoríase ungueal: onicólise distal e depressões cupuliformes.



Fig. 5: Forma atípica da infância, com lesões eritemato-descamativas mal delimitadas na face.



Fig. 6: Psoríase eritrodérmica: acometimento de mais de 90% da superfície corpórea

Sua causa é desconhecida, sendo que diversos fatores causam seu desencadeamento ou exacerbação, tais como traumas físicos, químicos, cirúrgicos, inflamações, infecções, estresse e determinadas drogas, (lítio, beta-bloqueadores e antiinflamatórios não hormonais, etc), entre outros. A disposição genética é fator

determinante para a manifestação da doença, e vem sendo estudada extensivamente nestes últimos anos (3).

A doença é muito comum, embora estudos de prevalência sejam de difícil interpretação, pois os critérios diagnósticos e a metodologia aplicada são muito diversos. Estudos do Nordeste da Europa e da Escandinávia mostram prevalência nesta população caucasiana de 1,5 a 3% (4, 5). Em outras populações, como nas Ilhas Samoa, nos índios latino-americanos e nos esquimós, a doença não tem sido relatada. A etnia e o clima parecem influenciar a ocorrência da doença (3). No Brasil, não existem estudos de prevalência em grandes séries, mas dados de 2007 do Centro Brasileiro de Psoríase (6) revelam prevalência estimada de três milhões de pessoas.

Em estudo realizado pela Sociedade Brasileira de Dermatologia, em 2006 (7), foram coletados dados de 932 médicos dermatologistas e 49 serviços associados (dentre eles, ambulatórios universitários com atendimento pelo Sistema Único de Saúde, que oferecem residência médica nesta especialidade), sendo o diagnóstico de todos os pacientes destes postos coletados por 5 dias. Foi constatado que a psoríase é a 10º causa de procura aos dermatologistas, representando 2,5% dos diagnósticos realizados, sendo a 4º causa de procura nos serviços públicos e a 6º entre indivíduos de 40 a 64 anos.

Henseler e Christophers, em 1985, relataram uma distribuição bimodal da idade de aparecimento da doença: um pico entre 16 e 22 anos e outro entre 57 e 60 anos (8).

Estudo americano de Farber e Nall, em 1974, com 5600 pacientes, encontrou média de idade de surgimento da doença de aproximadamente 28 anos; destes, 10% com aparecimento antes de 10 anos, 35% antes de 20 anos e 58% antes de 30 anos (9).

Os pacientes com doenças dermatológicas, principalmente crônicas, percebem sua saúde atingida, sentem-se limitados na execução de suas atividades normais e experimentam perda de vitalidade, o que provoca absenteísmo escolar e no trabalho, além da depressão e, em alguns casos, isolamento social (7).

As lesões típicas são eritemato-escamosas, de limites nítidos, recobertas por escamas micáceas e prateadas. Podem ser puntuadas ou foliculares, lenticular ou em gotas, numular, anular, serpiginosa, placas de diversos tamanhos e, às vezes, várias formas coexistem no mesmo indivíduo. Podem localizar-se em qualquer local da superfície cutânea, inclusive mucosas, sendo preferenciais as localizações extensoras como cotovelos, joelhos, região lombosacral e couro cabeludo (1).

O diagnóstico é clínico e habitualmente fácil, mas pode ser necessário comprová-lo através da curetagem metódica de Brocq. Esta manobra consiste na raspagem da lesão com uma cureta ou lâmina, destacando sucessivas camadas de escamas (sinal da vela), até atingir uma última camada epidérmica (membrana de Duncan e

Bulckley), que, quando removida, deixa superfície brilhante onde surgem gotículas de sangue (sinal do orvalho hemorrágico ou sangrante de Auspitz) (1).

Os achados histopatológicos dependem do estágio da lesão. Inicialmente há o predomínio de alterações dérmicas, dilatação capilar e edema da derme papilar com infiltrado inflamatório linfocítico peri-vascular, sendo que estes se dirigem para estratos inferiores, causando espongiose. Depois há alterações na parte superior da epiderme: vacuolização e desaparecimento da camada granulosa, originando a paraqueratose focal, onde podem ser encontrados neutrófilos exparsos ou agrupados. Estes são manifestações precoces dos microabcessos de Munro, achados específicos da psoríase. Quando a exocitose dos neutrófilos torna-se acentuada, eles se agregam nas porções altas da camada espinhosa, formando as pústulas espongiosiformes de Kogoj. Nas porções inferiores da epiderme observa-se mitoses freqüentes, de aspecto hiperplásico (10).

Tratamentos

O tratamento da psoríase deve ser individualizado, de acordo com as necessidades do paciente, com menor risco possível para sua saúde e sua qualidade de vida. Formas leves podem ser tratadas com tópicos e as formas mais extensas e resistentes ao tratamento, assim como as formas graves, artropática, eritrodermia e pustulose, requerem tratamento sistêmico. É recomendado alternar os

diferentes tipos de medicações para evitar taquifilaxia e efeitos colaterais a longo prazo. (11).

Os tratamentos locais podem ser utilizados isoladamente ou em associação com fototerapia ou terapia sistêmica e incluem agentes emolientes e queratolíticos, derivados de vitamina D, agentes redutores como derivados de alcatrão. A umectação da pele deve ser estimulada, mesmo nas fases de remissão, enquanto análogos da vitamina D devem ser evitados para uso na face, devido à possibilidade de fotossensibilização. A fototerapia com raios UVA continua sendo bastante utilizada com bons resultados. No couro cabeludo, além de sua lubrificação e remoção de escamas de forma não traumática durante o banho, são recomendados xampus de coaltar, cetoconazol, ácido salicílico e corticoesteróides tópicos de alta potência (loção de dipropionato de betametasona, propionato de clobetasol). Nas unhas são recomendados corticoesteróides, análogos da vitamina D e creme de uréia, mas, sendo esta classicamente refratária ao tratamento, em acometimentos extensos, recomenda-se fototerapia com PUVA ou terapia sistêmica (metrotexato, acitretina ou ciclosporina) (11).

O tratamento sistêmico é realizado em ciclos, sendo que, quando um deles não apresenta resposta, há intolerância, contra indicação ou indisponibilidade, passa-se ao seguinte. São eles: puvaterapia, metotrexato ou acitretina e ciclosporina. Outras terapias inovadoras com medicamentos imunobiológicos estão sendo introduzidas no Brasil, para compor a terapia rotativa.

Terapia de suporte emocional muitas vezes é recomendada, visto que o estresse e a ansiedade são apontados por muitos como fator de desencadeamento ou piora do quadro e que a própria enfermidade afeta a motivação, a auto-estima e o estado de ânimo destes pacientes (11).

Avaliação da Qualidade de Vida dos Pacientes Portadores de Psoríase

A avaliação da qualidade de vida dos pacientes com psoríase é importante para o acompanhamento do doente e para a definição da modalidade terapêutica.

Os questionários *Dermatological Life Quality Index* (DLQI) e *Psoriasis Disability Index* (PDI), foram desenvolvidos por pesquisadores americanos e validados para a língua portuguesa, para utilização no Brasil, com autorização dos autores (12).

Informações clínicas sobre extensão da doença são obtidas através do Índice de Área e de Severidade da Psoríase (PASI) (13) durante a consulta por profissional médico, para se obter impressão objetiva do estado da doença do paciente.

O DLQI é um questionário auto aplicável, para doenças dermatológicas, constituídos de 10 questões, cada qual com 4 respostas possíveis, recebendo um *score* de 0 a 3 cada uma delas (nada:0, um pouco:1, muito:2, muitíssimo:3) (14). Este questionário avalia sintomas e sentimentos (item 1 e 2), atividades diárias (3 e 4), atividades de lazer, práticas esportivas (5 e 6), trabalho e escola (7), relações interpessoais

(8 e 9) e o tratamento (10) (15), o que resulta, ao final do questionário, em um *score* que pode variar de 0 a 30. Ele pode ser agrupado de acordo com o impacto na qualidade de vida (0-1:nada, 2-5:pouco, 6-10:moderado, 11-20:muito e 21-30:muitíssimo).

O PDI é um instrumento para avaliar a qualidade de vida de pacientes com psoríase através de indicadores de impacto da doença sobre o estilo de vida e o cotidiano em áreas específicas (16). É constituído de 15 questões, divididas em: atividades diárias (questões 1 a 5), escola ou trabalho (6 a 8), relacionamentos pessoais (9 a 10) e lazer (11 a 15). Nestas são possíveis 4 respostas, cada uma com valor de 0 a 4 (Nada:0, Um pouco:1, Muito:2 e Muitíssimo:3), resultando em um *score* que varia de 0 a 45.

Informações clínicas sobre extensão da doença são obtidas através do Índice de Área e de Severidade da Psoríase (PASI) durante a consulta por profissional médico, para se obter impressão objetiva do estado da doença do paciente. Reúne 4 variáveis clínicas de maior importância na psoríase (área afetada, eritema, infiltração e descamação), os quais são avaliados de acordo com a região na qual se encontram (cabeça, tronco, membros superiores ou membros inferiores). A área é avaliada de acordo com a porcentagem da área corporal acometida, transformado em um *score* de 0 (0% de área acometida) à 6 (90 à 100% da área acometida). O eritema, a infiltração e a descamação são avaliados de acordo com a severidade destes itens, em um *score* de 0 a 4 conforme o item esteja ausente (0), presente severidade leve (1), moderada (2), grave (3) ou

muito grave (4), resultando, ao final, em um índice que, teoricamente, pode variar de 0 a 72 (17).

METODOLOGIA

Pacientes atendidos no Ambulatório de Dermatologia do HC-Unicamp, com diagnóstico de psoríase e idade mínima de 18 anos, que estavam no início ou troca de medicamento tópico ou sistêmico para controle da sua doença, foram convidados a participar do estudo e a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, já aprovado pelo comitê de ética.

Estes questionários foram aplicados antes da consulta clínica, por outra pessoa que não o médico que faria o atendimento. Dados sobre histórico pessoal, como idade, sexo, profissão, casos familiares, ocupação, hábitos, outras morbidades e medicações também foram obtidos.

Os questionários foram aplicados novamente nos retornos, aproximadamente com três e seis meses de terapêutica, para avaliar o impacto do tratamento na qualidade de vida do indivíduo.

Ao final do acompanhamento, os dados foram analisados, sendo que o cruzamento dos dados, bem como os cálculos estatísticos foram realizados pelo programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 3.0. Foi calculada a frequência absoluta e relativa dos dados obtidos com os questionários DQLI e PDI para cada momento do estudo, bem como as frequências globais. Também foi realizada a comparação entre

os dados subjetivos obtidos pelo questionário e os dados objetivos obtidos pela avaliação clínica (PASI).

RESULTADOS

Foram incluídos no estudo 93 pacientes, resultando em um total de 145 questionários válidos, sendo 93 questionários no tempo 0 do estudo (primeira consulta), 39 questionários no tempo 1 do estudo (primeiro retorno) e 13 questionários no tempo 2 (segundo retorno).

Dentre os pacientes estudados: 54 do sexo masculino e 39 do sexo feminino; 78 brancos, 12 pardos e 3 negros, sendo que a idade variou de 18 a 79 anos ($49,8 \pm 15,1$) (tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição em relação ao sexo e à cor da pele.

	N	%
SEXO		
Masculino	54	58,1
Feminino	39	41,9
COR DA PELE		
Branca	78	83,9
Parda	3	3,2
Negra	12	12,9

N – número de casos; % - porcentagem

O tempo decorrido entre a primeira consulta e o retorno variou de 35 a 252 dias ($119,5 \pm 57,3$) e entre o primeiro retorno e o segundo 35 a 168 dias ($96,9 \pm 32,5$) (tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição em relação à idade na primeira consulta e ao tempo decorrido até os retornos.

	N	Média	DP	Mínimo	P25	P50	P75	Máximo
Idade (1)	93	49,8	15,1	18	39,9	51,5	61,7	79
1º Retorno (2)	39	119,5	57,3	35	77,0	98,0	168,0	252
2º Retorno (2)	13	96,9	32,5	35	80,5	91,0	119,0	168

N - número de casos; P25 – percentil 25º; P50 – percentil 50º; P75 – percentil 75º
 (1) – Idade em anos; (2) – Tempo em dias

Para avaliar se haveria correlação entre os questionários aplicados, foi utilizado o teste de correlação de Spearman (Tabela 3). Os coeficientes mais significativos foram: 0,80 (PDI e DLQI no tempo 0), 0,59 (PDI e DLQI no tempo 1), 0,89 (PDI e DLQI no tempo 2), 0,425 (PASI e DLQI no tempo 0), 0,541 (PASI e DLQI no tempo 1), 0,393 (PASI e PDI para o tempo 0), o que indica correlação entre esses questionários, evidenciando que alterações clínicas interferem na qualidade de vida. Um maior número de retornos será necessário para constatar se o PDI e o DLQI são equivalentes. Houve uma correlação menor entre o PDI e o PASI no tempo 1 da pesquisa e não houve correlação entre o PASI e os outros questionários no tempo 2 da pesquisa.

Tabela 3 – Coeficientes de Correlação de Spearman para PASI, PDI e DLQI.

	PDI	DLQI
Início (tempo 0)		
PASI	0,393	0,425
PDI	1,000	0,800
1º Retorno (tempo 1)		
PASI	0,394	0,541
PDI	1,000	0,590

2º Retorno (tempo 2)

PASI	0,395	0,202
PDI	1,000	0,893

Os dados obtidos no tempo 0 da pesquisa (início), no tempo 1 (primeiro retorno) e no tempo 2 (segundo retorno) indicam uma melhora global, mostrando que provavelmente o tratamento esta sendo eficaz (Tabela 4). Os dados obtidos são os seguintes:

- PASI: o score deste questionário, no início, variou de 0,5 a 57,0 ($13,4 \pm 11,7$) contra 0,6 a 31,4 ($6,6 \pm 6,7$) no primeiro retorno e 0,6 a 15,9 ($5,4 \pm 4,6$) no segundo retorno;

- PDI: o score deste questionário, no início, variou de 0 a 34 ($7,1 \pm 6,8$) contra 0 a 11 ($2,3 \pm 3,3$) no primeiro retorno e 0 a 11 ($2,0 \pm 3,3$) no segundo retorno;

- DLQI: o score deste questionário, no início, variou de 0 a 26 ($6,0 \pm 4,8$) contra 0 a 11 ($2,4 \pm 2,9$) no primeiro retorno e 0 a 10 ($2,3 \pm 2,8$) no segundo retorno.

Tabela 4 - Distribuição dos valores do PASI, PDI e DLQI durante a pesquisa.

	N	Média	DP	Mínimo	P25	P50	P75	Máximo
INÍCIO								
PASI	93	13,4	11,7	0,5	4,7	10,3	17,5	57,0
PDI	93	7,1	6,8	0	2,0	6,0	10,0	34,0
DLQI	93	6,0	4,8	0	2,5	5,0	8,0	26,0
1º RETORNO								
PASI	39	6,6	6,7	0,6	2,4	5,3	8,0	31,4
PDI	39	2,3	3,3	0	0	1,0	4,0	11,0
DLQI	39	2,4	2,9	0	0	1,0	4,0	11,0
2º RETORNO								

PASI	13	5,4	4,6	0,6	1,6	4,8	7,6	15,9
PDI	13	2,0	3,3	0	0	0	3,5	11,0
DLQI	13	2,3	2,8	0	0,5	1,0	4,0	10,0

N - número de casos; P25 – percentil 25°; P50 – percentil 50°; P75 – percentil 75°

Ao agruparmos os sujeitos de acordo com o *score* de DLQI obtido, recomendado no uso do questionário, observamos que 49,4% dos pacientes, no início da pesquisa, apresentavam um impacto na qualidade de vida moderado ou acima deste. Dez pacientes (13,3%) não apresentavam impacto contra 21,7% com impacto moderado ou muito e 11 pacientes (47,8%) sem impacto (tabelas 5 e 6).

Tabela 5 – Comparação do Impacto na qualidade de vida do início com o 1° e o 2° retornos segundo o DLQI em %.

Início	Nenhum	Pouco	Moderado	Muito	Muitíssimo	Total
1° Retorno						
Nenhum	12,8 (5)	17,9 (7)	15,4 (6)	5,1 (2)	0	51,3 (20)
Pouco	0	17,9 (7)	10,3 (4)	5,1 (2)	0	33,3 (13)
Moderado	0	2,6 (1)	5,1 (2)	2,6 (1)	2,6 (1)	12,8 (5)
Muito	0	0	0	2,6 (1)	0	2,6 (1)
Muitíssimo	0	0	0	0	0	0
Total	12,8 (5)	38,5 (15)	30,8 (12)	15,4 (6)	2,6 (1)	100,0 (39)
2° Retorno						
Nenhum	0	23,1 (3)	15,4 (2)	23,1 (3)	0	61,5 (8)
Pouco	7,7 (1)	15,4 (2)	0	7,7 (1)	0	30,8 (4)
Moderado	0	0	7,7 (1)	0	0	7,7 (1)
Muito	0	0	0	0	0	0
Muitíssimo	0	0	0	0	0	0
Total	7,7 (1)	38,5 (5)	23,1 (3)	30,8 (4)	0	100,0 (13)

() - n° absoluto

Tabela 6 – Comparação do Impacto na qualidade de vida do 1º com o 2º retorno, segundo o DLQI em %.

1º Retorno	Nenhum	Pouco	Moderado	Muito	Muitíssimo	Total
2º Retorno						
Nenhum	30,8 (4)	23,1 (3)	0	7,7 (1)	0	61,5 (8)
Pouco	15,4 (2)	0	15,4 (2)	0	0	30,8 (4)
Moderado	0	7,7 (1)	0	0	0	7,7 (1)
Muito	0	0	0	0	0	0
Muitíssimo	0	0	0	0	0	0
Total	46,2 (6)	30,8 (4)	15,4 (2)	7,7 (1)	0	100 (13)

() - nº absoluto

Os gráficos de distribuição do PASI, PDI e DLQI para os pacientes que retornaram são sugestivos de melhoras clínicas, sendo que, na maioria das vezes, para o primeiro retorno (Gráfico 1 e 2) quando estes são superpostos com seus homólogos em períodos diferentes, nem o intervalo de confiança se toca (Gráficos 1).

Gráfico 1 – Gráfico de desvio padrão comparando PASI, PDI e DLQI de pacientes com 1º retorno (n=39).

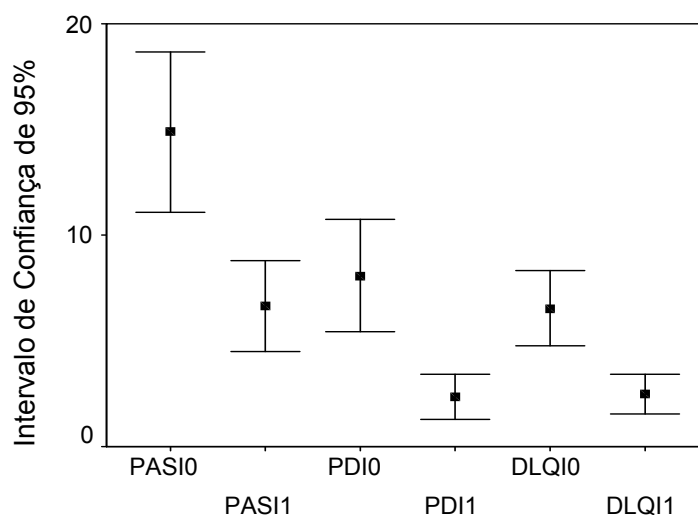
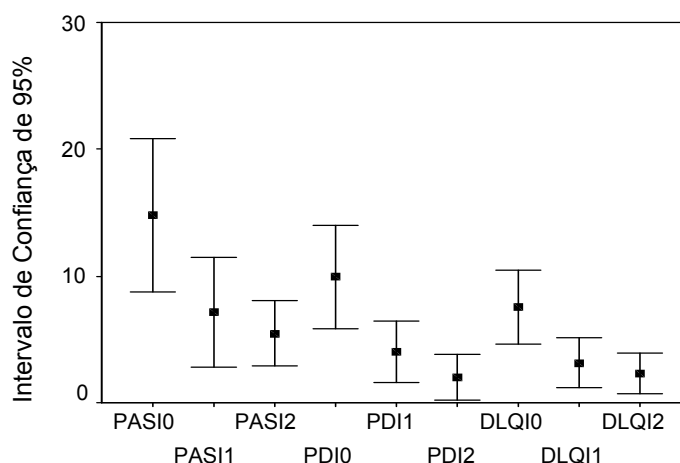


Gráfico 2 – Gráfico de desvio padrão comparando o PASI, PDI e DLQI de pacientes com 1º e 2º retornos (n=13).



DISCUSSÃO

Através das análises realizadas cruzando os questionários percebemos que as medidas obtidas pelo PDI e DLQI estão relacionadas, como era esperado, visto que, apesar do primeiro questionário ser específico enquanto o segundo é genérico, ambos abordam a qualidade de vida de pacientes com lesões dermatológicas. No presente estudo estes pacientes estão acometidos pela mesma doença (psoríase). No entanto, será necessário dar continuidade a este estudo para afirmar se OS questionários são equivalentes para a avaliação da psoríase. Ambos se relacionam com o PASI (índice clínico), tendo inclusive, coeficientes parecidos, mostrando que melhoras clínicas refletem em melhora no impacto da doença na qualidade de vida, assim como o contrário também ocorre.

No resultado final obtivemos uma melhora significativa nos *scores* dos pacientes que retornaram ao serviço, forte indício de que o tratamento está sendo eficaz. Percebe-se uma melhora

acentuada no primeiro retorno, provavelmente pelo impacto do início do tratamento, embutido do fator psicológico que este acarreta. No segundo retorno praticamente não se alteram os *scores* quando analisados a partir da média (são praticamente iguais ao do primeiro retorno), mas ao estudarmos os casos individualmente, percebemos que a melhora moderada de alguns pacientes são compensadas pelas pioras, também moderadas de outros, o que acreditamos ser devido ao fim do impacto inicial do tratamento (fim do efeito psicológico), pois as medicações demoram algum tempo para (a)surtirem efeitos que reflitam de forma eficaz na sintomatologia e (b)estabilizarem ou regredirem as lesões, o que causa certo desânimo e dificulta a adesão de forma apropriada ao tratamento.

Como conseqüência deste trabalho conseguimos, também, implantar o uso destes questionários de qualidade de vida, bem como a análise dos dados obtidos no Ambulatório de Dermatologia, o que altera parcialmente o foco do atendimento, reforçando aos médicos o aspecto subjetivo da qualidade de vida do paciente e permitindo que, futuramente, se estude mais a fundo os motivos de piora desta em alguns pacientes.

BIBLIOGRAFIA

1- Fonseca, Souza; Dermatologia Clínica. Ed Guanabara Koogan, 1984, pg. 307 – 316.

- 2- Boyman, O; Hefti, PH; Conrad, C; Nickoloff, BJ; Suter, M; Nestle, FO. Spontaneous development of psoriasis in new animal model shows an essential role for resident T cells and tumor necrosis factor- α . *J Exp Med*, 199(5): 731-736, 2004.
- 3- Fitzpatrick et al; *Dermatology in General Medicine*, 5^o edição, vol I: 1065-1075, Ed McGraw Hill, 2003.
- 4- Lomholt, G. Psoriasis: Prevalence, spontaneous course and genetics. A census study on the prevalence of skin diseases on the Faroe Islands. Copenhagen: GEC Gad, 1963:31-3. In: *Rook's Text Book of Dermatology*, Ed. Blackwell Publishing, 7th ed., vol 2, 35.2. 2004.
- 5- Hellgren, L. Psoriasis: the prevalence in sex, age and occupational groups in total population in Sweden. Stockholm: Almqvist & Wiksell, 1967: 19-53. In: *Rook's Text Book of Dermatology*, Ed. Blackwell Publishing, 7th ed., vol 2, 35.2. 2004.
- 6- Centro Brasileiro de Psoríase - CBP. Disponível em: <http://www.cbp.med.br> Acesso em: 12 abr. 2007.
- 7- Sociedade Brasileira de Dermatologia. Perfil nosológico das consultas dermatológicas no Brasil. *An Bras Dermatol*, 81(6): 549-58, 2006.
- 8- Henseler T, Christophers E. Psoriasis of Early Onset: Characterization of Two Types of Psoriasis Vulgaris; *J Am Acad Dermatol*, 13:450-456, 1985.
- 9- Farber, EM; Nall, L; Watson, W. Natural history of psoriasis in 61 twin pairs. *Arch Immunol Rev*, 109: 207-11, 1974.

- 10- Toussaint S, Kamino H. Noninfectious Erythematous, Papular, and Squamous Diseases. In: Lever's. Histopathology of the skin, Chap 7, 8 Ed. Lippincott-Raven, pg157-60, 1997.
- 11- Sociedade Brasileira de Dermatologia. Consenso brasileiro de psoríase e guias de tratamento. págs. 3-14, 2006.
- 12- Martins, GA; Arruda, L; Mugnaini, ASB. Validação de questionários de avaliação da qualidade de vida em pacientes de psoríase. Bras Dermatol, 79(5): 521-35, 2004.
- 13- Arruda , L; Ypiranga, S; Martins, GA. Tratamento sistêmico da psoríase - parte II: imunomoduladores biológicos. An Bras Dermatol, 79, 2004.
- 14- Moloney, FJ; Keane, S; O'Kelly, P; Conlon, PJ; Murphy, GM. The impact of skin disease following renal trnsplantation on quality of life. British Journal of Dermatology, 153: 5574-78, 2005.
- 15- Mazzotti, E; Picardi, A; Sampogna, F; Sera, F; Pasquini, P; Abeni, D. The idi multipurposer psoriasis research on vital esperiences (improve) study group. Sensitivity of the Dermatology Life Quality Index to clinical change in patients with psoriasis. British Journal of Dermatology, 149: 318-22, 2003.
- 16- Mingnorange, RC; Loureiro, SR; Okino, L; Foss, NT. Pacientes com psoríase: adaptação psicossocial e características de personalidade. Medicina, Ribeirao Preto, 34: 315-24, 2001.
- 17- Arruda, L; Ypiranga, S; Martins, GA. Tratamento sistêmico da psoríase - parte II: imunomoduladores biológicos. An Bras Dermatol, 79, 2004.