

# **Caracterização dos perfis da personalidade e de qualidade do sono na psoríase e dermatite atópica**

**Miguel de Faria Távora Moreira Peixoto**

**Tese conducente ao Grau de Mestre em Psicologia da Saúde e  
Neuropsicologia**

**Gandra, fevereiro de 2023**

**Miguel de Faria Távora Moreira Peixoto**

**Tese conducente ao Grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia**

**Caracterização dos perfis da personalidade e de qualidade de sono na psoríase e dermatite atópica**

Trabalho realizado sob a Orientação de  
**Vera Margarida Seabra de Almeida e Co-orientadora Ana Isabel Pacheco Teixeira**

## **DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE**

Eu, Miguel de Faria Távora Moreira Peixoto, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste trabalho, confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais.

Aos meus avós.

Aos meus tios.

Às minhas orientadoras de tese.

Aos meus colegas de curso.

À Bárbara.

## **Introdução**

A psoríase, a dermatite atópica (DA) são condições caracterizadas por inflamação crónica da pele associadas a aspetos imunológicos. A psoríase e a DA são as mais prevalentes, com uma tendência crescente de incidência (Pezzolo & Naldi, 2020). De acordo com os dados obtidos por Richard et al. (2022), a DA tinha uma prevalência de 5,5%, colocando-a como a segunda doença de pele mais prevalente. No mesmo estudo, a psoríase tinha uma prevalência de 3,9%, colocando-a em quinto lugar, na Europa. Atendendo a estas características das dermatoses e ao impacto psicossocial que têm na vida da pessoa, torna-se crucial a sua definição e diferenciação para a elaboração de estratégias terapêuticas integradas, cada vez mais precisas.

Em consonância com a elaboração da tese de mestrado, foi desenvolvido um artigo científico intitulado de *“Influence of clinical and psychosocial factors on the adherence to topical treatment in psoriasis”* com o objetivo de analisar o efeito psicossocial e de fatores clínicos na adesão ao tratamento tópico na psoríase. A colaboração com este projeto consistiu na preparação do manuscrito e do material suplementar para publicação numa revista internacional.

O trabalho realizado nestas duas vertentes, que têm como objetivo o aprimoramento de estratégias terapêuticas no âmbito da dermatologia, constitui um progresso para o avanço da dermatologia, e simultaneamente da psicologia, por delinear a importância das variáveis psicossociais na dermatose e na vida da pessoa.

**Caracterização dos perfis da personalidade e de qualidade do sono na psoríase e dermatite atópica**

Peixoto M<sup>1.</sup>, Almeida V<sup>1.</sup> & Teixeira A<sup>12.</sup>

<sup>1</sup> Instituto Universitário de Ciências da Saúde, CESPU, CRL, 4585-116 Gandra, Portugal

<sup>2</sup> UCIBIO, REQUIMTE, Laboratório de Tecnologia Farmacêutica, Faculdade de Farmácia, Universidade do Porto, Rua de Jorge Viterbo Ferreira, 228, 4050-313 Porto, Portugal

**Autor Correspondente:**

Vera Almeida

IUCS, Rua Central de Gandra, 1317, 4585-116 Gandra PRD, Portugal

Telemóvel: +351224157177

Email: vera.almeida@iucs.cespu.pt

## RESUMO

**Introdução:** A dermatite atópica e a psoríase são patologias crônicas inflamatórias, imunitárias cutâneas de elevada prevalência com elevado impacto psicossocial. **Objetivo:** Este estudo visa caracterizar os perfis da personalidade e de qualidade do sono na psoríase e dermatite atópica e contribuir para o desenvolvimento de estratégias terapêuticas integradas apropriadas.

**Método:** Foi recrutada uma amostra de 134 participantes com idades compreendidas entre os 18 e 70 anos (21.6% do sexo masculino; 77.6% do sexo feminino), 62 participantes com psoríase (27.4% do sexo masculino; 72.6% do sexo feminino) e 72 com dermatite atópica (16.7% do sexo masculino; 81.9% do sexo feminino). Foi aplicado um protocolo constituído por um questionário sociodemográfico e clínico, a *Ten Item Personality Measure* (TIPI) (medida da personalidade), o *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI) (medida da qualidade do sono), o *Dermatology Life Quality Index* (DLQI) (medida da qualidade de vida em dermatologia) e a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) (medida do distress emocional, da depressão e da ansiedade).

**Resultados:** Os resultados demonstraram diferenças significativas na qualidade de vida ( $p = .019$ ;  $t_{(132)} = 2.37$ ) e depressão ( $p = .018$ ;  $t_{(132)} = 1.56$ ), entre pessoas com psoríase e dermatite atópica, revelando a amostra com dermatite atópica pior qualidade de vida ( $M = 9.29$ ;  $DP = 6.49$ ) e de psoríase um nível mais elevado de depressão ( $M = 7.48$ ;  $DP = 3.72$ ).

**Discussão:** Foi verificado a existência de diferenças entre a psoríase e a dermatite atópica ao nível da qualidade de vida e depressão. Dentou-se ainda que há um conjunto de variáveis psicossociais que contribuem para alterações da depressão e da qualidade de vida, e que a forma como se correlacionam entre si diferem entre dermatoses, onde medidas como a gravidade percebida correlacionava-se apenas com a qualidade de vida na psoríase, e traços como a conscienciosidade apenas correlacionava-se com a depressão na dermatite atópica.

**Conclusão:** Este estudo serviu como um contributo para a caracterização e diferenciação das duas dermatoses. Atualmente há uma falta de investigações que estude as variáveis psicossociais nas dermatoses, e a relação que estas têm entre si.

**Palavras-Chave:** Psoríase; Dermatite Atópica; Psicossocial; Sono; Personalidade.

## ABSTRACT

**Introduction:** Atopic dermatitis and psoriasis are chronic immune inflammatory skin diseases that have high prevalence and psychosocial impact. **Objective:** This study has the objective to characterize personality profiles and sleep quality in psoriasis and atopic dermatitis, thus contributing to the development of appropriate integrated therapeutic strategies. **Method:** A sample of 134 participants was recruited with ages between 18 and 70 years old (21.6% male gender; 77.6% female gender), 62 participants with psoriasis (27.4% male gender; 72.6% female gender) and 72 with atopic dermatitis (16.7% male gender; 81.9% female gender). A socialdemographic and clinical questionnaires, a *Ten Item Personality Measure* (TIPI), o *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI), o *Dermatology Life Quality Index* (DLQI) e a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS). **Results:** The results show a statistical difference between quality of life ( $p = .019$ ;  $t_{(132)} = 2.37$ ) and depression ( $p = .018$ ;  $t_{(132)} = 1.56$ ), between people with psoriasis and atopic dermatitis, revealing that the sample with atopic dermatitis has a worst quality of life ( $M = 9.29$ ;  $DP = 6.49$ ) and psoriasis has higher level of depression ( $M = 7.48$ ;  $DP = 3.72$ ). **Discussion:** It was shown the difference between psoriasis and atopic dermatitis, in quality of life and depression. It was also shown that there is a group of psychosocial variables that contribute towards changes in depression and quality of life, and the way they interact between dermatoses differs, where measures like perceived severity correlated with quality of life only in psoriasis, and traces like conscientiousness correlated with depression only in atopic dermatitis. **Conclusion:** This study served has a contribution towards the characterization and differentiation between the two dermatoses. Currently there is a lack of investigations that study psychosocial variables in dermatoses, and the correlation between them.

**Keywords:** Psoriasis; Atopic Dermatitis; Psychosocial; Sleep; Personality.

## Índice

|   |    |
|---|----|
| <b>Introdução</b> .....   | 8  |
| <b>Metodologia</b> .....  | 13 |
| <b>Desenho do Estudo</b> .....  | 13 |
| <b>Amostra</b> .....  | 13 |
| <b>Hipóteses</b> .....  | 14 |
| <b>Instrumentos</b> .....   | 14 |
| <b>Resultados</b> .....   | 17 |
| <b>Caracterização da Amostra Total</b> .....  | 17 |
| <b>Análise Comparativa de Dados Sociodemográficos</b> .....                                 | 17 |
| <b>Análise Comparativa de Dados Clínicos</b> .....  | 18 |
| <b>Análise Comparativa de Comportamentos de Saúde</b> .....                                 | 18 |
| <b>Estatística Descritiva das Escalas</b> .....   | 18 |
| <b>Análise comparativa de Escalas</b> .....   | 19 |
| <b>Correlações com Dados Sociodemográficos/Dados Clínicos/Comportamentos de Saúde</b> ..... | 19 |
| <b>Correlações com Medidas Avaliadas</b> .....  | 21 |
| <b>Discussão</b> .....  | 23 |
| <b>Conclusão</b> .....  | 27 |
| <b>Referências Bibliográficas</b> .....   | 29 |

## Índice de Anexos

**Anexo I:** Tabelas

**Anexo II:** Questionário Aplicado

**Anexo III:** Comprovativo de submissão de tese de mestrado para comunicação em congresso

**Anexo IV:** Influence of clinical and psychosocial factors on the adherence to topical treatment in psoriasis

**Anexo V:** Registo de Submissão de Artigo

## Introdução

A psoríase, a dermatite atópica (DA), o pênfigo e o penfigoide são condições caracterizadas por inflamação crónica da pele associadas a aspetos imunológicos. A psoríase e a DA são as mais prevalentes, com uma tendência crescente de incidência (Pezzolo & Naldi, 2020). De acordo com os dados obtidos por Richard et al. (2022), a DA tinha uma prevalência de 5,5%, colocando-a como a segunda doença de pele mais prevalente. No mesmo estudo, a psoríase tinha uma prevalência de 3,9%, colocando-a em quinto lugar, na Europa.

A psoríase é uma doença dermatológica caracterizada por pápulas ou placas eritematosas bem delimitadas, recobertas por escamas prateadas e prurido, frequentemente nos joelhos, cotovelos, região sacral e couro cabeludo, pode ainda surgir nas áreas retroauriculares (Oji & Luger, 2015; Mayo Clinic, 2020). A condição é caracterizada por períodos de exacerbação, que podem durar semanas a meses e períodos de remissão, normalmente induzidos pelo tratamento. O tamanho das lesões pode chegar a um estado de erupção cutânea, cobrindo uma grande área do corpo. A psoríase pode apresentar-se sob diferentes tipos clínicos, que podem variar em termos de sinais e sintomas (Mayo Clinic, 2020). Como fatores de risco destacam-se a obesidade, o tabagismo, certas infeções, o stress, e a componente genética (Pezzolo & Naldi, 2020; Griffiths et al., 2021). Para além dos sintomas biológicos, há todo um conjunto de fatores psicossociais que se encontram afetados nesta população, como a maior ocorrência de ansiedade e depressão, especialmente em indivíduos com baixo estatuto socioeconómico (Tzur et al., 2019; Griffiths et al., 2021). Em termos de incidência, a psoríase é mais prevalente em adultos, e em regiões mais distantes do equador, como Europa e o sul da Austrália (Pezzolo & Naldi, 2020).

Relativamente à caracterização do sono na psoríase, há uma maior prevalência de insónia nesta população e uma maior severidade da dermatose está associada a uma pior qualidade de sono (Smolensky et al., 2015; Melikoglu, 2017; Krajewska-Włodarczyk, et al., 2018). Shutty et al. (2013), apresentam resultados que demonstram que a população com psoríase tem um risco 4.3 vezes maior de ter um maior nível de insónia, contudo, esta variação pode ser explicada pela incidência de depressão. A apneia obstrutiva do sono e a síndrome de pernas inquietas é também mais prevalente nesta população (Smolensky et al., 2015). Aspetos como o prurido, que tende a exacerbar-se durante o período da noite, impactam negativamente a qualidade de sono (Smolensky et al., 2015; Hawro et al., 2020; Luca et al., 2020), relação que é mediada pela presença de ansiedade e depressão (Sahin et al., 2022). A falta de sono,

juntamente com a presença de prurido moderado ou severo, correlaciona-se também com uma redução da qualidade de vida (Hawro et al., 2020; Sahin et al., 2022) e mais sintomatologia ansiosa (Sahin et al., 2022). Adicionalmente, fatores como ansiedade traço, idade mais avançada, depressão co-mórbida, ativação cognitiva pré-sono, duração da psoríase e a área afetada pela dermatose, são preditores de uma pior qualidade de sono (Henry et al., 2017; Krajewska-Włodarczyk, et al., 2018; Hawro et al., 2020; Tas et al., 2020). O impacto da psoríase no sono reflete-se em dificuldades em adormecer e manter um sono contínuo e torna-se particularmente evidente em casos de maior severidade (Hawro et al., 2020; Luca et al., 2020).

Subjacente aos fatores psicossociais que afetam pessoas com psoríase, está a personalidade. Estudos indicam que nesta população há uma maior prevalência de personalidade tipo D (Molina-Leyva et al., 2015; Lim et al., 2018) e uma maior experiência de emoções negativas, especialmente significativo em indivíduos do sexo feminino (Basińska & Woźniewicz, 2013). Associado à presença do tipo D da personalidade, está uma pior qualidade de vida, maior disrupção da vida pessoal e laboral, maior prevalência de hipertensão, um aumento no número de queixas reportadas pelas pessoas acerca da sua psoríase e uma maior probabilidade de desenvolver um quadro ansioso (Basińska & Woźniewicz, 2013; Molina-Leyva et al., 2015). Por sua vez, a ansiedade traço está associada ao aumento do prurido (Remröd et al., 2015), ou seja, certas características da personalidade contribuem para o aumento da sintomatologia. A relação entre estes fatores aparenta ser bidirecional, porque o surgimento da psoríase antes dos 20 anos de idade, demonstra ser importante na formação de traços de ansiedade, de depressão, de irritabilidade e de vulnerabilidade ao stress (Remröd et al., 2013).

A DA é uma doença dermatológica inflamatória crónica de patogénese complexa associada a suscetibilidade genética, fatores ambientais e disfunção imunológica e da barreira epidérmica, prurido intenso, eritema e xerose, podendo surgir em qualquer parte do corpo (Strathie et al., 2016). A DA tem períodos de exacerbação podendo, em algumas pessoas, entrar em remissão durante anos. Esta população tem ainda um maior risco de desenvolver múltiplas comorbilidades, alergias alimentares, rinite alérgica e asma (Langa et al., 2020; Mayo Clinic, 2020). Tal como na psoríase, há também um conjunto de variáveis psicossociais que se encontram alteradas, como a autoestima, o stress, a qualidade de vida e o impacto

emocional da dermatose (Langa et al., 2020; Drucker et al., 2017). Em termos de incidência, a DA é mais prevalente em países com rendimentos mais altos (Pezzolo & Naldi, 2020).

A falta de sono é algo que causa disrupção na vida de pessoas com DA, apresentando uma pior qualidade de sono relativamente à população sem dermatose (Jeon et al., 2017; Alomayri et al, 2020; Langa et al., 2020). A presença de sintomatologia ativa, como o prurido, contribui para a incapacidade de adormecer e manter um sono contínuo (Yu et al., 2016; Li et al., 2018; Alomayri et al, 2020; Jaworek et al., 2021). Estes problemas de sono são especialmente evidentes em pessoas com DA severa (Li et al., 2018). Nesta população verifica-se também uma correlação negativa entre a severidade da doença e os níveis de melatonina (hormona envolvida no ritmo circadiano do sono), corroborando a relação entre a severidade de DA e o sono (Jaworek et al., 2021). A relação sono e DA poderá ser bidirecional, um baixo número de horas de sono (menos de 5 horas) por noite demonstra uma correlação com a prevalência de DA (Choi et al., 2017).

Na DA, a personalidade desempenha um importante papel na vivência da doença. Observa-se na literatura que a severidade varia consoante os fatores de personalidade. Nos resultados encontrados a personalidade tipo D apresenta uma correlação positiva com a severidade dos sintomas (Basińska & Woźniewicz, 2013). Por sua vez, um maior nível de conscienciosidade está associado a uma menor severidade da doença. A maior presença de conscienciosidade, demonstra resultar numa melhor adesão ao tratamento e numa redução do impacto de estímulos stressores (Lopes et al., 2016). A baixa extroversão e o alto neuroticismo demonstram uma correlação significativa com a severidade da DA (Lopes et al., 2016).

O impacto de estímulos stressores é um fator a considerar na DA, pois a literatura demonstra vários resultados que confirmam que o stress tem um efeito positivo na sua manifestação, nomeadamente em casos de stress agudo, onde o aumento do nível de glucocorticoides (cortisol) compromete a homeostasia da barreira da pele e o sistema imunitário, contudo a relação entre stress e gravidade da DA é complexa e ainda pouco investigada (Bertino et al., 2020; Lin et al., 2017). Em níveis regulares, a presença de glucocorticoides contribui para a manutenção da homeostasia da pele e, portanto, em casos de stress agudo onde a produção de glucocorticoides não excede os níveis adequados, esta demonstra ser benéfica para a atenuação da DA. A relação entre estes dois fatores é ainda bidirecional, onde a presença de DA contribui para o aumento do stress e vice-versa (Lin et al., 2017).

Outro aspeto que surge na forma como a pessoa com DA lida com a sua condição é a tendência que tem para coçar-se em casos de comichão crónica. Schut et al. (2018) realizaram

um estudo onde apresentavam um conjunto de estímulos (nove imagens com insetos rastejantes e nove imagens com doenças de pele, acompanhadas de uma descrição áudio)

com o objetivo de induzir a comichão. Era ainda realizada uma análise do perfil da personalidade dos participantes juntamente com outras variáveis psicológicas. O que os autores encontraram foi uma relação positiva entre a agradabilidade e o comportamento de coçar, onde o traço de personalidade é responsável por 38% da variação no aumento de coçar.

No que toca a diferenças entre as duas dermatoses, alguns estudos feitos na área destacam as diferenças entre psoríase e DA, relativamente a variáveis psicossociais como a personalidade e o sono. Os estudos que abordam estas temáticas demonstram que em pessoas com DA há uma maior prevalência de depressão e sentimentos de inferioridade comparativamente a pessoas com psoríase. Nestas medidas pessoas com psoríase não diferem de um grupo de controlo. Em pessoas com DA há um maior nível de nervosismo comparativamente com pessoas com psoríase, mas que não difere significativamente de um grupo de controlo. Falta de objetividade é outro fator mais presente em pessoas com DA (Takahashi et al., 2013).

Introduzindo a variável sexo é denotado uma maior prevalência de instabilidade emocional e falta de cooperação nas mulheres com DA comparativamente ao grupo com psoríase. Nas mulheres com psoríase, o tipo D de personalidade é mais prevalente relativamente à amostra com DA, mas não difere significativamente do grupo de controlo. Nos homens com psoríase, o tipo D de personalidade é mais prevalente relativamente ao controlo e à amostra com DA (Takahashi et al., 2013). Recorrendo a outras medidas da personalidade, pessoas com psoríase apresentam uma baixa pontuação para personalidade narcísica e para ambição (Bahmer et al., 2007). As diferenças entre grupos são também observáveis em termos da satisfação com o seu dia-a-dia e a presença de eventos stressores, fatores que são mais negativamente avaliados em pessoas com DA (Bahmer et al., 2007). O humor em pessoas com psoríases constitui outro fator de distinção entre ambos os grupos, por ser caracterizado por maior grau de tristeza, abulia e na capacidade de manter a calma (Bahmer et al., 2007). Esta afetividade negativa por sua vez corrobora a maior prevalência de personalidade tipo D nesta população.

Na qualidade de sono os dados indicam que em ambas as condições, a qualidade do sono encontra-se significativamente reduzida em comparação com um grupo de controlo.

Comparativamente com a psoríase, pessoas com DA têm pior qualidade de sono (Kaaz et al., 2018).

O perfil de personalidade da pessoa também demonstra influência sobre a qualidade do sono. A conscienciosidade é um preditor de maior qualidade de sono (Duggan et al., 2014; Kim et al., 2015; Mead et al., 2021), já a extroversão apresenta uma correlação negativa como tempo médio de sono. Pessoas com pontuação alta para o traço de conscienciosidade apresentam ainda, uma hora de dormir e de acordar mais cedo. Contrariamente a este grupo, pessoas com maior extroversão tendem a dormir e a acordar mais tarde (Mead et al., 2021). Outro traço da personalidade que demonstra ser um preditor de pior qualidade de sono é o neuroticismo (Duggan et al., 2014; Kim et al., 2015; Stephan et al., 2018). Atendendo a estas relações, a personalidade poderá modificar a qualidade do sono.

Estas dermatoses constituem importantes disrupções na vida dos indivíduos, afetando e sendo afetadas por um conjunto de variáveis psicossociais e clínicas. Dada a importância deste impacto, este estudo tem como objetivos compreender a influência de fatores psicossociais e clínicos na psoríase e dermatite atópica e caracterizar os perfis da personalidade e de qualidade de sono nestas dermatoses. Os resultados poderão permitir o desenvolvimento de estratégias terapêuticas integradas que considerem as componentes física, psicológica e social do doente e adequadas às necessidades de cada paciente.

## **Metodologia**

### **Desenho do Estudo**

Esta investigação é um estudo exploratório transversal, que tem por base diferenciar características psicossociais da psoríase e da DA, nomeadamente o sono e a personalidade. Para tal foi desenvolvido e usado um questionário que abrange diversos aspetos da vida dos participantes, a *Ten Item Personality Inventory* (TIPI), a *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI), para avaliar a personalidade e a qualidade do sono, respetivamente. Foram também usados o Índice de Qualidade de Vida- Dermatologia (DLQI) e *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), para obter uma análise mais abrangente daquilo que define as variáveis psicossociais na psoríase e na DA.

### **Amostra**

De forma a obter uma amostra representativa da população com psoríase e DA, foi realizada a distribuição do questionário por via online, usando a plataforma “*Google Forms*” e presencialmente, tendo sido abordadas diversas instituições/associações com acesso a esta população. A amostra foi recolhida através da distribuição de um questionário online pela associação portuguesa da psoríase (PSOPortugal) e através da associação portuguesa da dermatite atópica, a ADERMAP. Outra parte da amostra foi recolhida através de um questionário aplicado presencialmente, no serviço de dermatologia do Hospital Geral de Santo António.

A amostra é composta por 72 pessoas com o diagnóstico de DA e 62 pessoas com o diagnóstico de psoríase, com 21.6% de indivíduos do sexo masculino e 77.6% do sexo feminino, com idades compreendidas entre 18 e 70, e uma média de 36,36 anos de idade (Tabela 1). Quanto ao estado civil grande parte da amostra é solteira (51.5%), nas habilitações literárias é maioritariamente licenciada, e encontra-se grande parte empregada. No que toca aos dados clínicos observa-se uma prevalência de lesões visíveis (91.8%) e de prurido (91%) (Tabela 2). Para os comportamentos de saúde, 76.9% da amostra reporta não fumar, 82.8% afirma não consumir álcool com regularidade, e 61.2% reporta não praticar atividade física (Tabela 3).

A amostra com DA tem idades compreendidas entre os 18 e 70, e uma média de 35.07 anos (Tabela 4), sendo composta por 16.7% de homens e 81.9% de mulheres. Quanto ao estado

civil grande parte da amostra é solteira (63.9%), nas habilitações literárias tem maioritariamente o mestrado, e encontra-se grande parte empregada (Tabela 5).

A amostra com psoríase tem idades compreendidas entre os 23 e 60, e uma média de 41 anos (Tabela 4), sendo composta por 27.4% de homens e 72.6% de mulheres. Quanto ao estado civil grande parte da amostra é casada/união de facto (56.5%), nas habilitações literárias é maioritariamente licenciada, e encontra-se grande parte empregada (Tabela 5).

Os critérios de inclusão foram, o diagnóstico de psoríase ou dermatite atópica, idade superior a 18 anos, e o preenchimento na sua totalidade dos instrumentos.

### **Hipóteses**

Este estudo teve por base as seguintes hipóteses:

H1<sub>0</sub>: Não há diferenças estatisticamente significativas entre a amostra com psoríase e a amostra com DA, na medida da personalidade;

H1<sub>a</sub>: Há diferenças estatisticamente significativas entre a amostra com psoríase a amostra com DA, na medida da personalidade;

H2<sub>0</sub>: Não há diferenças estatisticamente significativas entre a amostra com psoríase e a amostra com DA, na medida do sono;

H2<sub>a</sub>: Há diferenças estatisticamente significativas entre a amostra com psoríase e a amostra com DA, na medida do sono.

### **Instrumentos**

Foi desenvolvido, para este estudo, um questionário que visa obter informação sociodemográfica, dados clínicos e comportamentos de saúde. Os dados sociodemográficos incluem questões acerca do sexo, idade, estado civil, habilitações literárias e situação profissional. Os dados clínicos incluem questões acerca da dermatose do indivíduo, quais os sintomas que lhe estão associados, se tem outras doenças, se tem familiares com condições de pele, o grau em que a dermatose afetou a vida pessoal e social, se faz acompanhamento psicológico, e se toma ansiolíticos ou antidepressivos. A secção de comportamentos de saúde inclui questões como número de cigarros consumidos, número de cafés, quantidade de álcool consumido e o número de horas ao ar livre.

Para a avaliação da personalidade a TIPI composta por 10 itens, sendo a resposta dada numa escala linkert de sete pontos. A TIPI avalia a personalidade de acordo com o modelo Big

Five da personalidade, que define cinco traços da personalidade (extroversão ( $\alpha = .68$ ), afabilidade ( $\alpha = .40$ ), conscienciosidade ( $\alpha = .50$ ), estabilidade emocional ( $\alpha = .73$ ) e abertura à experiência ( $\alpha = .45$ )) (Nunes et al., 2018).

O PSQI pretende avaliar a qualidade do sono no período de um mês. O questionário é composto por 24 questões, das quais cinco, são apenas usadas para obter informação clínica e não são cotadas. As componentes abordadas são a qualidade de sono subjetiva, a latência do sono, a duração do sono, a eficiência do sono habitual, perturbações do sono, uso de medicação para dormir e disfunção durante o dia. As opções de resposta são dadas numa escala linkert de quatro pontos. A pontuação total varia entre 0 e 21, onde uma maior pontuação simboliza pior qualidade de sono. A versão portuguesa do instrumento tem um alfa de Cronbach de .70 (Del Rio João, 2017).

O DLQI para avaliar a qualidade de vida na população com dermatose, apresenta um alfa de Cronbach de .90. É composto por 10 itens, com quatro opções de resposta, podendo a pontuação variar entre 0 e 30. Uma pontuação entre 0 e 1 é indicativa de não haver impacto, de 2 a 5 é indicativa de impacto ligeiro, de 6 a 10 de impacto moderado, de 11 a 20 de impacto elevado e de 21 a 30 de impacto muito elevado (Afonso & Miranda, 2011).

A HADS que é composta por 14 itens e permite detetar estados clinicamente significativos de depressão, ansiedade e distress emocional. A pontuação total varia entre 0 e 42, e a pontuação das sub-escalas varia entre 0 e 21, com uma escala de resposta de quatro pontos. Quanto maior a pontuação das sub-escalas da HADS maior é o nível de depressão e ansiedade, sendo o ponto de corte a partir de oito. A escala total apresenta um alfa de Cronbach de .90, a sub-escala de depressão tem um alfa de Cronbach de .88, e a sub-escala de ansiedade apresenta um alfa de Cronbach de .91 (Pereira et al., 2008).

### **Análise estatística**

Para a análise estatística foi usado o SPSS (*Statiscal Package for the Social Science*). Inicialmente foi realizado uma análise descritiva para as variáveis sociodemográficas. Atendendo que a idade é uma medida escalar foi realizada um teste t para amostras independentes de forma a obter a média de idades para os dois grupos e analisar a presença de diferenças estatisticamente significativas.

Para análise de dados clínicos/comportamentos de saúde, por se tratar de variáveis categóricas é feito um teste qui-quadrado. Para as variáveis numéricas é realizado um teste t para amostras independentes. Para o nível de significância foi considerado o  $p \leq 0.05$ .

Para a análise das diferentes medidas, por se tratar de escalas, é novamente usado o teste t para amostras independentes. Para as medidas que diferenciam as dermatoses, foi realizada uma correlação de Pearson, entre estas e os dados sociodemográficos, os dados clínicos, os comportamentos de saúde e as restantes medidas avaliadas. Para a realização da correlação os dados sociodemográficos, clínicos e comportamentos de saúde foram considerados variáveis contínuas onde o sim, tem um valor de 1, e o não, tem um valor de 2.

## Resultados

### Caracterização da Amostra Total

[Inserir Tabela 1]

[Inserir Tabela 2]

[Inserir Tabela 3]

Na tabela 1 são apresentados os dados sociodemográficos obtidos para a amostra total. Na tabela 2 são apresentados os dados clínicos para a amostra total. Na tabela 3 são apresentados os comportamentos de saúde para a amostra total.

### Análise Comparativa de Dados Sociodemográficos

[Inserir Tabela 4]

[Inserir Tabela 5]

Relativamente à idade, na tabela 4 verifica-se que não há diferenças significativas ( $p = .059$ ;  $t_{(90)} = 1.94$ ) entre as idades da amostra com psoríase ( $M = 41$ ;  $DP = 9.86$ ) e da amostra com DA ( $M = 35.07$ ;  $DP = 12.63$ ). Avaliando as comparações entre as duas amostras (Tabela 5) há, diferenças significativas no estado civil [ $\chi^2 (1, N=134), p = .008$ ], onde há um maior número de pessoas solteiras na amostra com DA (63.9%) e um maior número de pessoas casadas ou em união de facto na amostra com psoríase (56.5%). Há diferenças significativas nas habilitações literárias [ $\chi^2 (6, N=134), p = .007$ ], onde há um maior número de pessoas com mestrado na amostra com DA (34.7%), e um maior número de pessoas com 10 a 12 anos de escolaridade na amostra com psoríase (35.5%). Observam-se ainda diferenças significativas quanto à situação profissional [ $\chi^2 (3, N=134), p = .002$ ], onde há um maior número de estudantes na amostra com DA (20.8%), e um maior número de empregados na amostra com psoríase (87.1%).

### **Análise Comparativa de Dados Clínicos**

[Inserir Tabela 6]

A análise comparativa dos dados clínicos revela que para o prurido [ $X^2 (1, N=134), p= .001$ ], há um maior número de pessoas com prurido na amostra com DA (98.6%). Verificam-se diferenças na variável de comorbilidades [ $X^2 (1, N=134), p= .002$ ], havendo maior presença de comorbilidades na amostra com DA (83.3%). Para a variável atividade de vida diária alterada verifica-se uma diferença significativa entre grupos [ $X^2 (1, N=134), p= .001$ ], onde a amostra com DA teve a sua atividade de vida diária alterada mais vezes (84.7%). Por último, verificam-se diferenças significativas na variável de atividade de vida profissional negada ([ $X^2 (1, N=134), p= .008$ ]), onde a amostra com psoríase teve a sua atividade profissional negada mais vezes (21%).

### **Análise Comparativa de Comportamentos de Saúde**

[Inserir Tabela 7]

[Inserir Tabela 8]

Encontram-se diferenças entre os dois grupos para a variável de ser fumador [ $X^2 (1, N=134), p= .001$ ], onde há um maior número de fumadores na amostra com psoríase (40.3%). Há também diferenças na variável atividade física [ $X^2 (1, N=134), p= .001$ ], onde a amostra com DA realiza mais atividade física (54.2%).

A análise realizada na tabela 8 demonstra que o grupo com psoríase ( $M= 2.06; DP= 1.32$ ) consome significativamente mais ( $p= .001; t_{(132)}=3.54$ ) cafés por dia do que a amostra com DA ( $M= 1.32; DP= 1.12$ ).

### **Estatística Descritiva das Escalas**

A estatística descritiva para os diferentes itens da escala DLQI, está presente na tabela 9.

[Inserir Tabela 9]

A estatística descritiva para os diferentes itens da escala PSQI, está presente na tabela 10.

[Inserir Tabela 10]

A estatística descritiva para os diferentes itens da escala TIPI, está presente na tabela 11.

[Inserir Tabela 11]

A estatística descritiva para os diferentes itens da escala HADS, está presente na tabela 12.

[Inserir Tabela 12]

### **Análise comparativa de Escalas**

[Inserir Tabela 13]

Para a testagem entre grupo, verifica-se na tabela 13 diferenças significativas no DLQI ( $p = .019$ ;  $t_{(132)} = 2.37$ ), onde a amostra com DA ( $M = 9.29$ ;  $DP = 6.49$ ) tem pior qualidade de vida do que a amostra com psoríase ( $M = 6.74$ ;  $DP = 5.87$ ). Para a variável HADS (Depressão) há também diferenças significativas ( $p = .018$ ;  $t_{(132)} = 1.56$ ), onde a amostra com psoríase ( $M = 7.48$ ;  $DP = 3.72$ ) tem um maior nível de depressão do que a amostra com DA ( $M = 5.9$ ;  $DP = 3.9$ ).

### **Correlações com Dados Sociodemográficos/Dados Clínicos/Comportamentos de Saúde**

Considerando as variáveis onde se verificaram diferenças significativas, foi feita uma correlação de Pearson com o DLQI e a HADS (Depressão) e com as variáveis socioeconómicas, com os dados clínicos e com os comportamentos de saúde. Na tabela 14, estão expostas as correlações significativas.

[Inserir Tabela 14]

No DLQI, na amostra com psoríase há uma correlação negativa significativa com a atividade de vida diária alterada ( $r = -.37$ ,  $p = .003$ ), onde pessoas que já tiveram a sua atividade alterada, apresentam uma pior qualidade de vida. Uma correlação negativa muito significativa com a relação com familiares/cônjuge ( $r = -.44$ ,  $p \leq .001$ ), onde pessoas que tiveram a relação com familiares/cônjuges afetada pela sua dermatose têm uma pior qualidade de vida. Por último, uma correlação muito significativa com a gravidade percebida ( $r = .40$ ,  $p = .001$ ), em que pessoas com maior gravidade percebida, têm uma pior qualidade de vida.

No DLQI, na amostra com DA há uma correlação negativa significativa com a atividade de vida diária alterada ( $r = -.29$ ,  $p = .014$ ), ou seja, pessoas que tiveram a sua atividade de vida diária alterada têm pior qualidade de vida. Regista-se uma correlação negativa muito significativa com a relação com familiares/cônjuge ( $r = -.39$ ,  $p \leq .001$ ), ou seja, pessoas que tiveram a relação com familiares/cônjuges afetada pela sua dermatose têm pior qualidade de vida. Verificou-se uma correlação negativa significativa com a atividade profissional negada ( $r = -.25$ ,  $p = .033$ ), ou seja, pessoas que tiveram a sua atividade profissional negada têm pior

qualidade de vida. Observa-se uma correlação negativa significativa com o condicionamento profissional ( $r = -.27, p = .024$ ), ou seja, pessoas que tiveram a sua atividade profissional condicionada têm pior qualidade de vida. Regista-se uma correlação positiva muito significativa com a satisfação com o tratamento ( $r = .47, p \leq .001$ ), ou seja, pessoas que estão mais satisfeitas com o seu tratamento têm melhor qualidade de vida.

Para a HADS (Depressão), na amostra com psoríase há uma correlação negativa significativa com a atividade de vida diária alterada ( $r = -.36, p = .004$ ), ou seja, pessoas que tiveram a sua atividade de vida diária alterada apresentam um maior nível de depressão. Observa-se uma correlação negativa significativa com a relação com familiares/cônjuge ( $r = -.39, p = .002$ ), ou seja, pessoas que tiveram a relação com familiares/cônjuges afetada pela sua dermatose apresentam um maior nível de depressão. Verifica-se uma correlação negativa significativa com o condicionamento profissional ( $r = -.37, p = .004$ ), ou seja, pessoas que tiveram a sua atividade profissional condicionada apresentam um maior nível de depressão. Observa-se uma correlação negativa com a presença de comorbidades ( $r = -.26, p = .042$ ), ou seja, pessoas que têm comorbidades apresentam um maior nível de depressão. Regista-se uma correlação negativa com o uso de medicação ( $r = -.36, p = .004$ ), ou seja, pessoas que usam medicação têm um maior nível de depressão. Observa-se uma correlação positiva significativa com a satisfação com o tratamento ( $r = .33, p = .01$ ), ou seja, pessoas que estão mais satisfeitas com o seu tratamento têm menor nível de depressão. Verifica-se uma correlação positiva com a realização de atividade física ( $r = .31, p = .013$ ), ou seja, pessoas que realizam atividade física têm um menor nível de depressão.

Para a HADS (Depressão), na amostra com DA há uma correlação negativa muito significativa com a relação com familiares/cônjuge ( $r = -.42, p \leq .001$ ), ou seja, pessoas que tiveram a relação com familiares/cônjuges afetada pela sua dermatose apresentam um maior nível de depressão. Observa-se uma correlação negativa significativa com a atividade profissional negada ( $r = -.27, p = .021$ ), onde pessoas que tiveram a sua atividade profissional negada têm um maior nível de depressão. Verifica-se uma correlação negativa significativa com o condicionamento profissional ( $r = -.29, p = .013$ ), onde pessoas que tiveram a sua atividade profissional condicionada têm um maior nível de depressão. Regista-se uma correlação negativa significativa com o uso de medicação ( $r = -.27, p = .021$ ), onde o uso de medicação está correlacionado com um maior nível de depressão.

### Correlações com Medidas Avaliadas

Considerando as variáveis onde se verificou diferenças significativas, foi feita outra correlação de Pearson com o DLQI e a HADS (Depressão) e com as outras medidas avaliadas. Na tabela 15 estão as correlações significativas.

[Inserir Tabela 15]

No DLQI, na amostra com psoríase há uma correlação positiva significativa com a PSQI ( $r = .33, p = .009$ ), ou seja, pessoas com pior qualidade de sono têm pior qualidade de vida. Verificou-se também uma correlação positiva muito significativa com a HADS (Depressão) ( $r = .43, p \leq .001$ ), ou seja, pessoas com pior qualidade de sono têm um maior nível de depressão.

No DLQI, na amostra com DA há uma correlação positiva significativa com a PSQI ( $r = .36, p = .002$ ), ou seja, pessoas com pior qualidade de sono têm pior qualidade de vida. Verifica-se ainda uma correlação positiva com a ansiedade ( $r = .29, p = .013$ ), ou seja, pessoas com maior nível de ansiedade têm pior qualidade de vida.

Na HADS (Depressão), na amostra com psoríase há uma correlação positiva muito significativa com a PSQI ( $r = .49, p \leq .001$ ), ou seja, pessoas com pior qualidade de sono têm um maior nível de depressão. Observa-se uma correlação negativa significativa com a extroversão ( $r = -.32, p = .01$ ), ou seja, quanto mais presente for o traço de extroversão, menor é o nível de depressão. Regista-se uma correlação negativa significativa com a estabilidade emocional ( $r = -.34, p = .006$ ), ou seja, quanto mais presente for o traço de estabilidade emocional, menor é o nível de depressão. Denota-se uma correlação negativa significativa com a abertura à experiência ( $r = -.26, p = .039$ ), ou seja, quanto mais presente for o traço de abertura à experiência, menor é o nível de depressão. Observa-se uma correlação positiva muito significativa com a ansiedade ( $r = .59, p \leq .001$ ), ou seja, quanto maior o nível de ansiedade, maior o nível de depressão. Verifica-se uma correlação positiva muito significativa com o DLQI ( $r = .43, p \leq .001$ ), ou seja, quanto pior a qualidade de vida, maior o nível de depressão.

Na HADS (Depressão), na amostra com DA há uma correlação positiva significativa com a PSQI ( $r = .23, p = .049$ ), onde um maior nível de depressão está associado a uma pior qualidade de sono. Observa-se uma correlação negativa significativa com a extroversão ( $r = -.28, p = .02$ ), ou seja, quanto mais presente for o traço de extroversão, menor é o nível de depressão. Verifica-se uma correlação negativa significativa com a conscienciosidade ( $r = -.26, p = .031$ ), ou seja, quanto mais presente for o traço de conscienciosidade, menor é o nível de depressão.

Regista-se uma correlação negativa muito significativa com a HADS (Ansiedade) ( $r = .54$ ,  $p \leq .001$ ), ou seja, quanto maior o nível de ansiedade, maior o nível de depressão.

## Discussão

Para a primeira hipótese da investigação (diferenças estatisticamente significativas entre a amostra com psoríase e a amostra com DA, na medida da personalidade), não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as duas amostras. Este resultado não se encontra de acordo com a literatura, que demonstra diferenças significativas para o traço de personalidade D, surgindo como mais prevalente na psoríase (Takahashi et al., 2013). Estas diferenças podem ser justificadas pelo recurso ao uso da TIPI para a avaliação dos traços de personalidade e a interpretação da personalidade de acordo com o modelo dos Big Five, avaliando a personalidade com diferentes fatores. Parece-nos este ser o primeiro estudo com este objetivo que usa a TIPI para análise da personalidade, evidenciando-se a importância da realização de mais investigação com recurso ao modelo Big Five. Na literatura a diferença entre traços de personalidade é salientada em função do género, onde medidas como a instabilidade emocional e o tipo D de personalidade são mais elevadas para mulheres com DA e para mulheres com psoríase, respetivamente (Takahashi et al., 2013; Basińska & Woźniewicz, 2013). Estas diferenças em função de género não foram verificadas na nossa amostra devido a falta de homogeneidade entre ambos. Apesar de não ter sido possível inferir estas diferenças entre as duas amostras, as emoções negativas associadas à personalidade tipo D e que são experienciadas mais frequentemente por pessoas com DA (Bahmer et al., 2007; Takahashi et al., 2013), poderão ser inferidas através da pontuação obtida na sub-escala da depressão na HADS. Contudo, na nossa amostra o nível de depressão era maior na amostra com psoríase, contrariamente ao encontrado na literatura (Bahmer et al., 2007). Uma das questões a denotar é o uso da HADS, por parte do nosso estudo, que avalia de forma precisa a presença de depressão, contrariamente à literatura que infere um maior grau de tristeza, e não de depressão clínica (Bahmer et al., 2007).

Para a segunda hipótese da investigação (diferenças estatisticamente significativas entre a amostra com psoríase e a amostra com DA, na medida do sono), não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as duas amostras. Contrariamente aos dados encontrados neste estudo, a literatura reporta uma pior qualidade de sono para pessoas com DA (Kaaz et al., 2018). Um dos motivos que poderá justificar estas diferenças, é não haver correlação entre a presença de prurido e a qualidade de sono. Havendo essa correlação e considerando que a DA apresenta significativamente mais prurido que a psoríase, já se poderiam denotar diferenças significativas. Outro fator que pode justificar a inexistência de

diferenças entre as dermatoses, é não haver diferenças em termos de personalidade, uma vez que, na literatura é reportado que certos traços como o neuroticismo, extroversão e conscienciosidade afetam a qualidade de sono (Duggan et al., 2014; Mead et al., 2021). A escassa literatura encontrada com o objetivo de diferenciar as dermatoses também contribui para não haver dados suficientes para corroborar a análise efetuada. Apesar destas diferenças não se denotarem, as duas amostras têm uma pontuação média para o PSQI, acima do ponto de corte de 5, ou seja, em média a amostra da psoríase e da DA apresentam uma má qualidade de sono. Este dado está de acordo com a literatura que reporta uma pior qualidade de sono nesta população (Alomayri et al., 2020; Yu et al., 2016; Shutty et al., 2013).

Tanto para o sono como para a personalidade não houve diferenças significativas, contudo foram encontradas diferenças significativas para o DLQI e para a sub-escala da depressão da HADS. Relativamente ao DLQI denotou-se uma pontuação mais elevada para a população com DA, estando de acordo com a literatura (Lundberg et al., 2000; Beikert et al., 2014). A pontuação do DLQI é influenciada para pessoas com psoríase e DA pela atividade de vida diária alterada e pela afetação das relações com familiares e cônjuges, demonstrando que pessoas que já tiveram a sua atividade diária alterada e/ou que viram as suas relações familiares/conjugais afetadas têm uma pior qualidade de vida. Estes dados podem ser justificados por serem abordadas questões de interrupção de vida diária e de relações com familiares e cônjuge no DLQI. Adicionalmente para a DA, a qualidade de vida é reduzida em pessoas que tiveram a sua atividade profissional negada e/ou condicionada. As diferenças denotam-se também na gravidade percebida que demonstra uma correlação muito significativa com a qualidade de vida, mas apenas na psoríase. Quanto à psoríase os dados encontrados são corroborados pela literatura que demonstram uma forte associação entre a gravidade da dermatose e a qualidade de vida, inclusive relatando que uma redução da gravidade está associada à melhoria da qualidade de vida (Mattei et al., 2014). A relação entre estes dois fatores demonstra-se ainda bidirecional onde uma pior qualidade de vida e a presença de stress contribuem para o aumento da sintomatologia (Kouris et al., 2017). Para a DA, os dados não estão totalmente de acordo com a literatura, que correlaciona a maior severidade da dermatose com a redução da qualidade de vida (Holm et al., 2016; Silverberg et al., 2018; Birdi et al., 2020). Contudo, há estudos que corroboram a inexistência de uma correlação significativa entre a severidade e a qualidade de vida (Castro et al., 2021), evidenciando a importância de mais investigação na área. Para os nossos resultados, esta

discrepância poderá ser justificada pelo uso de uma medida subjetiva para avaliar a gravidade, ao invés de uma medida como a *SCORing Atopic Dermatitis* (SCORAD) (Holm et al., 2016). O facto da gravidade percebida não se correlacionar com o DLQI, significa que poderá haver outras variáveis presentes na nossa amostra que façam com que a população com DA tenha pior qualidade de vida. Das variáveis que se correlacionam com o DLQI destaca-se a satisfação com o tratamento, tanto para a psoríase como para a DA, ou seja, pessoas que estão satisfeitas com o seu tratamento tem uma melhor qualidade de vida. Este dado está de acordo com a literatura (Wang et al., 2022), ou seja, a satisfação com o tratamento poderá ter um importante papel na qualidade de vida, reforçando assim a necessidade de um tratamento que satisfaça as necessidades da pessoa. É ainda de denotar que a correlação entre qualidade de vida e satisfação com o tratamento é mais significativa para pessoas com psoríase, comparativamente a pessoas com DA. Outro fator que afeta a qualidade de vida é a qualidade do sono, para ambas as amostras, onde um aumento da qualidade de sono está associado a uma melhor qualidade de vida. Esta relação sono e qualidade de vida nas dermatoses está evidenciado na literatura (Alomayri et al., 2020; Yu et al., 2016; Hawro et al., 2020; Melikoglu, 2017). A qualidade de vida é ainda afetada pelo nível de depressão e ansiedade. Este resultado é corroborado pela literatura que demonstra a correlação da depressão e da ansiedade de forma independente com a DA (Wittkowski et al., 2004; Kiebert et al., 2002), e com a psoríase (Schmitt & Ford, 2007; Demirci et al., 2020).

A sub-escala da depressão da HADS, foi outro fator de distinção entre as duas dermatoses, sendo o nível de depressão maior para pessoas com psoríase. Este resultado não está em conformidade com a literatura que atribui um maior valor de depressão à DA (Takahashi et al., 2013). Contudo é necessário de salientar a falta de literatura neste tema, e de no estudo de Takahashi et al. (2013), não ter sido usada a HADS para avaliação da depressão. Fatores que contribuem para um valor mais elevado de depressão na amostra com psoríase é a realização de atividade física, que se correlaciona significativamente com a depressão, estando de acordo com a literatura (Carek et al., 2011). O facto de a amostra com psoríase realizar significativamente menos atividade física poderá contribuir para um maior nível de depressão. Outros dois fatores que se correlacionam com a depressão na psoríase e não na DA são a atividade de vida alterada e a presença de comorbidades. Contudo, ambas as variáveis são mais prevalentes na DA, ou seja, há mais pessoas com DA que tiveram a sua atividade de vida alterada e que têm mais comorbidades. O facto de a pessoa estar satisfeita

com o tratamento também se correlacionada com um menor nível de depressão. O facto de a satisfação com o tratamento contribuir para uma melhor qualidade de vida, apenas na DA, e o facto de contribuir para um menor nível de depressão, apenas na psoríase, demonstra a necessidade de investigar o papel da satisfação com o tratamento na atenuação destas variáveis. Outra correlação muito significativa que se evidencia na depressão em pessoas com psoríase é a qualidade do sono. Que tanto neste estudo como na literatura apresenta uma forte correlação com a depressão (Hawro et al., 2020; Sahin et al., 2022).

Para o nível de depressão na DA denota-se que a disrupção da relação com os familiares e cônjuge encontra-se correlacionado com pior nível de depressão. Atualmente a literatura padece de investigação na relação da depressão com o funcionamento familiar/conjugal, indicando assim a necessidade de mais estudos junto da população com psoríase e DA. Contudo, extrapolando de outros estudos é possível observar que uma má relação familiar contribui para o aumento de depressão (Shao et al., 2020). Tal como no DLQI, ter a atividade profissional negada e/ou condicionada contribui para um maior nível de depressão, em pessoas com DA. A razão destes fatores se correlacionarem tanto com a qualidade de vida como com a depressão poderá estar relacionado com a maior presença de prurido nesta população. O prurido mais prevalente na amostra com DA poderá contribuir para explicar o porquê das variáveis de atividade profissional negada e condicionamento profissional, correlacionarem-se com a qualidade de vida e depressão. Analisando a literatura o prurido constitui um fator de risco para a depressão e para a disrupção do dia-a-dia, que por sua vez contribuiria para a afetação da atividade profissional e conseqüentemente para o nível de depressão (Silvernerg et al., 2019; Ständer et al., 2019). Salieta-se mais uma vez a necessidade de investigar as dermatoses, as suas variáveis psicossociais, e a criação de modelos explicativos. Outro dado encontrado é o aumento do nível de depressão, com o uso de medicação. Para nosso conhecimento este é o primeiro estudo que demonstra uma correlação entre o uso de medicação e depressão em amostras com dermatose.

De denotar que não houve uma correlação significativa entre o sexo feminino e o nível de depressão, contrariamente à literatura revista (Mina et al., 2015; Guillet et al., 2022). Contudo há artigos que demonstram que estas diferenças são apenas significativas para a depressão major e não para sintomas depressivos (Salk et al., 2017), o que explicaria não haver diferenças na nossa amostra. Alguns estudos evidenciam ainda a heterogeneidade na correlação entre género e psoríase (Nicholas & Gooderham, 2017).

Na nossa análise foi também possível de observar a relação entre traços de personalidade e depressão. A maior presença de extroversão demonstra reduzir o nível de depressão para ambas as condições, estando de acordo com a literatura (Jourdy & Petot, 2017). Uma pessoa que apresenta um maior traço de estabilidade emocional e abertura à experiência demonstram reduzir o nível de depressão, mas apenas para a psoríase. A relação entre depressão e abertura à experiência não é heterogénea na literatura, contudo há estudos que reportam uma correlação moderada entre estes dois fatores (Chiappelli et al., 2021). A presença do traço conscienciosidade demonstrou reduzir o nível de depressão, mas apenas para DA, que está de acordo com a literatura (Jourdy & Petot, 2017). Apesar dos dados serem corroborados pela literatura, os estudos usados como referência recorrem a uma amostra sem dermatose, portanto a investigação mais aprofundada com o modelo do Big Five das dermatoses demonstra-se um próximo passo que investigadores futuros deverão averiguar. Quanto aos fatores de personalidade, e contrariamente ao que é reportado, não há correlação entre o neuroticismo e a depressão (Jourdy & Petot, 2017).

## **Conclusão**

Este estudo serviu como um contributo para a caracterização e diferenciação das duas dermatoses, muito prevalentes na nossa sociedade. Apesar das hipóteses iniciais não terem sido confirmadas foi analisada todo um conjunto de informação que poderá vir a constituir a base para futuras investigações, pois muitas das relações encontradas neste estudo, para nosso conhecimento não foram abordadas na literatura. Atualmente a literatura padece de estudos que não só diferenciem as dermatoses, mas também que analisem alterações nas variáveis psicossociais na população com psoríase e DA. Deverá também haver uma reflexão futura de como as dermatoses podem alterar a forma como as variáveis se correlacionam entre si, comparativamente com uma amostra sem dermatose. A formação de modelos que expliquem a interação entre as diferentes variáveis também demonstra ser um passo necessário na investigação. Na avaliação destas populações deve ainda haver uma homogeneização dos instrumentos de avaliação a ser usados.

O objetivo final será a elaboração de estratégias terapêuticas cada vez mais precisas, através da consideração de variáveis psicossociais que possam interferir com a progressão da

dermatose, e que possam juntamente com esta, alterar o percurso de vida das pessoas, otimizando a sua qualidade de vida.

## Referências Bibliográficas

- Afonso, M.J. & Miranda, M.J. (2011). IQV-D. Índice de Qualidade de Vida – Dermatologia. Estudo de Validação para Portugal. Relatório de Investigação. Universidade de Lisboa: Faculdade de Psicologia e Centro de Investigação em Psicologia da Universidade de Lisboa
- Alomayri, W., Alanazi, N., & Faraj, F. (2020). Correlation Between Atopic Dermatitis and Sleep Quality Among Adults in Saudi Arabia. *Cureus*, 12(12), e12051. <https://doi.org/10.7759/cureus.12051>
- Bahmer, J. A., Kuhl, J., & Bahmer, F. A. (2007). How do personality systems interact in patients with psoriasis, atopic dermatitis and urticaria?. *Acta dermato-venereologica*, 87(4), 317–324. <https://doi.org/10.2340/00015555-0246>
- Basińska, M. A., & Woźniewicz, A. (2013). The relation between type D personality and the clinical condition of patients suffering from psoriasis. *Postepy dermatologii i alergologii*, 30(6), 381–387. <https://doi.org/10.5114/pdia.2013.39437>
- Beikert, F. C., Langenbruch, A. K., Radtke, M. A., Kornek, T., Purwins, S., & Augustin, M. (2014). Willingness to pay and quality of life in patients with atopic dermatitis. *Archives of dermatological research*, 306(3), 279–286. <https://doi.org/10.1007/s00403-013-1402-1>
- Bertino, L., Guarneri, F., Cannavò, S. P., Casciaro, M., Pioggia, G., & Gangemi, S. (2020). Oxidative Stress and Atopic Dermatitis. *Antioxidants (Basel, Switzerland)*, 9(3), 196. <https://doi.org/10.3390/antiox9030196>
- Birdi, G., Cooke, R., & Knibb, R. C. (2020). Impact of atopic dermatitis on quality of life in adults: a systematic review and meta-analysis. *International journal of dermatology*, 59(4), e75–e91. <https://doi.org/10.1111/ijd.14763>
- Carek, P. J., Laibstain, S. E., & Carek, S. M. (2011). Exercise for the treatment of depression and anxiety. *International journal of psychiatry in medicine*, 41(1), 15–28. <https://doi.org/10.2190/PM.41.1.c>
- Castro, C. R., Andrade, M. E. B., Pires, R. M. G., & Pires, M. C. (2021). Evaluation of depression, stress and quality of life indexes in patients with atopic dermatitis. *Anais brasileiros de dermatologia*, 96(5), 627–629. <https://doi.org/10.1016/j.abd.2020.09.010>
- Chiappelli, J., Kvarda, M., Bruce, H., Chen, S., Kochunov, P., & Hong, L. E. (2021). Stressful life events and openness to experience: Relevance to depression. *Journal of affective disorders*, 295, 711–716. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.08.112>

- Choi, J. H., Nam, G. E., Kim, D. H., Lee, J. Y., Han, K. D., & Cho, J. H. (2017). Association between sleep duration and the prevalence of atopic dermatitis and asthma in young adults. *Asian Pacific journal of allergy and immunology*, 35(3), 150–155. <https://doi.org/10.12932/AP0772>
- Del Rio João, K. A., Becker, N. B., de Neves Jesus, S., & Isabel Santos Martins, R. (2017). Validation of the Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-PT). *Psychiatry research*, 247, 225–229. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.11.042>
- Demirci, O. O., Ates, B., Sagaltici, E., Ocak, Z. G., & Altunay, I. K. (2020). Association of the attachment styles with depression, anxiety, and quality of life in patients with psoriasis. *Dermatologica Sinica*, 38(2), 81.
- Duggan, K. A., Friedman, H. S., McDevitt, E. A., & Mednick, S. C. (2014). Personality and healthy sleep: the importance of conscientiousness and neuroticism. *PloS one*, 9(3), e90628. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0090628>
- Drucker, A. M., Wang, A. R., Li, W. Q., Severson, E., Block, J. K., & Qureshi, A. A. (2017). The Burden of Atopic Dermatitis: Summary of a Report for the National Eczema Association. *The Journal of investigative dermatology*, 137(1), 26–30. <https://doi.org/10.1016/j.jid.2016.07.012>
- Guillet, C., Seeli, C., Nina, M., Maul, L. V., & Maul, J. T. (2022). The impact of gender and sex in psoriasis: What to be aware of when treating women with psoriasis. *International journal of women's dermatology*, 8(2), e010. <https://doi.org/10.1097/JW9.0000000000000010>
- Griffiths, C. E. M., Armstrong, A. W., Gudjonsson, J. E., & Barker, J. N. W. N. (2021). Psoriasis. *Lancet (London, England)*, 397(10281), 1301–1315. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32549-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32549-6)
- Hawro, T., Hawro, M., Zalewska-Janowska, A., Weller, K., Metz, M., & Maurer, M. (2020). Pruritus and sleep disturbances in patients with psoriasis. *Archives of dermatological research*, 312(2), 103–111. <https://doi.org/10.1007/s00403-019-01998-7>
- Henry, A. L., Kyle, S. D., Chisholm, A., Griffiths, C., & Bundy, C. (2017). A cross-sectional survey of the nature and correlates of sleep disturbance in people with psoriasis. *The British journal of dermatology*, 177(4), 1052–1059. <https://doi.org/10.1111/bjd.15469>
- Holm, J. G., Agner, T., Clausen, M. L., & Thomsen, S. F. (2016). Quality of life and disease severity in patients with atopic dermatitis. *Journal of the European Academy of*

- Dermatology and Venereology: JEADV, 30(10), 1760–1767.  
<https://doi.org/10.1111/jdv.13689>
- Jaworek, A. K., Jaworek, M., Szafraniec, K., Wojas-Pelc, A., & Szepietowski, J. C. (2021). Melatonin and sleep disorders in patients with severe atopic dermatitis. *Postepy dermatologii i alergologii*, 38(5), 746–751. <https://doi.org/10.5114/ada.2020.95028>
- Jeon, C., Yan, D., Nakamura, M., Sekhon, S., Bhutani, T., Berger, T., & Liao, W. (2017). Frequency and Management of Sleep Disturbance in Adults with Atopic Dermatitis: A Systematic Review. *Dermatology and therapy*, 7(3), 349–364. <https://doi.org/10.1007/s13555-017-0192-3>
- Jourdy, R., & Petot, J. M. (2017). Relationships between personality traits and depression in the light of the “Big Five” and their different facets. *L'évolution Psychiatrique*, 82(4), e27-e37. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2017.08.002>
- Kaaz, K., Szepietowski, J. C., & Matusiak, Ł. (2019). Influence of Itch and Pain on Sleep Quality in Atopic Dermatitis and Psoriasis. *Acta dermato-venereologica*, 99(2), 175–180. <https://doi.org/10.2340/00015555-3065>
- Kiebert, G., Sorensen, S. V., Revicki, D., Fagan, S. C., Doyle, J. J., Cohen, J., & Fivenson, D. (2002). Atopic dermatitis is associated with a decrement in health-related quality of life. *International journal of dermatology*, 41(3), 151–158. <https://doi.org/10.1046/j.1365-4362.2002.01436.x>
- Kim, H. N., Cho, J., Chang, Y., Ryu, S., Shin, H., & Kim, H. L. (2015). Association between Personality Traits and Sleep Quality in Young Korean Women. *PloS one*, 10(6), e0129599. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0129599>
- Kouris, A., Platsidaki, E., Kouskoukis, C., & Christodoulou, C. (2017). Psychological parameters of psoriasis. *Psychiatrike = Psychiatriki*, 28(1), 54–59. <https://doi.org/10.22365/jpsych.2017.281.54>
- Krajewska-Włodarczyk, M., Owczarczyk-Saczonek, A., & Placek, W. (2018). Sleep disorders in patients with psoriatic arthritis and psoriasis. *Reumatologia*, 56(5), 301–306. <https://doi.org/10.5114/reum.2018.79501>
- Langan, S. M., Irvine, A. D., & Weidinger, S. (2020). Atopic dermatitis. *Lancet (London, England)*, 396(10247), 345–360. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31286-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31286-1)
- Li, J. C., Fishbein, A., Singam, V., Patel, K. R., Zee, P. C., Attarian, H., Cella, D., & Silverberg, J. I. (2018). Sleep Disturbance and Sleep-Related Impairment in Adults With Atopic

- Dermatitis: A Cross-sectional Study. *Dermatitis : contact, atopic, occupational, drug*, 29(5), 270–277. <https://doi.org/10.1097/DER.0000000000000401>
- Lim, D. S., Bewley, A., & Oon, H. H. (2018). Psychological Profile of Patients with Psoriasis. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 47(12), 516–522.
- Lin, T. K., Zhong, L., & Santiago, J. L. (2017). Association between Stress and the HPA Axis in the Atopic Dermatitis. *International journal of molecular sciences*, 18(10), 2131. <https://doi.org/10.3390/ijms18102131>
- Lopes, C., Pinto, L., Leite, C., Delgado, L., Moreira, A., & Lourinho, I. (2016). Personality Traits May Influence the Severity of Atopic Dermatitis in Adult Patients: A Pilot Study. *Journal of investigational allergology & clinical immunology*, 26(3), 198–199. <https://doi.org/10.18176/jiaci.0056>
- Luca, M., Musumeci, M. L., D'Agata, E., & Micali, G. (2020). Depression and sleep quality in psoriatic patients: impact of psoriasis severity. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 24(1), 102–104. <https://doi.org/10.1080/13651501.2019.1659372>
- Lundberg, L., Johannesson, M., Silverdahl, M., Hermansson, C., & Lindberg, M. (2000). Health-related quality of life in patients with psoriasis and atopic dermatitis measured with SF-36, DLQI and a subjective measure of disease activity. *Acta dermato-venereologica*, 80(6), 430–434. <https://doi.org/10.1080/000155500300012873>
- Mattei, P. L., Corey, K. C., & Kimball, A. B. (2014). Psoriasis Area Severity Index (PASI) and the Dermatology Life Quality Index (DLQI): the correlation between disease severity and psychological burden in patients treated with biological therapies. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology: JEADV*, 28(3), 333–337. <https://doi.org/10.1111/jdv.12106>
- Mayo Clinic (2020). Atopic Dermatitis (Eczema). Retirado em abril, 2020, de <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/atopic-dermatitis-eczema/symptoms-causes/syc-20353273>
- Mayo Clinic (2020). Psoriasis. Retirado em abril, 2020, de <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/psoriasis/symptoms-causes/syc20355840>
- Mead, M. P., Persich, M. R., Duggan, K. A., Veronda, A., & Irish, L. A. (2021). Big 5 personality traits and intraindividual variability in sleep duration, continuity, and timing. *Sleep health*, 7(2), 238–245. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2020.11.008>

- Melikoglu M. (2017). Sleep Quality and its Association with Disease Severity in Psoriasis. *The Eurasian journal of medicine*, 49(2), 124–127. <https://doi.org/10.5152/eurasianjmed.2017.17132>
- Mina, S., Jabeen, M., Singh, S., & Verma, R. (2015). Gender differences in depression and anxiety among atopic dermatitis patients. *Indian journal of dermatology*, 60(2), 211. <https://doi.org/10.4103/0019-5154.152564>
- Molina-Leyva, A., Caparros-delMoral, I., Ruiz-Carrascosa, J. C., Naranjo-Sintes, R., & Jimenez-Moleon, J. J. (2015). Elevated prevalence of Type D (distressed) personality in moderate to severe psoriasis is associated with mood status and quality of life impairment: a comparative pilot study. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology : JEADV*, 29(9), 1710–1717. <https://doi.org/10.1111/jdv.12960>
- Nicholas, M. N., & Gooderham, M. (2017). Psoriasis, Depression, and Suicidality. *Skin therapy letter*, 22(3), 1–4.
- Nunes, A., Limpo, T., Lima, C. F., & Castro, S. L. (2018). Short Scales for the Assessment of Personality Traits: Development and Validation of the Portuguese Ten-Item Personality Inventory (TIPI). *Frontiers in psychology*, 9, 461. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00461>
- Oji, V., & Luger, T. A. (2015). The skin in psoriasis: assessment and challenges. *Clinical and experimental rheumatology*, 33(5 Suppl 93), S14–S19.
- Pereira, M. G., & Figueiredo, A. P. (2008). Depressão, ansiedade e stress pós-traumático em doentes com cancro colo-rectal: validação do Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) e Impact of Events Scale (IES) numa amostra de doentes oncológicos.
- Pezzolo, E., & Naldi, L. (2020). Epidemiology of major chronic inflammatory immune-related skin diseases in 2019. *Expert review of clinical immunology*, 16(2), 155–166. <https://doi.org/10.1080/1744666X.2020.1719833>
- Remröd, C., Sjöström, K., & Svensson, A. (2013). Psychological differences between early- and late-onset psoriasis: a study of personality traits, anxiety and depression in psoriasis. *The British journal of dermatology*, 169(2), 344–350. <https://doi.org/10.1111/bjd.12371>
- Remröd, C., Sjöström, K., & Svensson, Å. (2015). Pruritus in psoriasis: a study of personality traits, depression and anxiety. *Acta dermato-venereologica*, 95(4), 439–443. <https://doi.org/10.2340/00015555-1975>

- Richard, M. A., Paul, C., Nijsten, T., Gisondi, P., Salavastru, C., Taieb, C., Trakatelli, M., Puig, L., Stratigos, A., & EADV burden of skin diseases project team (2022). Prevalence of most common skin diseases in Europe: a population-based study. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* : JEADV, 36(7), 1088–1096. <https://doi.org/10.1111/jdv.18050>
- Sahin, E., Hawro, M., Weller, K., Sabat, R., Philipp, S., Kokolakis, G., Christou, D., Metz, M., Maurer, M., & Hawro, T. (2022). Prevalence and factors associated with sleep disturbance in adult patients with psoriasis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology: JEADV*, 10.1111/jdv.17917. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/jdv.17917>
- Salk, R. H., Hyde, J. S., & Abramson, L. Y. (2017). Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychological bulletin*, 143(8), 783–822. <https://doi.org/10.1037/bul0000102>
- Schmitt, J. M., & Ford, D. E. (2007). Role of depression in quality of life for patients with psoriasis. *Dermatology (Basel, Switzerland)*, 215(1), 17–27. <https://doi.org/10.1159/000102029>
- Schut, C., Reinisch, K., Classen, A., Andres, S., Gieler, U., & Kupfer, J. (2018). Agreeableness as Predictor of Induced Scratching in Patients with Atopic Dermatitis: A Replication Study. *Acta dermato-venereologica*, 98(1), 32–37. <https://doi.org/10.2340/00015555-2767>
- Shao, R., He, P., Ling, B., Tan, L., Xu, L., Hou, Y., Kong, L., & Yang, Y. (2020). Prevalence of depression and anxiety and correlations between depression, anxiety, family functioning, social support and coping styles among Chinese medical students. *BMC psychology*, 8(1), 38. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00402-8>
- Shutty, B. G., West, C., Huang, K. E., Landis, E., Dabade, T., Browder, B., O'Neill, J., Kinney, M. A., Feneran, A. N., Taylor, S., Yentzer, B., McCall, W. V., Fleischer, A. B., Jr, & Feldman, S. R. (2013). Sleep disturbances in psoriasis. *Dermatology online journal*, 19(1), 1. Silverberg, J. I., Gelfand, J. M., Margolis, D. J., Boguniewicz, M., Fonacier, L., Grayson, M. H., Simpson, E. L., Ong, P. Y., & Chiesa Fuxench, Z. C. (2018). Patient burden and quality of life in atopic dermatitis in US adults: A population-based cross-sectional study. *Annals of allergy, asthma & immunology : official publication of the American College of Allergy, Asthma, & Immunology*, 121(3), 340–347. <https://doi.org/10.1016/j.anai.2018.07.006>

- Silverberg J. I. (2019). Comorbidities and the impact of atopic dermatitis. *Annals of allergy, asthma & immunology : official publication of the American College of Allergy, Asthma, & Immunology*, 123(2), 144–151. <https://doi.org/10.1016/j.anai.2019.04.020>
- Smolensky, M. H., Portaluppi, F., Manfredini, R., Hermida, R. C., Tiseo, R., Sackett-Lundeen, L. L., & Haus, E. L. (2015). Diurnal and twenty-four-hour patterning of human diseases: acute and chronic common and uncommon medical conditions. *Sleep medicine reviews*, 21, 12–22. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2014.06.005>
- Ständer, S., Yosipovitch, G., Bushmakina, A. G., Cappelleri, J. C., Luger, T., Tom, W. L., Ports, W. C., Zielinski, M. A., Tallman, A. M., Tan, H., & Gerber, R. A. (2019). Examining the association between pruritus and quality of life in patients with atopic dermatitis treated with crisaborole. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology : JEADV*, 33(9), 1742–1746. <https://doi.org/10.1111/jdv.15712>
- Stephan, Y., Sutin, A. R., Bayard, S., Križan, Z., & Terracciano, A. (2018). Personality and sleep quality: Evidence from four prospective studies. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 37(3), 271–281. <https://doi.org/10.1037/hea0000577>
- Strathie Page, S., Weston, S., & Loh, R. (2016). Atopic dermatitis in children. *Australian family physician*, 45(5), 293–296
- Tas, B., Kabeloglu, V., Soysal, A., & Atakli, D. (2020). Sleep Quality in Psoriasis Patients and its Relations with Possible Affecting Factors. *Sisli Etfal Hastanesi tip bulteni*, 54(2), 181–187. <https://doi.org/10.14744/SEMB.2018.53189>
- Takahashi, H., Tsuji, H., Honma, M., Shibaki, H., Nakamura, S., Hashimoto, Y., Takahashi, M., Koike, K., Takei, A., Ishida-Yamamoto, A., & Iizuka, H. (2013). Japanese patients with psoriasis and atopic dermatitis show distinct personality profiles. *The Journal of dermatology*, 40(5), 370–373. <https://doi.org/10.1111/1346-8138.12087>
- Wang, C., Aranishi, T., Reed, C., Anderson, P., Austin, J., Davis, V. A., Quinones, E., & Piercy, J. (2022). Impact of Patient and Physician Disconnect on Satisfaction with Treatment for Atopic Dermatitis in Japan. *Dermatology and therapy*, 10.1007/s13555-022-00866-z. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s13555-022-00866-z>
- Wittkowski, A., Richards, H. L., Griffiths, C. E., & Main, C. J. (2004). The impact of psychological and clinical factors on quality of life in individuals with atopic dermatitis. *Journal of*

psychosomatic research, 57(2), 195–200. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00572-5](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00572-5)

Yu, S. H., Attarian, H., Zee, P., & Silverberg, J. I. (2016). Burden of Sleep and Fatigue in US Adults With Atopic Dermatitis. *Dermatitis: contact, atopic, occupational, drug*, 27(2), 50–58. <https://doi.org/10.1097/DER.0000000000000161>

# **Anexo I: Tabelas**

**Tabela 1***Dados Sociodemográficos da amostra total*

| <b>Variáveis</b>               | <b>n (%)</b> | <b>[Min.-Máx]</b> | <b>M</b> | <b>DP</b> |
|--------------------------------|--------------|-------------------|----------|-----------|
| <b>Sociodemográficas</b>       |              |                   |          |           |
| Idade                          |              | [18-70]           | 36.36    | 12.28     |
| <b>Sexo</b>                    |              |                   |          |           |
| Masculino                      | 29 (21.6)    |                   |          |           |
| Feminino                       | 104 (77.6)   |                   |          |           |
| <b>Estado Civil</b>            |              |                   |          |           |
| Solteiro                       | 69 (51.5)    |                   |          |           |
| Casado/União de Facto          | 58 (43.3)    |                   |          |           |
| Divorciado/Separado            | 7 (5.2)      |                   |          |           |
| <b>Habilitações Literárias</b> |              |                   |          |           |
| 5 a 6 anos                     | 2 (1.5)      |                   |          |           |
| 7 a 9 anos                     | 5 (3.7)      |                   |          |           |
| 10 a 12 anos                   | 36 (26.9)    |                   |          |           |
| Licenciatura                   | 45 (33.6)    |                   |          |           |
| Mestrado                       | 34 (25.4)    |                   |          |           |
| Doutoramento                   | 5 (3.7)      |                   |          |           |
| Bacharelato                    | 7 (5.2)      |                   |          |           |
| <b>Situação Profissional</b>   |              |                   |          |           |
| Empregado                      | 104 (77.6)   |                   |          |           |
| Desempregado                   | 8 (6)        |                   |          |           |
| Reformado                      | 5 (3.7)      |                   |          |           |
| Estudante                      | 15 (11.2)    |                   |          |           |

**Tabela 2***Dados clínicos da amostra total*

| <b>Dados Clínicos</b>             | <b>n (%)</b> |
|-----------------------------------|--------------|
| Visibilidade                      |              |
| Sim                               | 123 (91.8%)  |
| Não                               | 11 (8.2)     |
| Prurido                           |              |
| Sim                               | 122 (91)     |
| Não                               | 12 (9.0)     |
| Comorbidades                      |              |
| Sim                               | 97 (72.4)    |
| Não                               | 37 (27.6)    |
| Acompanhamento Psicológico        |              |
| Sim                               | 31 (23.1)    |
| Não                               | 103 (76.9)   |
| Uso de Medicação                  |              |
| Sim                               | 32 (23.9)    |
| Não                               | 102 (76.1)   |
| Atividade de Vida Diária Alterada |              |
| Sim                               | 97 (72.4)    |
| Não                               | 37 (27.6)    |
| Atividade de Vida Profissional    |              |
| Negada                            |              |
| Sim                               | 17 (12.7)    |
| Não                               | 117 (87.3)   |
| Condicionamento Profissional      |              |
| Sim                               | 39 (29.1)    |
| Não                               | 95 (70.9)    |
| Relação com Familiares/Cônjuge    |              |
| Sim                               | 69 (51.5)    |
| Não                               | 65 (48.5)    |

| <b>Dados Clínicos (Cont.)</b> | <b>n (%)</b> |
|-------------------------------|--------------|
| <hr/>                         |              |
| Familiar com Doença de Pele   |              |
| Sim                           | 68 (50.7)    |
| Não                           | 66 (49.3)    |
| Gravidade Percebida           |              |
| Ligeira                       | 24 (17.9)    |
| Moderada                      | 62 (46.3)    |
| Grave                         | 48 (35.8)    |
| Satisfação com o Tratamento   |              |
| Sim                           | 74 (55.2)    |
| Não                           | 59 (44)      |
| <hr/>                         |              |

**Tabela 3***Comportamentos de saúde da amostra total*

| <b>Comportamentos de saúde</b> | <b>n (%)</b> | <b>[Min.-Máx]</b> | <b>M</b> | <b>DP</b> |
|--------------------------------|--------------|-------------------|----------|-----------|
| Ingestão diária de café        |              |                   |          |           |
| Total                          |              | 0-5               | 1.66     | 1.27      |
| Fumador                        |              |                   |          |           |
| Sim                            | 31 (23.1)    |                   |          |           |
| Não                            | 103 (76.9)   |                   |          |           |
| Consumo de álcool regular      |              |                   |          |           |
| Sim                            | 23 (17.2)    |                   |          |           |
| Não                            | 111 (82.8)   |                   |          |           |
| Atividade física               |              |                   |          |           |
| Sim                            | 52 (38.8)    |                   |          |           |
| Não                            | 82 (61.2)    |                   |          |           |

**Tabela 4***Idades das duas amostras*

| <b>Idade</b>      | <b>[Min.-Máx]</b> | <b><i>M</i></b> | <b><i>DP</i></b> | <b><i>p</i></b> | <b><i>t (90)</i></b> | <b><i>d de Cohen</i></b> |
|-------------------|-------------------|-----------------|------------------|-----------------|----------------------|--------------------------|
| Psoríase          | [23-60]           | 41              | 9.86             | .059            | 1.94                 | .49                      |
| Dermatite Atópica | [18-70]           | 35.07           | 12.63            |                 |                      |                          |

**Tabela 5***Comparação dos dados sociodemográficos nas duas amostras*

| Medidas Avaliadas       | n (%)     |           | p     | df  | Resíduos ajustados |      |
|-------------------------|-----------|-----------|-------|-----|--------------------|------|
|                         | Psoríase  | DA        |       |     | Psoríase           | DA   |
| Sexo                    |           |           |       |     |                    |      |
| Masculino               | 17 (27.4) | 12 (16.7) | .14   | 1   | 1.5                | -1.5 |
| Feminino                | 45 (72.6) | 59 (81.9) |       |     | -1.5               | 1.5  |
| Estado Civil            |           |           |       |     |                    |      |
| Solteiro                | 23 (37.1) | 46 (63.9) | .008* | 2   | -3.1               | 3.1  |
| Casado/União de Facto   | 35 (56.5) | 23 (31.9) |       |     | 2.9                | -2.9 |
| Divorciado/Separado     | 4 (6.5)   | 3 (4.2)   |       |     | .6                 | -.6  |
| Habilitações Literárias |           |           |       |     |                    |      |
| 5 a 6 anos              | 2 (3.2)   | 0 (0)     | .007* | 6   | 1.5                | -1.5 |
| 7 a 9 anos              | 4 (6.5)   | 1 (1.4)   |       |     | 1.5                | -1.5 |
| 10 a 12 anos            | 22 (35.5) | 14 (19.4) |       |     | 2.1                | -2.1 |
| Licenciatura            | 23 (37.1) | 22 (30.6) |       |     | .8                 | -.8  |
| Mestrado                | 9 (14.5)  | 25 (34.7) |       |     | -2.7               | 2.7  |
| Doutoramento            | 1 (1.6)   | 4 (5.6)   |       |     | -1.2               | 1.2  |
| Bacharelato             | 1 (1.6)   | 6 (8.3)   | -1.7  | 1.7 |                    |      |
| Situação Profissional   |           |           |       |     |                    |      |
| Empregado               | 54 (87.1) | 50 (69.4) | .002* | 3   | 2.9                | -2.9 |
| Desempregado            | 4 (6.5)   | 4 (5.6)   |       |     | .3                 | -.3  |
| Reformado               | 2 (3.2)   | 3 (4.2)   |       |     | -.2                | .2   |
| Estudante               | 0 (0)     | 15 (20.8) |       |     | -3.8               | 3.8  |

\* $p < .05$

**Tabela 6***Comparação dos dados clínicos nas duas amostras*

| Dados Clínicos                 | n (%)     |           | p      | df | Resíduos ajustados |      |
|--------------------------------|-----------|-----------|--------|----|--------------------|------|
|                                | Psoríase  | DA        |        |    | Psoríase           | DA   |
| Visibilidade                   |           |           |        |    |                    |      |
| Sim                            | 55 (88.7) | 68 (94.4) | .23    | 1  | -1.2               | 1.2  |
| Não                            | 7 (11.3)  | 4 (5.6)   |        |    | 1.2                | -1.2 |
| Prurido                        |           |           |        |    |                    |      |
| Sim                            | 51 (82.3) | 71 (98.6) | .001** | 1  | -3.3               | 3.3  |
| Não                            | 11 (17.7) | 1 (1.4)   |        |    | 3.3                | -3.3 |
| Comorbidades                   |           |           |        |    |                    |      |
| Sim                            | 37 (59.7) | 60 (83.3) | .002*  | 1  | -3.1               | 3.1  |
| Não                            | 25 (40.3) | 12 (16.7) |        |    | 3.1                | -3.1 |
| Acompanhamento Psicológico     |           |           |        |    |                    |      |
| Sim                            | 13 (21)   | 18 (25)   | .581   | 1  | -.6                | .6   |
| Não                            | 49 (79)   | 54 (75)   |        |    | .6                 | -.6  |
| Uso de Medicação               |           |           |        |    |                    |      |
| Sim                            | 19 (30.6) | 13 (18.1) | .088   | 1  | 1.7                | -1.7 |
| Não                            | 43 (69.4) | 59 (81.9) |        |    | -1.7               | 1.7  |
| Atividade de Vida Diária       |           |           |        |    |                    |      |
| Alterada                       |           |           |        |    |                    |      |
| Sim                            | 36 (58.1) | 61 (84.7) | .001** | 1  | -3.4               | 3.4  |
| Não                            | 26 (41.9) | 11 (15.3) |        |    | 3.4                | -3.4 |
| Atividade de Vida Profissional |           |           |        |    |                    |      |
| Negada                         |           |           |        |    |                    |      |
| Sim                            | 13 (21)   | 4 (5.6)   | .008*  | 1  | 2.7                | -2.7 |
| Não                            | 49 (79)   | 68 (94.4) |        |    | -2.7               | 2.7  |
| Condicionamento Profissional   |           |           |        |    |                    |      |
| Sim                            | 15 (24.2) | 24 (33.3) | .246   | 1  | -1.2               | 1.2  |
| Não                            | 47 (75.8) | 48 (66.7) |        |    | 1.2                | -1.2 |

| Dados Clínicos (Cont.)      | n (%)     |           | <i>p</i> | <i>df</i> | Resíduos ajustados |      |
|-----------------------------|-----------|-----------|----------|-----------|--------------------|------|
|                             | Psoríase  | DA        |          |           | Psoríase           | DA   |
| Relação com                 |           |           |          |           |                    |      |
| Famíliares/Cônjuge          |           |           |          |           |                    |      |
| Sim                         | 27 (43.5) | 42 (58.3) | .088     | 1         | -1.7               | 1.7  |
| Não                         | 35 (56.5) | 30 (41.7) |          |           | 1.7                | -1.7 |
| Familiar com Doença de Pele |           |           |          |           |                    |      |
| Sim                         | 33 (53.2) | 35 (48.6) | .594     | 1         | .5                 | -.5  |
| Não                         | 29 (46.8) | 37 (51.4) |          |           | -.5                | .5   |
| Gravidade Percebida         |           |           |          |           |                    |      |
| Ligeira                     | 14 (22.6) | 10 (13.9) | .391     | 2         | 1.3                | -1.3 |
| Moderada                    | 26 (41.9) | 36 (50)   |          |           | -.9                | .9   |
| Grave                       | 22 (35.5) | 26 (36.1) |          |           | -.1                | .1   |
| Satisfação com o Tratamento |           |           |          |           |                    |      |
| Sim                         | 32 (51.6) | 42 (58.3) | .497     | 1         | -.7                | .7   |
| Não                         | 29 (46.8) | 30 (41.7) |          |           | .7                 | -.7  |

\**p*<.05. \*\**p*≤.001

**Tabela 7***Comparação dos comportamentos de saúde nas duas amostras*

| Comportamentos de Saúde   | n (%)     |           | p      | df | Resíduos ajustados |      |
|---------------------------|-----------|-----------|--------|----|--------------------|------|
|                           | Psoríase  | DA        |        |    | Psoríase           | DA   |
| Fumador                   |           |           |        |    |                    |      |
| Sim                       | 25 (40.3) | 6 (8.3)   | .001** | 1  | 4.4                | -4.4 |
| Não                       | 37 (59.7) | 66 (91.7) |        |    | -4.4               | 4.4  |
| Consumo de álcool regular |           |           |        |    |                    |      |
| Sim                       | 12 (19.4) | 11 (15.3) | .533   | 1  | .6                 | -.6  |
| Não                       | 50 (80.6) | 61 (84.7) |        |    | -.6                | .6   |
| Atividade física          |           |           |        |    |                    |      |
| Sim                       | 13 (21)   | 39 (54.2) | .001** | 1  | -3.9               | 3.9  |
| Não                       | 49 (79)   | 33 (45.8) |        |    | 3.9                | -3.9 |

\* $p < .05$ . \*\* $p \leq .001$ **Tabela 8***Consumo de café diário*

| Consumo de Café   | [Min.-Máx] | M    | DP   | p      | t (132) | d de Cohen |
|-------------------|------------|------|------|--------|---------|------------|
| Psoríase          | [0-5]      | 2.06 | 1.32 | .001** | 3.54    | .26        |
| Dermatite Atópica | [0-5]      | 1.32 | 1.12 |        |         |            |

\* $p < .05$ . \*\* $p \leq .001$

**Tabela 9***Modalidades de Resposta no DLQI*

| <b>DLQI</b> | <b>n (%)</b> |
|-------------|--------------|
| DLQI 1      |              |
| Nada        | 19 (14.2)    |
| Um Pouco    | 50 (37.3)    |
| Bastante    | 30 (22.4)    |
| Muito       | 35 (26.1)    |
| DLQI 2      |              |
| Nada        | 39 (29.1)    |
| Um Pouco    | 46 (34.3)    |
| Bastante    | 23 (17.2)    |
| Muito       | 26 (19.4)    |
| DLQI 3      |              |
| Nada        | 65 (48.5)    |
| Um Pouco    | 42 (31.3)    |
| Bastante    | 16 (11.9)    |
| Muito       | 11 (8.2)     |
| DLQI 4      |              |
| Nada        | 51 (38.1)    |
| Um Pouco    | 37 (27.6)    |
| Bastante    | 22 (16.4)    |
| Muito       | 24 (17.9)    |
| DLQI 5      |              |
| Nada        | 70 (52.2)    |
| Um Pouco    | 41 (30.6)    |
| Bastante    | 17 (12.7)    |
| Muito       | 6 (4.5)      |

| <b>DLQI (Cont.)</b> | <b>n (%)</b> |
|---------------------|--------------|
| DLQI 6              |              |
| Nada                | 92 (68.7)    |
| Um Pouco            | 25 (18.7)    |
| Bastante            | 6 (4.5)      |
| Muito               | 11 (8.2)     |
| DLQI 7              |              |
| Nada                | 101 (75.4)   |
| Um Pouco            | 27 (20.1)    |
| Bastante            | 4 (3)        |
| Muito               | 2 (1.5)      |
| DLQI 8              |              |
| Nada                | 95 (70.9)    |
| Um Pouco            | 27 (20.1)    |
| Bastante            | 9 (6.7)      |
| Muito               | 3 (2.2)      |
| DLQI 9              |              |
| Nada                | 90 (67.2)    |
| Um Pouco            | 25 (18.7)    |
| Bastante            | 11 (8.2)     |
| Muito               | 8 (6)        |
| DLQI 10             |              |
| Nada                | 56 (41.8)    |
| Um Pouco            | 51 (39.1)    |
| Bastante            | 19 (14.2)    |
| Muito               | 8 (6)        |

**Tabela 10***Modalidades de Resposta no PSQI*

| <b>PSQI</b>        | <b>n (%)</b> |
|--------------------|--------------|
| PSQI5 A            |              |
| Nunca              | 36 (26.9)    |
| Menos de 1x/semana | 44 (32.8)    |
| 1x ou 2x/semana    | 25 (18.7)    |
| 3x/semana          | 29 (21.6)    |
| PSQI5 B            |              |
| Nunca              | 20 (14.9)    |
| Menos de 1x/semana | 31 (23.1)    |
| 1x ou 2x/semana    | 29 (21.6)    |
| 3x/semana          | 54 (40.3)    |
| PSQI5 C            |              |
| Nunca              | 29 (21.6)    |
| Menos de 1x/semana | 32 (23.9)    |
| 1x ou 2x/semana    | 23 (17.2)    |
| 3x/semana          | 50 (37.3)    |
| PSQI5 D            |              |
| Nunca              | 63 (47)      |
| Menos de 1x/semana | 37 (27.6)    |
| 1x ou 2x/semana    | 17 (12.7)    |
| 3x/semana          | 17 (12.7)    |
| PSQI5 E            |              |
| Nunca              | 85 (63.4)    |
| Menos de 1x/semana | 22 (16.4)    |
| 1x ou 2x/semana    | 13 (9.7)     |
| 3x/semana          | 14 (10.4)    |

---

| <b>PSQI (Cont.)</b> | <b>n (%)</b> |
|---------------------|--------------|
| PSQI5 F             |              |
| Nunca               | 58 (43.3)    |
| Menos de 1x/semana  | 39 (29.1)    |
| 1x ou 2x/semana     | 21 (15.7)    |
| 3x/semana           | 16 (11.9)    |
| PSQI5 G             |              |
| Nunca               | 64 (47.8)    |
| Menos de 1x/semana  | 35 (26.1)    |
| 1x ou 2x/semana     | 24 (17.0)    |
| 3x/semana           | 11 (8.2)     |
| PSQI5 H             |              |
| Nunca               | 35 (26.1)    |
| Menos de 1x/semana  | 43 (32.1)    |
| 1x ou 2x/semana     | 32 (23.9)    |
| 3x/semana           | 24 (17.9)    |
| PSQI5 I             |              |
| Nunca               | 56 (41.8)    |
| Menos de 1x/semana  | 39 (29.1)    |
| 1x ou 2x/semana     | 21 (15.7)    |
| 3x/semana           | 18 (13.4)    |
| PSQI5 J             |              |
| Nunca               | 55 (41)      |
| Menos de 1x/semana  | 22 (16.4)    |
| 1x ou 2x/semana     | 18 (13.4)    |
| 3x/semana           | 39 (29.1)    |
| PSQI 6              |              |
| Nunca               | 30 (22.4)    |
| Menos de 1x/semana  | 48 (35.8)    |
| 1x ou 2x/semana     | 32 (23.9)    |
| 3x/semana           | 24 (17.9)    |

---

---

| <b>PSQI (Cont.)</b> | <b>n (%)</b> |
|---------------------|--------------|
| PSQI 7              |              |
| Nunca               | 56 (41.8)    |
| Menos de 1x/semana  | 33 (24.6)    |
| 1x ou 2x/semana     | 33 (24.6)    |
| 3x/semana           | 12 (9)       |
| PSQI 8              |              |
| Nunca               | 95 (70.9)    |
| Menos de 1x/semana  | 20 (14.9)    |
| 1x ou 2x/semana     | 8 (6)        |
| 3x/semana           | 11 (8,2)     |
| PSQI 9              |              |
| Nunca               | 53 (39.6)    |
| Menos de 1x/semana  | 32 (23.9)    |
| 1x ou 2x/semana     | 30 (22.4)    |
| 3x/semana           | 19 (14.2)    |

---

**Tabela 11***Modalidades de Resposta na TIPI*

| <b>TIPI</b>               | <b>n (%)</b> |
|---------------------------|--------------|
| <b>TIPI 1</b>             |              |
| Discordo Totalmente       | 8 (6)        |
| Discordo Moderadamente    | 19 (14.2)    |
| Discordo um Pouco         | 15 (11.2)    |
| Nem Concordo nem Discordo | 14 (10.4)    |
| Concordo um Pouco         | 28 (20.9)    |
| Concordo Moderadamente    | 37 (27.6)    |
| Concordo Totalmente       | 13 (9.7)     |
| <b>TIPI 2</b>             |              |
| Discordo Totalmente       | 58 (43.3)    |
| Discordo Moderadamente    | 22 (16.4)    |
| Discordo um Pouco         | 14 (10.4)    |
| Nem Concordo nem Discordo | 13 (9.7)     |
| Concordo um Pouco         | 22 (16.4)    |
| Concordo Moderadamente    | 4 (3)        |
| Concordo Totalmente       | 1 (0.7)      |
| <b>TIPI 3</b>             |              |
| Discordo Totalmente       | 5 (3.7)      |
| Discordo Moderadamente    | 9 (6.7)      |
| Discordo um Pouco         | 12 (9)       |
| Nem Concordo nem Discordo | 9 (6.7)      |
| Concordo um Pouco         | 32 (23.9)    |
| Concordo Moderadamente    | 44 (32.8)    |
| Concordo Totalmente       | 23 (17.2)    |

| <b>TIPI (Cont.)</b>       | <b>n (%)</b> |
|---------------------------|--------------|
| <b>TIPI 4</b>             |              |
| Discordo Totalmente       | 3 (2.2)      |
| Discordo Moderadamente    | 3 (2.2)      |
| Discordo um Pouco         | 8 (6)        |
| Nem Concordo nem Discordo | 4 (3)        |
| Concordo um Pouco         | 21 (15.7)    |
| Concordo Moderadamente    | 36 (26.9)    |
| Concordo Totalmente       | 59 (44)      |
| <b>TIPI 5</b>             |              |
| Discordo Totalmente       | 1 (0.7)      |
| Discordo Moderadamente    | 10 (7.5)     |
| Discordo um Pouco         | 15 (11.2)    |
| Nem Concordo nem Discordo | 9 (6.7)      |
| Concordo um Pouco         | 37 (27.6)    |
| Concordo Moderadamente    | 32 (23.9)    |
| Concordo Totalmente       | 30 (22.4)    |
| <b>TIPI 6</b>             |              |
| Discordo Totalmente       | 15 (11.2)    |
| Discordo Moderadamente    | 19 (14.2)    |
| Discordo um Pouco         | 12 (9)       |
| Nem Concordo nem Discordo | 13 (9.7)     |
| Concordo um Pouco         | 39 (29.1)    |
| Concordo Moderadamente    | 19 (14.2)    |
| Concordo Totalmente       | 17 (12.7)    |

| <b>TIPI (Cont.)</b>       | <b>n (%)</b> |
|---------------------------|--------------|
| <b>TIPI 7</b>             |              |
| Discordo Totalmente       | 1 (0.7)      |
| Discordo Moderadamente    | 1 (0.7)      |
| Discordo um Pouco         | 6 (4.5)      |
| Nem Concordo nem Discordo | 11 (8.2)     |
| Concordo um Pouco         | 27 (20.1)    |
| Concordo Moderadamente    | 48 (35.8)    |
| Concordo Totalmente       | 40 (29.9)    |
| <b>TIPI 8</b>             |              |
| Discordo Totalmente       | 37 (27.6)    |
| Discordo Moderadamente    | 22 (16.4)    |
| Discordo um Pouco         | 14 (10.4)    |
| Nem Concordo nem Discordo | 15 (11.2)    |
| Concordo um Pouco         | 27 (20.1)    |
| Concordo Moderadamente    | 14 (10.4)    |
| Concordo Totalmente       | 5 (3.7)      |
| <b>TIPI 9</b>             |              |
| Discordo Totalmente       | 20 (14.9)    |
| Discordo Moderadamente    | 22 (16.4)    |
| Discordo um Pouco         | 28 (20.9)    |
| Nem Concordo nem Discordo | 19 (14.2)    |
| Concordo um Pouco         | 21 (15.7)    |
| Concordo Moderadamente    | 14 (10.4)    |
| Concordo Totalmente       | 10 (7.5)     |
| <b>TIPI 10</b>            |              |
| Discordo Totalmente       | 24 (17.9)    |
| Discordo Moderadamente    | 31 (23.1)    |
| Discordo um Pouco         | 29 (21.6)    |
| Nem Concordo nem Discordo | 21 (15.7)    |

---

| <b>TIPI (Cont.)</b>    | <b>n (%)</b> |
|------------------------|--------------|
| Concordo um Pouco      | 17 (12.7)    |
| Concordo Moderadamente | 7 (5.2)      |
| Concordo Totalmente    | 5 (3.7)      |

---

**Tabela 12***Modalidades de Resposta na HADS*

| <b>HADS</b>                 | <b>n (%)</b> |
|-----------------------------|--------------|
| HADS 1                      |              |
| Nunca                       | 3 (2.2)      |
| Por vezes                   | 51 (38.1)    |
| Muitas vezes                | 59 (44)      |
| Quase sempre                | 21 (15.7)    |
| HADS 2                      |              |
| Tanto como antes            | 53 (39.6)    |
| Não tanto agora             | 62 (46.3)    |
| Só um pouco                 | 14 (10.4)    |
| Quase nada                  | 5 (3.7)      |
| HADS 3                      |              |
| De modo algum               | 45 (33.6)    |
| Um pouco, mas não me aflige | 37 (27.6)    |
| Sim, mas não muito forte    | 37 (27.6)    |
| Sim e muito forte           | 15 (11.2)    |
| HADS 4                      |              |
| Tanto como antes            | 67 (50)      |
| Não tanto como antes        | 54 (40.3)    |
| Muito menos agora           | 13 (9.7)     |
| Nunca                       | 0 (0)        |
| HADS 5                      |              |
| Quase nunca                 | 8 (6)        |
| Por vezes                   | 41 (30.6)    |
| Muitas vezes                | 50 (37.3)    |
| A maior parte do tempo      | 35 (26.1)    |

| <b>HADS (Cont.)</b>               | <b>n (%)</b> |
|-----------------------------------|--------------|
| <b>HADS 6</b>                     |              |
| Quase sempre                      | 35 (26.1)    |
| De vez em quando                  | 72 (53.7)    |
| Poucas vezes                      | 25 (18.7)    |
| Nunca                             | 2 (1.5)      |
| <b>HADS 7</b>                     |              |
| Quase sempre                      | 15 (11.2)    |
| Muitas vezes                      | 32 (23.9)    |
| Por vezes                         | 79 (59)      |
| Nunca                             | 8 (6)        |
| <b>HADS 8</b>                     |              |
| Nunca                             | 19 (14.2)    |
| Por vezes                         | 54 (40.3)    |
| Muitas vezes                      | 40 (29.9)    |
| Quase sempre                      | 21 (15.7)    |
| <b>HADS 9</b>                     |              |
| Nunca                             | 53 (39.6)    |
| Por vezes                         | 54 (40.3)    |
| Muitas vezes                      | 18 (13.4)    |
| Quase sempre                      | 9 (6.7)      |
| <b>HADS 10</b>                    |              |
| Tenho o mesmo interesse de sempre | 49 (36.6)    |
| Talvez cuide menos que antes      | 42 (31.3)    |
| Não dou a atenção que devia       | 36 (26.9)    |
| Completamente                     | 7 (5.2)      |
| <b>HADS 11</b>                    |              |
| Nada                              | 35 (26.1)    |
| Não muito                         | 64 (47.8)    |
| Bastante                          | 29 (21.6)    |
| Muito                             | 6 (4.5)      |

---

| <b>HADS (Cont.)</b>  | <b>n (%)</b> |
|----------------------|--------------|
| <hr/>                |              |
| HADS 12              |              |
| Tanto como antes     | 43 (32.1)    |
| Não tanto como antes | 48 (35.8)    |
| Bastante menos agora | 29 (21.6)    |
| Quase nunca          | 14 (10.4)    |
| HADS 13              |              |
| Nunca                | 61 (45.5)    |
| Por vezes            | 50 (37.3)    |
| Bastantes vezes      | 16 (11.9)    |
| Muitas vezes         | 7 (5.2)      |
| HADS 14              |              |
| Muitas vezes         | 70 (52.2)    |
| De vez em quando     | 41 (30.6)    |
| Poucas vezes         | 14 (10.4)    |
| Quase nunca          | 9 (6.7)      |

---

**Tabela 13***Comparação das medidas avaliadas nas duas amostras*

| Medidas Avaliadas      | Psoríase |           | DA       |           | <i>p</i> | <i>t</i> (132) | <i>d de Cohen</i> |
|------------------------|----------|-----------|----------|-----------|----------|----------------|-------------------|
|                        | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> |          |                |                   |
| DLQI                   | 6.74     | 5.87      | 9.26     | 6.49      | .019*    | 2.37           | .41               |
| Extroversão            | 4.21     | 1.61      | 4.03     | 1.68      | ns       | .64            | .11               |
| Afabilidade            | 5.52     | 1.2       | 5.62     | 1.09      | ns       | .47            | .08               |
| Conscienciosidade      | 4.83     | 1.49      | 4.71     | 1.56      | ns       | .46            | .08               |
| Estabilidade Emocional | 2.72     | 1.55      | 2.9      | 1.39      | ns       | .75            | .13               |
| Abertura à Experiência | 5.06     | 1.21      | 4.79     | 1.32      | ns       | 1.17           | .20               |
| PSQI                   | 8.47     | 3.7       | 7.72     | 3.77      | ns       | 1.15           | .19               |
| HADS (Ansiedade)       | 9.63     | 4.14      | 8.49     | 4.29      | ns       | 2.39           | .27               |
| HADS (Depressão)       | 7.48     | 3.72      | 5.9      | 3.9       | .018*    | 1.56           | .41               |

*\*p<.05. ns-não significativo*

**Tabela 14***Correlações entre dados clínicos e comportamentos de saúde*

|                                   | DLQI     |        | HADS (Depressão) |        |
|-----------------------------------|----------|--------|------------------|--------|
|                                   | Psoríase | DA     | Psoríase         | DA     |
| Atividade de Vida Diária Alterada | -.37*    | -.29*  | -.36*            | -      |
| Relação com Familiares/Cônjuge    | -.44**   | -.39** | -.39*            | -.42** |
| Gravidade Percebida               | .40**    | -      | -                | -      |
| Atividade Profissional Negada     | -        | -.25*  | -                | -.27*  |
| Condicionamento Profissional      | -        | -.27*  | -.37*            | -.29*  |
| Comorbidades                      | -        | -      | -.26*            | -      |
| Uso de Medicação                  | -        | -      | -.36*            | -.27*  |
| Satisfação com o Tratamento       | -        | .47**  | .33*             | -      |
| Atividade Física                  | -        | -      | .31*             | -      |

*\*p<.05. \*\*p≤.001**Nota.* Travessão nas células onde não foi obtida uma correlação significativa

**Tabela 15***Correlações entre as mediadas avaliadas*

|                        | DLQI     |      | HADS (Depressão) |       |
|------------------------|----------|------|------------------|-------|
|                        | Psoríase | DA   | Psoríase         | DA    |
| PSQI                   | .33*     | .36* | .49**            | .23*  |
| Extroversão            | -        | -    | -.32*            | -.28* |
| Estabilidade Emocional | -        | -    | -.34*            | -     |
| Abertura à Experiência | -        | -    | -.26*            | -     |
| Conscienciosidade      | -        | -    | -                | -.26* |
| HADS (Depressão)       | .43**    | .36* | 1                | 1     |
| HADS (Ansiedade)       | -        | .29* | .59**            | .54** |
| DLQI                   | 1        | 1    | .43**            | .36*  |

*\*p<.05. \*\*p≤.001**Nota.* Travessão nas células onde não foi obtida uma correlação significativa

# **Anexo II: Questionário Aplicado**

**Código:** \_\_\_\_\_

**Dados a Preencher pelo Clínico (Psoríase)**

**Tipo de Psoríase:** \_\_\_\_\_

**Severidade:** Ligeira  Moderada  Grave

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA RECOLHA DE DADOS EM  
PESSOAS COM DOENÇA DERMATOLÓGICA

**Termo de aceitação de participação voluntária**

O presente estudo visa recolher informação acerca de variáveis psicossociais em doentes com dermatoses. Os resultados serão um importante contributo para o desenvolvimento de estratégias terapêuticas mais adequadas às necessidades da pessoa. Esta investigação está a ser realizada por um grupo de investigadores do Instituto Universitário de Ciências da Saúde-CESPU.

Será garantida a total confidencialidade e o uso exclusivo dos dados recolhidos para a investigação mencionada. Informamos que a participação neste estudo é livre e a qualquer momento poderá desistir. Qualquer esclarecimento poderá ser efetuado através do email: [dermoinv.22@gmail.com](mailto:dermoinv.22@gmail.com). Poderá ainda contactar a investigadora principal, Professora Doutora Vera Almeida, através do email: [vera.almeida@iucs.cespu.pt](mailto:vera.almeida@iucs.cespu.pt).

Agradecemos, desde já, a sua disponibilidade e colaboração na presente investigação.

Declaro que fui informado acerca das condições, objetivo e instruções do presente estudo, bem como da possibilidade de desistência a qualquer momento, se for essa a minha vontade.

Fui informado que os dados obtidos serão registados e poderão ser divulgados em publicações de natureza científica ou académica, sendo garantido o anonimato dos mesmos.

Declaro que concordo em participar no estudo e cumprir as instruções que me foram fornecidas.

Assinatura,

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

---

Participante

Código: \_\_\_\_\_

### Dados Sociodemográficos (Psoríase)

|  |
|--|
| <b>Sexo:</b> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> <b>Idade:</b> _____ Anos   |
| <b>Estado Civil:</b> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado/ União de Facto <input type="checkbox"/> Divorciado/Separado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/>   |
| <b>Habilitações Literárias:</b> Sem Escolaridade <input type="checkbox"/> 1 a 4 anos <input type="checkbox"/> 5 a 6 anos <input type="checkbox"/><br>7 a 9 anos <input type="checkbox"/> 10 a 12 anos <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutoramento <input type="checkbox"/><br>Bacharelato <input type="checkbox"/> |
| <b>Situação Profissional:</b> Empregado <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Reformado <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/>   |

### Dados Clínicos

|  |
|--|
| <b>Ano em que recebeu o primeiro diagnóstico de psoríase:</b> _____  |
| <b>Idade com que recebeu o diagnóstico de psoríase:</b> _____ Anos   |
| <b>As suas lesões de psoríase estão em zonas visíveis:</b> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>   |
| <b>Tem prurido (comichão):</b> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>   |
| <b>Possui outras doenças para além da psoríase:</b> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>  |
| <b>Se sim, quais (Pode assinalar múltiplas respostas)?:</b>  |
| Doenças Respiratórias <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Colesterol <input type="checkbox"/> Doenças Osteoarticulares <input type="checkbox"/> |
| Doenças Cardiovasculares <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/>  |
| Doenças Renais <input type="checkbox"/> Surdez <input type="checkbox"/> Alergias Alimentares <input type="checkbox"/>  |
| <b>Outras:</b> _____   |
| <b>Tem acompanhamento por psicólogo e/ou psiquiatra:</b> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>   |
| <b>Se sim, início das consultas:</b> > 6 meses <input type="checkbox"/> < 6 meses <input type="checkbox"/>   |
| <b>Número de consultas por ano:</b> _____  |
| <b>Toma ansiolíticos ou antidepressivos:</b> _____   |
| <b>Teve que alterar as suas atividades de vida diária por causa da psoríase:</b><br>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>                          |
| <b>Se sim, em média, quantos dias tem que alterar (últimos 6 meses):</b> _____   |
| <b>Alguma vez lhe foi negado o acesso a alguma atividade profissional por causa da psoríase?:</b> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>            |
| <b>A psoríase condicionou a sua opção profissional:</b> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>  |
| <b>A psoríase afeta ou afetou a sua relação com a sua família/cônjuge:</b> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>                                   |

Código: \_\_\_\_\_

Existem outros membros da família com uma doença dermatológica (p.e. psoríase):

Sim  Não

Se sim, qual(ais) a(s) doença(s) de pele?: \_\_\_\_\_

Se sim, vive junto com a(s) pessoa(s)?: Sim  Não

Considera a sua psoríase: Ligeira  Moderada  Grave

Está satisfeito(a) com tratamento atual da sua psoríase? Sim  Não

#### Comportamentos de Saúde (última semana)

É fumador?: Sim  Não

Nº de cafés por dia: \_\_\_\_\_

Bebe regularmente bebidas alcoólicas?: Sim  Não

Faz exercício físico com regularidade?: Sim  Não

Em média, nº de horas de permanência ao ar livre por dia: \_\_\_\_\_

# ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA – DERMATOLOGIA (IQV-D)

Forma Experimental Portuguesa, Lisboa, 2004

A preencher pelo(a) médico(a) ou enfermeiro(a):

Instituição/Serviço: \_\_\_\_\_

Zona: Norte  Centro  Sul

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
          d      m      a

IQV-D

RB

(Não preencher)

Diagnóstico: Principal \_\_\_\_\_ Duração da doença \_\_\_\_\_

Outros \_\_\_\_\_ Duração da doença \_\_\_\_\_

## QUESTIONÁRIO

A finalidade do QUESTIONÁRIO é avaliar quanto o seu problema de pele o(a) afectou DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Por favor marque UMA resposta a cada uma das 10 perguntas.

Assim:

|    |  |                                       |  |  |
|----|--|---------------------------------------|--|--|
| 1. | Na última semana sentiu a pele <b>irritada e mais sensível, comichão</b> ou <b>sensação de picadas</b> ?   | Muito<br>Bastante<br>Um pouco<br>Nada | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |  |
| 2. | Na última semana sentiu-se <b>embaraçado(a)</b> ou <b>incomodado(a)</b> por causa do estado da sua pele?   | Muito<br>Bastante<br>Um pouco<br>Nada | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |  |
| 3. | Na última semana até que ponto o seu problema de pele prejudicou a sua vida normal ( <b>fazer compras, cuidar da casa, tratar das plantas, etc.</b> )? | Muito<br>Bastante<br>Um pouco<br>Nada | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | Não aplicável <input type="checkbox"/> |
| 4. | Na última semana a escolha da <b>roupa</b> que usou teve que ver com o estado da sua pele?   | Muito<br>Bastante<br>Um pouco<br>Nada | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | Não aplicável <input type="checkbox"/> |

# ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA – DERMATOLOGIA (IQV-D)

Forma Experimental Portuguesa, Lisboa, 2004

|     |  |                                       |  |  |
|-----|--|---------------------------------------|--|--|
| 5.  | Na última semana até que ponto o seu problema de pele afectou o <b>convívio com outras pessoas</b> ou mesmo os seus <b>tempos livres</b> ?   | Muito<br>Bastante<br>Um pouco<br>Nada | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | Não aplicável <input type="checkbox"/> |
| 6.  | Na última semana até que ponto o seu problema de pele o(a) impediu de praticar <b>desporto</b> ?   | Muito<br>Bastante<br>Um pouco<br>Nada | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | Não aplicável <input type="checkbox"/> |
| 7.  | Na última semana o seu problema de pele impediu-o(a) de <b>trabalhar</b> ou <b>estudar</b> ?   | Sim<br>Não                            | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>   | Não aplicável <input type="checkbox"/> |
|     | <i>Se a sua resposta foi <u>NÃO</u>, até que ponto a sua pele foi problema no <b>trabalho</b> ou na <b>escola</b>?</i>   | Bastante<br>Um pouco<br>Nada          | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                             |  |
| 8.  | Na última semana o estado da sua pele criou-lhe problemas no relacionamento com <b>colegas de trabalho, o/a seu/sua companheiro(a),</b> alguns <b>amigos próximos</b> ou <b>familiares</b> ? | Muito<br>Bastante<br>Um pouco<br>Nada | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | Não aplicável <input type="checkbox"/> |
| 9.  | Na última semana até que ponto o seu problema de pele afectou a sua <b>vida sexual</b> ?   | Muito<br>Bastante<br>Um pouco<br>Nada | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | Não aplicável <input type="checkbox"/> |
| 10. | Na última semana até que ponto os <b>tratamentos</b> para a sua pele lhe criaram problemas, por exemplo de sujar a casa ou lhe tomarem demasiado tempo?                                      | Muito<br>Bastante<br>Um pouco<br>Nada | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | Não aplicável <input type="checkbox"/> |

**POR FAVOR VERIFIQUE SE RESPONDEU A TODAS AS PERGUNTAS, E COM UMA ÚNICA RESPOSTA A CADA UMA.**

**OBRIGADO.**

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

© A.Y. Finlay, G.K. Khan, 1992.

Interdita a reprodução, ainda que parcial, do presente documento.

Versão portuguesa autorizada ([cpsicomt@fpce.ul.pt](mailto:cpsicomt@fpce.ul.pt))

## TIPI-P - Inventário de Personalidade de 10 Itens – Versão Portuguesa

### *Ten-Item Personality Inventory*

Samuel D. Gosling, Peter J. Rentfrow, and William B. Swann Jr., 2003<sup>1</sup>

Versão portuguesa de Andreia Nunes, Teresa Limpo, César F. Lima e São Luís Castro, 2018<sup>2</sup>

Encontra a seguir um **conjunto de traços de personalidade** que podem ou não aplicar-se a si. Por favor escreva um número a seguir a cada afirmação indicando em que medida está de acordo, ou em desacordo, com ela. Deve avaliar em que medida cada par de traços se aplica a si, mesmo que uma das características se aplique melhor do que a outra. Indique a sua resposta colocando à frente de cada afirmação a letra que melhor se aplica a si, de acordo com a seguinte escala:

---

| Discordo totalmente | Discordo moderadamente | Discordo um pouco | Nem concordo nem discordo | Concordo um pouco | Concordo moderadamente | Concordo totalmente |
|---------------------|------------------------|-------------------|---------------------------|-------------------|------------------------|---------------------|
| A                   | B                      | C                 | D                         | E                 | F                      | G                   |

---

#### *Vejo-me como uma pessoa*

1. Extrovertida, entusiasta. \_\_\_\_\_
  2. Conflituosa, que critica os outros. \_\_\_\_\_
  3. De confiança, com auto-disciplina. \_\_\_\_\_
  4. Ansiosa, que se preocupa facilmente. \_\_\_\_\_
  5. Com muitos interesses, aberta a experiências novas. \_\_\_\_\_
  6. Reservada, calada.
  7. Compreensiva, afetuosa.
  8. Desorganizada, descuidada. \_\_\_\_\_
  9. Calma, emocionalmente estável. \_\_\_\_\_
  10. Convencional, pouco criativa. \_\_\_\_\_
- 

**Cotação** (os itens com o seu número a **bold** e, a seguir, sinalizados, com a “**INV**” devem ser cotados inversamente, ou seja: **A - DISCORDO TOTALMENTE = 7 pontos; G - CONCORDO TOTALMENTE = 1 ponto):**

**Extroversão = 1 + 6 INV; Afabilidade = 2 INV + 7; Conscienciosidade = 3 + 8 INV; Estabilidade Emocional = 4 INV + 9; Abertura à Experiência = 5 + 10 INV.**

---

<sup>1</sup> Gosling, S. D., Rentfrow, P. J., & Swann Jr., W. B. (2003). A very brief measure of the Big-Five personality domains. *Journal of Research in Personality, 37*, 504-528.

<sup>2</sup> Nunes, A., Limpo, T., Lima, C. F., & Castro, S. L. (2018). Short scales for the assessment of personality traits: Development and validation of the Portuguese Ten-Item Personality Inventory (TIPI). *Frontiers in Psychology, 9*(461). doi:10.3389/fpsyg.2018.00461

# Índice de qualidade do sono de Pittsburgh – versão portuguesa (PSQI-PT)

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

As questões a seguir são referentes à sua qualidade de sono apenas durante o **mês passado**. As suas respostas devem indicar o mais correctamente possível o que aconteceu na **maioria** dos dias e noites do último mês. Por favor responda a todas as questões.

1) Durante o mês passado, a que horas se deitou à noite na maioria das vezes?

Horário de deitar: \_\_\_\_\_h\_\_\_\_\_min

2) Durante o mês passado, quanto tempo (em minutos) demorou para adormecer na maioria das vezes?

Minutos demorou a adormecer: \_\_\_\_\_min

3) Durante o mês passado, a que horas acordou (levantou) de manhã na maioria das vezes?

Horário de acordar: \_\_\_\_\_h\_\_\_\_\_min

4) Durante o mês passado, quantas horas de sono por noite dormiu? (pode ser diferente do número de horas que ficou na cama).

Horas de noite de sono: \_\_\_\_\_h\_\_\_\_\_min

Para cada uma das questões seguintes, escolha uma única resposta, a que lhe pareça mais correta. Por favor, responda a todas as questões.

5) Durante o mês passado, quantas vezes teve problemas para dormir por causa de:

a) Demorar mais de 30 minutos para adormecer:

|                                |   |   |  |
|--------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana | <input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana | <input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais |
|--------------------------------|---|---|--|

b) Acordar ao meio da noite ou de manhã muito cedo:

|                                |   |   |  |
|--------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana | <input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana | <input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais |
|--------------------------------|---|---|--|

c) Levantar-se para ir à casa de banho:

|                                |   |   |  |
|--------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana | <input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana | <input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais |
|--------------------------------|---|---|--|

d) Ter dificuldade para respirar:

|                                |   |   |  |
|--------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana | <input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana | <input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais |
|--------------------------------|---|---|--|

e) Tossir ou ressonar alto:

|                                |   |   |  |
|--------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana | <input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana | <input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais |
|--------------------------------|---|---|--|

f) Sentir muito frio:

|                                |   |   |  |
|--------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana | <input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana | <input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais |
|--------------------------------|---|---|--|

g) Sentir muito calor:

|                                |   |   |  |
|--------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana | <input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana | <input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais |
|--------------------------------|---|---|--|

h) Ter sonhos maus ou pesadelos:

|                                |   |   |  |
|--------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana | <input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana | <input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais |
|--------------------------------|---|---|--|

i) Sentir dores:

|                                |   |   |  |
|--------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana | <input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana | <input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais |
|--------------------------------|---|---|--|

j) Outra razão, por favor, descreva: \_\_\_\_\_

Quantas vezes teve problemas para dormir por esta razão, durante o mês passado?

|                                |   |   |  |
|--------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana | <input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana | <input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais |
|--------------------------------|---|---|--|

6) Durante o mês passado, como classificaria a qualidade do seu sono?

|                                    |                              |                             |                                   |
|------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Muito boa | <input type="checkbox"/> Boa | <input type="checkbox"/> Má | <input type="checkbox"/> Muito Má |
|------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|

7) Durante o mês passado, tomou algum medicamento para dormir receitado pelo médico, ou indicado por outra pessoa (farmacêutico, amigo, familiar), ou mesmo por sua iniciativa?

|                                |   |   |  |
|--------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana | <input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana | <input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais |
|--------------------------------|---|---|--|

8) Durante o mês passado, teve problemas em ficar acordado durante as refeições, ou enquanto conduzia, ou enquanto participava nalguma atividade social?

|                                |   |   |  |
|--------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana | <input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana | <input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais |
|--------------------------------|---|---|--|

9) Durante o mês passado, sentiu pouca vontade ou falta de entusiasmo para realizar as suas atividades diárias?

|                                |   |   |  |
|--------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana | <input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana | <input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais |
|--------------------------------|---|---|--|

10) Vive com um(a) companheiro(a)?

|                              |   |  |   |
|------------------------------|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim, mas em outro quarto | <input type="checkbox"/> sim, no mesmo quarto mas, não na mesma cama | <input type="checkbox"/> sim, na mesma cama |
|------------------------------|---|--|---|

Se tem um(a) companheiro(a) de cama ou quarto, pergunte-lhe se, no mês passado, **você teve**:

a) Ronco alto:

|                                |   |   |  |
|--------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana | <input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana | <input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais |
|--------------------------------|---|---|--|

b) Pausas longas na respiração durante o sono:

|                                |   |   |  |
|--------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana | <input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana | <input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais |
|--------------------------------|---|---|--|

c) Movimentos de pernas durante o sono:

|                                |   |   |  |
|--------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana | <input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana | <input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais |
|--------------------------------|---|---|--|

d) Episódios de desorientação ou confusão durante o sono:

|                                |   |   |  |
|--------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana | <input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana | <input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais |
|--------------------------------|---|---|--|

e) Outros sintomas na cama enquanto dorme, por favor, descreva:

---

---

## ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR (HADS)

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana.

Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reacção imediata a cada questão será provavelmente mais correcta do que uma resposta muito ponderada.

Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta.

1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:

- Tanto como antes
- Não tanto agora
- Só um pouco
- Quase nada

3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:

- Sim e muito forte
- Sim, mas não muito forte
- Um pouco, mas não me aflige
- De modo algum

4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:

- Tanto como antes
- Não tanto como antes
- Muito menos agora
- Nunca

5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:

- A maior parte do tempo
- Muitas vezes
- Por vezes
- Quase nunca

6. Sinto-me animado/a:

- Nunca
- Poucas vezes
- De vez em quando
- Quase sempre

7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

## ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR (HADS)

8. Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

9. Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago:

- Nunca
- Por vezes
- Muitas vezes
- Quase sempre

10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico:

- Completamente
- Não dou a atenção que devia
- Talvez cuide menos que antes
- Tenho o mesmo interesse de sempre

11. Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a:

- Muito
- Bastante
- Não muito
- Nada

12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:

- Tanto como antes
- Não tanto como antes
- Bastante menos agora
- Quase nunca

13. De repente, tenho sensações de pânico:

- Muitas vezes
- Bastantes vezes
- Por vezes
- Nunca

14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:

- Muitas vezes
- De vez em quando
- Poucas vezes
- Quase nunca

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.

Código: \_\_\_\_\_

**Dados a Preencher pelo Clínico (Dermatite Atópica)**

**Tipo de Dermatite Atópica:** \_\_\_\_\_

**Severidade:** Ligeira  Moderada  Grave

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA RECOLHA DE DADOS EM  
PESSOAS COM DOENÇA DERMATOLÓGICA

**Termo de aceitação de participação voluntária**

O presente estudo visa recolher informação acerca de variáveis psicossociais em doentes com dermatoses. Os resultados serão um importante contributo para o desenvolvimento de estratégias terapêuticas mais adequadas às necessidades da pessoa. Esta investigação está a ser realizada por um grupo de investigadores do Instituto Universitário de Ciências da Saúde-CESPU.

Será garantida a total confidencialidade e o uso exclusivo dos dados recolhidos para a investigação mencionada. Informamos que a participação neste estudo é livre e a qualquer momento poderá desistir. Qualquer esclarecimento poderá ser efetuado através do email: [dermoinv.22@gmail.com](mailto:dermoinv.22@gmail.com). Poderá ainda contactar a investigadora principal, Professora Doutora Vera Almeida, através do email: [vera.almeida@iucs.cespu.pt](mailto:vera.almeida@iucs.cespu.pt).

Agradecemos, desde já, a sua disponibilidade e colaboração na presente investigação.

Declaro que fui informado acerca das condições, objetivo e instruções do presente estudo, bem como da possibilidade de desistência a qualquer momento, se for essa a minha vontade.

Fui informado que os dados obtidos serão registados e poderão ser divulgados em publicações de natureza científica ou académica, sendo garantido o anonimato dos mesmos.

Declaro que concordo em participar no estudo e cumprir as instruções que me foram fornecidas.

Assinatura,

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

---

Participante

Código: \_\_\_\_\_

### Dados Sociodemográficos (Dermatite Atópica)

|  |
|--|
| <b>Sexo:</b> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> <b>Idade:</b> _____ Anos   |
| <b>Estado Civil:</b> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado/ União de Facto <input type="checkbox"/> Divorciado/Separado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/>   |
| <b>Habilitações Literárias:</b> Sem Escolaridade <input type="checkbox"/> 1 a 4 anos <input type="checkbox"/> 5 a 6 anos <input type="checkbox"/><br>7 a 9 anos <input type="checkbox"/> 10 a 12 anos <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutoramento <input type="checkbox"/><br>Bacharelato <input type="checkbox"/> |
| <b>Situação Profissional:</b> Empregado <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Reformado <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/>   |

### Dados Clínicos

|  |
|--|
| <b>Ano em que recebeu o primeiro diagnóstico de Dermatite Atópica:</b> _____   |
| <b>Idade com que recebeu o diagnóstico de Dermatite Atópica:</b> _____ Anos  |
| <b>As suas lesões de Dermatite Atópica estão em zonas visíveis:</b> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>  |
| <b>Tem prurido (comichão):</b> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>   |
| <b>Possui outras doenças para além da Dermatite Atópica:</b> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>   |
| <b>Se sim, quais (Pode assinalar múltiplas respostas)?:</b>  |
| Doenças Respiratórias <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Colesterol <input type="checkbox"/> Doenças Osteoarticulares <input type="checkbox"/> |
| Doenças Cardiovasculares <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/>  |
| Doenças Renais <input type="checkbox"/> Surdez <input type="checkbox"/> Alergias Alimentares <input type="checkbox"/>  |
| <b>Outras:</b> _____   |
| <b>Tem acompanhamento por psicólogo e/ou psiquiatra:</b> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>   |
| <b>Se sim, início das consultas:</b> > 6 meses <input type="checkbox"/> < 6 meses <input type="checkbox"/>   |
| <b>Número de consultas por ano:</b> _____  |
| <b>Toma ansiolíticos ou antidepressivos:</b> _____   |
| <b>Teve que alterar as suas atividades de vida diária por causa da Dermatite Atópica:</b><br>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>                 |
| <b>Se sim, em média, quantos dias tem que alterar (últimos 6 meses):</b> _____   |
| <b>Alguma vez lhe foi negado o acesso a alguma atividade profissional por causa da Dermatite Atópica?:</b> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>   |
| <b>A Dermatite Atópica condicionou a sua opção profissional:</b> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>   |
| <b>A Dermatite Atópica afeta ou afetou a sua relação com a sua família/cônjuge:</b><br>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>                       |

Código: \_\_\_\_\_

Existem outros membros da família com uma doença dermatológica (p.e. Dermatite Atópica): Sim  Não

Se sim, qual(ais) a(s) doença(s) de pele?: \_\_\_\_\_

Se sim, vive junto com a(s) pessoa(s)?: Sim  Não

Considera a sua Dermatite Atópica: Ligeira  Moderada  Grave

Está satisfeito(a) com tratamento atual da sua Dermatite Atópica? Sim  Não

#### Comportamentos de Saúde (última semana)

É fumador?: Sim  Não

Nº de cafés por dia: \_\_\_\_\_

Bebe regularmente bebidas alcoólicas?: Sim  Não

Faz exercício físico com regularidade?: Sim  Não

Em média, nº de horas de permanência ao ar livre por dia: \_\_\_\_\_

# ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA – DERMATOLOGIA (IQV-D)

Forma Experimental Portuguesa, Lisboa, 2004

A preencher pelo(a) médico(a) ou enfermeiro(a):

Instituição/Serviço: \_\_\_\_\_

Zona: Norte  Centro  Sul

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
          d      m      a

IQV-D

RB

(Não preencher)

Diagnóstico: Principal \_\_\_\_\_ Duração da doença \_\_\_\_\_

Outros \_\_\_\_\_ Duração da doença \_\_\_\_\_

## QUESTIONÁRIO

A finalidade do QUESTIONÁRIO é avaliar quanto o seu problema de pele o(a) afectou DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Por favor marque UMA resposta a cada uma das 10 perguntas.

Assim:

|    |  |                                       |  |  |
|----|--|---------------------------------------|--|--|
| 1. | Na última semana sentiu a pele <b>irritada e mais sensível, comichão</b> ou <b>sensação de picadas</b> ?   | Muito<br>Bastante<br>Um pouco<br>Nada | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |  |
| 2. | Na última semana sentiu-se <b>embaraçado(a)</b> ou <b>incomodado(a)</b> por causa do estado da sua pele?   | Muito<br>Bastante<br>Um pouco<br>Nada | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |  |
| 3. | Na última semana até que ponto o seu problema de pele prejudicou a sua vida normal ( <b>fazer compras, cuidar da casa, tratar das plantas, etc.</b> )? | Muito<br>Bastante<br>Um pouco<br>Nada | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | Não aplicável <input type="checkbox"/> |
| 4. | Na última semana a escolha da <b>roupa</b> que usou teve que ver com o estado da sua pele?   | Muito<br>Bastante<br>Um pouco<br>Nada | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | Não aplicável <input type="checkbox"/> |

# ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA – DERMATOLOGIA (IQV-D)

Forma Experimental Portuguesa, Lisboa, 2004

|     |  |                                       |  |  |
|-----|--|---------------------------------------|--|--|
| 5.  | Na última semana até que ponto o seu problema de pele afectou o <b>convívio com outras pessoas</b> ou mesmo os seus <b>tempos livres</b> ?   | Muito<br>Bastante<br>Um pouco<br>Nada | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | Não aplicável <input type="checkbox"/> |
| 6.  | Na última semana até que ponto o seu problema de pele o(a) impediu de praticar <b>desporto</b> ?   | Muito<br>Bastante<br>Um pouco<br>Nada | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | Não aplicável <input type="checkbox"/> |
| 7.  | Na última semana o seu problema de pele impediu-o(a) de <b>trabalhar</b> ou <b>estudar</b> ?   | Sim<br>Não                            | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>   | Não aplicável <input type="checkbox"/> |
|     | <i>Se a sua resposta foi <u>NÃO</u>, até que ponto a sua pele foi problema no <b>trabalho</b> ou na <b>escola</b>?</i>   | Bastante<br>Um pouco<br>Nada          | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                             |  |
| 8.  | Na última semana o estado da sua pele criou-lhe problemas no relacionamento com <b>colegas de trabalho, o/a seu/sua companheiro(a),</b> alguns <b>amigos próximos</b> ou <b>familiares</b> ? | Muito<br>Bastante<br>Um pouco<br>Nada | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | Não aplicável <input type="checkbox"/> |
| 9.  | Na última semana até que ponto o seu problema de pele afectou a sua <b>vida sexual</b> ?   | Muito<br>Bastante<br>Um pouco<br>Nada | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | Não aplicável <input type="checkbox"/> |
| 10. | Na última semana até que ponto os <b>tratamentos</b> para a sua pele lhe criaram problemas, por exemplo de sujar a casa ou lhe tomarem demasiado tempo?                                      | Muito<br>Bastante<br>Um pouco<br>Nada | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | Não aplicável <input type="checkbox"/> |

**POR FAVOR VERIFIQUE SE RESPONDEU A TODAS AS PERGUNTAS, E COM UMA ÚNICA RESPOSTA A CADA UMA.**

**OBRIGADO.**

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

© A.Y. Finlay, G.K. Khan, 1992.

Interdita a reprodução, ainda que parcial, do presente documento.

Versão portuguesa autorizada ([cpsicomt@fpce.ul.pt](mailto:cpsicomt@fpce.ul.pt))

## TIPI-P - Inventário de Personalidade de 10 Itens – Versão Portuguesa

### *Ten-Item Personality Inventory*

Samuel D. Gosling, Peter J. Rentfrow, and William B. Swann Jr., 2003<sup>1</sup>

Versão portuguesa de Andreia Nunes, Teresa Limpo, César F. Lima e São Luís Castro, 2018<sup>2</sup>

Encontra a seguir um **conjunto de traços de personalidade** que podem ou não aplicar-se a si. Por favor escreva um número a seguir a cada afirmação indicando em que medida está de acordo, ou em desacordo, com ela. Deve avaliar em que medida cada par de traços se aplica a si, mesmo que uma das características se aplique melhor do que a outra. Indique a sua resposta colocando à frente de cada afirmação a letra que melhor se aplica a si, de acordo com a seguinte escala:

---

| Discordo totalmente | Discordo moderadamente | Discordo um pouco | Nem concordo nem discordo | Concordo um pouco | Concordo moderadamente | Concordo totalmente |
|---------------------|------------------------|-------------------|---------------------------|-------------------|------------------------|---------------------|
| A                   | B                      | C                 | D                         | E                 | F                      | G                   |

---

#### *Vejo-me como uma pessoa*

1. Extrovertida, entusiasta. \_\_\_\_\_
  2. Conflituosa, que critica os outros. \_\_\_\_\_
  3. De confiança, com auto-disciplina. \_\_\_\_\_
  4. Ansiosa, que se preocupa facilmente. \_\_\_\_\_
  5. Com muitos interesses, aberta a experiências novas. \_\_\_\_\_
  6. Reservada, calada. \_\_\_\_\_
  7. Compreensiva, afetuosa. \_\_\_\_\_
  8. Desorganizada, descuidada. \_\_\_\_\_
  9. Calma, emocionalmente estável. \_\_\_\_\_
  10. Convencional, pouco criativa. \_\_\_\_\_
- 

**Cotação** (os itens com o seu número a **bold** e, a seguir, sinalizados, com a “**INV**” devem ser cotados inversamente, ou seja: **A - DISCORDO TOTALMENTE = 7 pontos; G - CONCORDO TOTALMENTE = 1 ponto):**

**Extroversão = 1 + 6 INV; Afabilidade = 2 INV + 7; Conscienciosidade = 3 + 8 INV; Estabilidade Emocional = 4 INV + 9; Abertura à Experiência = 5 + 10 INV.**

---

<sup>1</sup> Gosling, S. D., Rentfrow, P. J., & Swann Jr., W. B. (2003). A very brief measure of the Big-Five personality domains. *Journal of Research in Personality*, 37, 504-528.

<sup>2</sup> Nunes, A., Limpo, T., Lima, C. F., & Castro, S. L. (2018). Short scales for the assessment of personality traits: Development and validation of the Portuguese Ten-Item Personality Inventory (TIPI). *Frontiers in Psychology*, 9(461). doi:10.3389/fpsyg.2018.00461

# Índice de qualidade do sono de Pittsburgh – versão portuguesa (PSQI-PT)

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

As questões a seguir são referentes à sua qualidade de sono apenas durante o **mês passado**. As suas respostas devem indicar o mais correctamente possível o que aconteceu na **maioria** dos dias e noites do último mês. Por favor responda a todas as questões.

1) Durante o mês passado, a que horas se deitou à noite na maioria das vezes?

Horário de deitar: \_\_\_\_\_h\_\_\_\_\_min

2) Durante o mês passado, quanto tempo (em minutos) demorou para adormecer na maioria das vezes?

Minutos demorou a adormecer: \_\_\_\_\_min

3) Durante o mês passado, a que horas acordou (levantou) de manhã na maioria das vezes?

Horário de acordar: \_\_\_\_\_h\_\_\_\_\_min

4) Durante o mês passado, quantas horas de sono por noite dormiu? (pode ser diferente do número de horas que ficou na cama).

Horas de noite de sono: \_\_\_\_\_h\_\_\_\_\_min

Para cada uma das questões seguintes, escolha uma única resposta, a que lhe pareça mais correta. Por favor, responda a todas as questões.

5) Durante o mês passado, quantas vezes teve problemas para dormir por causa de:

a) Demorar mais de 30 minutos para adormecer:

|                                |   |   |  |
|--------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana | <input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana | <input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais |
|--------------------------------|---|---|--|

b) Acordar ao meio da noite ou de manhã muito cedo:

|                                |   |   |  |
|--------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana | <input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana | <input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais |
|--------------------------------|---|---|--|

c) Levantar-se para ir à casa de banho:

|                                |   |   |  |
|--------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana | <input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana | <input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais |
|--------------------------------|---|---|--|

d) Ter dificuldade para respirar:

|                                |   |   |  |
|--------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana | <input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana | <input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais |
|--------------------------------|---|---|--|

e) Tossir ou ressonar alto:

|                                |   |   |  |
|--------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana | <input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana | <input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais |
|--------------------------------|---|---|--|

f) Sentir muito frio:

|                                |   |   |  |
|--------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana | <input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana | <input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais |
|--------------------------------|---|---|--|

g) Sentir muito calor:

|                                |   |   |  |
|--------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana | <input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana | <input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais |
|--------------------------------|---|---|--|

h) Ter sonhos maus ou pesadelos:

|                                |   |   |  |
|--------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana | <input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana | <input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais |
|--------------------------------|---|---|--|

i) Sentir dores:

|                                |   |   |  |
|--------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana | <input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana | <input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais |
|--------------------------------|---|---|--|

j) Outra razão, por favor, descreva: \_\_\_\_\_

Quantas vezes teve problemas para dormir por esta razão, durante o mês passado?

|                                |   |   |  |
|--------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana | <input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana | <input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais |
|--------------------------------|---|---|--|

6) Durante o mês passado, como classificaria a qualidade do seu sono?

|                                    |                              |                             |                                   |
|------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Muito boa | <input type="checkbox"/> Boa | <input type="checkbox"/> Má | <input type="checkbox"/> Muito Má |
|------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|

7) Durante o mês passado, tomou algum medicamento para dormir receitado pelo médico, ou indicado por outra pessoa (farmacêutico, amigo, familiar), ou mesmo por sua iniciativa?

|                                |   |   |  |
|--------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana | <input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana | <input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais |
|--------------------------------|---|---|--|

8) Durante o mês passado, teve problemas em ficar acordado durante as refeições, ou enquanto conduzia, ou enquanto participava nalguma atividade social?

|                                |   |   |  |
|--------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana | <input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana | <input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais |
|--------------------------------|---|---|--|

9) Durante o mês passado, sentiu pouca vontade ou falta de entusiasmo para realizar as suas atividades diárias?

|                                |   |   |  |
|--------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana | <input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana | <input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais |
|--------------------------------|---|---|--|

10) Vive com um(a) companheiro(a)?

|                              |   |  |   |
|------------------------------|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim, mas em outro quarto | <input type="checkbox"/> sim, no mesmo quarto mas, não na mesma cama | <input type="checkbox"/> sim, na mesma cama |
|------------------------------|---|--|---|

Se tem um(a) companheiro(a) de cama ou quarto, pergunte-lhe se, no mês passado, **você teve**:

a) Ronco alto:

|                                |   |   |  |
|--------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana | <input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana | <input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais |
|--------------------------------|---|---|--|

b) Pausas longas na respiração durante o sono:

|                                |   |   |  |
|--------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana | <input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana | <input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais |
|--------------------------------|---|---|--|

c) Movimentos de pernas durante o sono:

|                                |   |   |  |
|--------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana | <input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana | <input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais |
|--------------------------------|---|---|--|

d) Episódios de desorientação ou confusão durante o sono:

|                                |   |   |  |
|--------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana | <input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana | <input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais |
|--------------------------------|---|---|--|

e) Outros sintomas na cama enquanto dorme, por favor, descreva:

---

---

## ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR (HADS)

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana.

Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reacção imediata a cada questão será provavelmente mais correcta do que uma resposta muito ponderada.

Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta.

1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:

- Tanto como antes
- Não tanto agora
- Só um pouco
- Quase nada

3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:

- Sim e muito forte
- Sim, mas não muito forte
- Um pouco, mas não me aflige
- De modo algum

4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:

- Tanto como antes
- Não tanto como antes
- Muito menos agora
- Nunca

5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:

- A maior parte do tempo
- Muitas vezes
- Por vezes
- Quase nunca

6. Sinto-me animado/a:

- Nunca
- Poucas vezes
- De vez em quando
- Quase sempre

7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

## ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR (HADS)

8. Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:
- Quase sempre
  - Muitas vezes
  - Por vezes
  - Nunca
9. Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago:
- Nunca
  - Por vezes
  - Muitas vezes
  - Quase sempre
10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico:
- Completamente
  - Não dou a atenção que devia
  - Talvez cuide menos que antes
  - Tenho o mesmo interesse de sempre
11. Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a:
- Muito
  - Bastante
  - Não muito
  - Nada
12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:
- Tanto como antes
  - Não tanto como antes
  - Bastante menos agora
  - Quase nunca
13. De repente, tenho sensações de pânico:
- Muitas vezes
  - Bastantes vezes
  - Por vezes
  - Nunca
14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:
- Muitas vezes
  - De vez em quando
  - Poucas vezes
  - Quase nunca

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.

# **Anexo III: Comprovativo de submissão de tese de mestrado para comunicação em congresso**

# Comprovativo de submissão de poster para as XI Jornadas Minhotas da Dermatologia.

**Miguel Peixoto** <mikapeixoto@gmail.com>  
para jornadasminhotasdermatologia ▾

18:27 (há 0 minutos) ☆ ↶ ⋮

Boa Tarde,

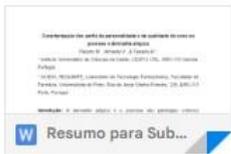
O meu nome é Miguel Peixoto, aluno do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do IUCS (Instituto Universitário de Ciências da Saúde), e venho por este meio expressar o meu interesse em apresentar um poster com o título de "Caracterização dos perfis da personalidade e de qualidade do sono na psoríase e dermatite atópica", nas XI Jornadas Minhotas da Dermatologia.

Em anexo, envio o resumo do estudo.

Encontro-me disponível para qualquer esclarecimento adicional.

Cumprimentos,  
Miguel Peixoto

Um anexo • Verificado pelo Gmail ⓘ



# **Anexo IV: Influence of clinical and psychosocial factors on the adherence to topical treatment in psoriasis**

# **Influence of clinical and psychosocial factors on the adherence to topical treatment in psoriasis**

## **Running Heading - Clinical and psychosocial impact on psoriasis adherence**

**Keywords:** Psoriasis; Clinical and Psychosocial factors; Topical treatment; Treatment adherence; Brief Symptoms Inventory instrument (BSI); medication log (med log)

**Word Count:** 3966

**Table Count:** 5

**Figure Count:** 1

Teixeira, A.<sup>1,2</sup>, Teixeira, M.<sup>1\*</sup>, Gaio, A.R.<sup>3</sup>, Torres, T.<sup>4</sup>, Magina, S.<sup>5</sup>, Dinis, M.A.P.<sup>6</sup>, Sousa Lobo, J.M.<sup>2</sup>, Almeida, I.F.<sup>2\*\*</sup>, Peixoto, M.<sup>7</sup> and Almeida, V.<sup>2,8</sup>

<sup>1</sup>TOXRUN – Unidade de Investigação em Toxicologia, Instituto Universitário de Ciências da Saúde, CESPU, CRL, 4585-116 Gandra, Portugal

<sup>2</sup>UCIBIO, REQUIMTE, Laboratório de Tecnologia Farmacêutica, Faculdade de Farmácia, Universidade do Porto, Rua de Jorge Viterbo Ferreira, 228, 4050-313 Porto, Portugal

<sup>3</sup>Centro de Matemática da Universidade do Porto & Departamento de Matemática, Faculdade de Ciências, Universidade do Porto, Rua do Campo Alegre, s/n, 4169-007 Porto, Portugal

<sup>4</sup>Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar do Porto, Hospital de Santo António, Rua D. Manuel II, Ex. CICAP, 4099-001 Porto, Portugal

<sup>5</sup>Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar de São João e Departamento de Farmacologia e Terapêutica, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Al. Prof. Hernâni Monteiro, 4200-319 Porto, Portugal

<sup>6</sup>UFP Energy, Environment and Health Research Unit (FP-ENAS), University Fernando Pessoa (UFP), Praça 9 de Abril 349, 4249-004 Porto, Portugal

<sup>7</sup>Instituto Universitário de Ciências da Saúde, CESPU, CRL, 4585-116 Gandra, Portugal

<sup>8</sup>UNIPRO – Unidade de Investigação em Patologia e Reabilitação Oral, Instituto Universitário de Ciências da Saúde (IUCS), CESPU, 4585-116 Gandra, Portugal

**Corresponding author:**

\*Maribel Teixeira

TOXRUN – Unidade de Investigação em Toxicologia, Instituto Universitário de Ciências da Saúde, CESPU, CRL, 4585-116 Gandra, Portugal

E-mail: [maribel.teixeira@iucs.cespu.pt](mailto:maribel.teixeira@iucs.cespu.pt)

ORCID: 0000-0003-3989-9474

\*\*Isabel Filipa Almeida

UCIBIO/REQUIMTE, MedTec-Laboratório de Tecnologia Farmacêutica, Departamento de Ciências do Medicamento, Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto

Rua Jorge Viterbo Ferreira nº 228, 4050-313 Porto - PORTUGAL

E-mail: [ifalmeida@ff.up.pt](mailto:ifalmeida@ff.up.pt)

ORCID: 0000-0002-1498-048X

## **ABSTRACT**

This study aimed to analyse the effect of psychosocial and clinical factors on adherence to topical treatment in psoriasis. Cross-sectional study was carried out. The characterization of the psychopathological symptoms was performed using the Brief Symptoms Inventory instrument (BSI). Social and clinical factors were assessed by a sociodemographic and clinical questionnaire developed for this study and the severity of psoriasis assessed by Portuguese version of the Simplified and Self-Administered Psoriasis Area and Severity Index (SAPASI-PT). The adherence to treatment with topical medication was assessed in a sample of 102 psoriasis patients using adherence Combo methodology. Multivariate statistical analysis techniques were used to analyse the results. The explanatory models for the adherence to topical treatment in psoriasis translated positive associations between adherence and the level of education (higher education) ( $p = .028$ ), the single-family household ( $p < .001$ ), an active employment status ( $p = .049$ ) and the presence of obsessive-compulsive symptoms of the respondents ( $p = .005$ ). Considering the verified associations between adherence and specific clinical and psychosocial factors, the promotion of adherence to treatment in patients who meet the associated criteria for non-adherence needs to be reinforced. At this respect, counselling plays a crucial role in improving adherence to treatment and clinical outcomes.

**Keywords:** Brief Symptoms Inventory instrument (BSI); Clinical and Psychosocial factors; Psoriasis; Topical treatment; Treatment adherence.

## 1. INTRODUCTION

Psoriasis is an inflammatory skin disease, diagnosed by the characteristic well-defined raised erythematous psoriatic plaques, with silvery white scales, localized preferentially on the extensor surfaces (Oji & Luger, 2015). The redness and scaliness of the lesions, itching and pain symptoms, affect daily activities and social relationships, particularly when involving body exposure (Bronckers et al., 2019; Teixeira et al., 2022). Due to body image change resulting of the disease, the patients may feel low self-esteem and stigmatization, in particular when lesions are located in a visible part of the body (Topp et al., 2019). Psoriasis chronic dermatological condition is often accompanied by psychopathological symptoms, potentially involving demanding treatment regimens affecting daily organization (Zhang et al., 2019).

Psoriasis treatment depends on its clinical type and severity, patient's preferences, e.g., type of topical medicine, cost and convenience, and the impact of this dermatosis on the patient's quality of life (Menter & Griffiths, 2007; Kim et al., 2017; Svendsen et al., 2021). Two main different psoriasis treatment types are available: i) topical treatments, recommended for patients with mild to moderate psoriasis and for newly diagnosed patients; includes corticosteroids, vitamin D derivatives, tazarotene, anthralin, tacrolimus, pimecrolimus, and newer tar formulations ii) non-topical treatment, for patients with more severe forms of psoriasis; includes phototherapy and systemic medicines, i.e., conventional or biologic agents (Kleyn et al., 2019; Stein Gold, 2016; Armstrong & Read, 2020). Although topical medicines are usually the first-line treatment for mild and moderate psoriasis, low adherence restricts the clinical success of this therapeutic strategy with low side effects.

Treatment adherence is the extent to which patients' treatment-related behaviors agree with a health professional's advice. In long-term chronic disease, e.g., psoriasis, therapy adherence is generally poor, decreasing over time, with non-adherence leading to suboptimal health outcomes, compromising quality of life and increasing health care costs (Choi et al.,

2017). A connection between poor adherence and poor outcomes has been reported (Carroll et al., 2004). For psoriasis topical treatment, in particular, low adherence values have been reported, ranging from 39 to 73% (Bewley et al., 2011; Belinchón et al., 2016; Zschocke et al., 2014). In a review comprising twenty studies in relation to assessment methods of psoriasis topical treatment adherence, a high variability of adherence results was found (Teixeira et al., 2016).

To improve quality and reliability of treatment adherence studies, the combination of different assessment methods has been suggested. This approach included the use of self-report methods (e.g., adherence questionnaire and med Log) and a method that measures the amount of the applied medicine (Teixeira et al., 2016; Teixeira et al., 2017). Using this approach, the authors of this study have investigated the influence of the mechanical properties of the pharmaceutical dosage form on adherence to topical treatment in psoriasis (Teixeira et al., 2019; Teixeira et al., 2021).

Specific personality traits such as extraversion, openness to new experiences, kindness and conscientiousness are able to influence treatment adherence (Pithadia et al., 2019). Literature has demonstrated that psychological support can improve adherence to topical treatment and quality of life of patients with psoriasis (Caldarola et al., 2019; Ribera et al., 2019; Svendsen et al., 2019). The improvement of quality of life and enhancement of long-term adherence to topical antipsoriatic drugs provided by dermatological nurses was also reported (Svendsen et al., 2022).

Being important to consider the biopsychosocial dimension in disease management, the treatment of psoriasis should be the responsibility of a multidisciplinary team of health professionals, e.g., physicians, nurses, pharmacists and psychologists (Visalli et al., 2019; Teixeira et al., 2021). Quality of life and psychological factors, e.g., psychological distress and patient satisfaction with treatment, are associated with adherence. Positive association with

adherence has been reported for patient satisfied with treatment and a negative relationship with adherence for psychological distress (Thorneloe et al., 2013). It is known that patients with psoriasis have a high prevalence of several mental disorders (Ferreira et al., 2016; Almeida et al., 2020; Almeida et al., 2017).

Considering the low adherence values for psoriasis topical treatment and its implications in treatment outcomes and in patients' quality of life, is fundamental to study broadly the influence of different factors in treatment adherence. Different studies have centred in the psychosocial issues to justifying treatment adherence (Ferreira et al., 2016; Carlsen et al., 2016). However, only a few have focused on the role of psychological and clinical variables, together, in adherence to treatment exclusively with topical medicines. Aiming to fill this gap, this study analyses the influence of sociodemographic variables (e.g., education level, professional status), psychopathological symptoms by different dimensions of symptomatology (e.g. obsession/compulsion) and clinical factors (e.g. comorbidities, disease duration) on psoriasis topical treatment adherence. The results will be important for clinical practice, and the development of integrated therapeutic strategies that include pharmacological and psychological dimensions.

## **2. RESULTS**

### **2.1 Patients' characteristics and adherence results**

The sociodemographic and clinical characteristics of the patients are described in Table 1.. According to the SAPASI results, 35.6% of the patients present a mild psoriasis, 51.5% moderate and 10.9% a severe psoriasis condition.

Adherence was lower for patients with secondary or lower education, when compared to those who attended higher education ( $\chi^2 = 4.825$ ;  $p = .028$ ;  $\Phi = .227$ ). The same happens for professional status, where active patients, employees and students, adhere more than inactive

ones, unemployed and retired ( $\chi^2 = 3.533$ ;  $p = .049$ ;  $\Phi = -.197$ ). The influence of the household, i.e., number of family members, presents differences: patients living alone adhered more to treatment than those living in households with 2 or more persons ( $\chi^2 = 13.254$ ;  $p < .001$ ;  $\Phi = -.376$ ). Also, patients who had a family history of the disease adhered more to treatment than those who did not ( $\chi^2 = 4.259$ ;  $p = .039$ ;  $\Phi = -.213$ ). Additionally, patients who attended psychiatric and or psychological consultations adhered more to treatment than those who did not attend ( $\chi^2 = 6.059$ ;  $p = .014$ ;  $\Phi = -.255$ ). The average adherence value obtained with Adherence combo was  $65.4\% \pm 19.3\%$ .

[Insert Table 1]

## **2.2 Sociodemographic predictors of adherence**

The estimated values obtained with the multiple logistic regression model (Equation 1) are present in Table 2. The model estimates that patients with low levels of education, who live in households with 2 or more elements and are in an inactive professional situation have an odds for adherence of  $\exp(1.445) = 0.236$ . This means that the probability of adhering to therapy is 76.4% lower than the probability of non-adhering. Considering only the sociodemographic variables of the model, the best social situation for adherence is to live alone, to have an active professional situation and to have a high education level.

[Insert Equation 1]

[Insert Table 2]

### **2.3. Psychopathological differences between non-adherence and adherence groups**

Patients with obsessive-compulsive symptoms ( $p = .012$ ) adhere more to topical treatment of psoriasis (Table 3). Considering the other dimensions of psychopathology, there were no significant differences.

[Insert Table 3]

## **2.4 Psychopathological predictors of adherence**

Being unable to find a model of psychopathological predictors based only on one dimension of psychopathology, i.e., obsession compulsion, the model variables that were most associated with obsession compulsion were added, obtaining a model of psychopathological, clinical and sociodemographic predictors of adherence. The estimated values obtained with the multiple logistic regression model (Equation 2) for these constants are shown in Table 4.

[Insert Equation 2]

[Insert Table 4]

There is a positive association between adherence and female gender and obsession-compulsion symptomatology. The odds for adherence of a male, who does not suffer from obsessive-compulsion symptoms and diagnosed with psoriasis for less than 1 year is estimated at  $\exp(-2.457) = 0.086$ . It is expected that the probability of this patient to adhere to treatment is only 8.6% of the probability of non-adherence. In the first years after psoriasis diagnosis, the model predicts that women adhere more to treatment than men, and that for psoriasis diagnosed for a long time this difference is no longer significant.

## **2.5 Psychosocial predictors of adherence**

Finally, a psychosocial model combining the sociodemographic variables and psychopathological symptoms identified as predictors in the previous models (Equation 3, Table 5), was tested.

[Insert Equation 3]

[Insert Table 5]

Positive associations between adherence and high education level, family with one member, with an active professional situation and with obsessive-compulsive symptoms were estimated. Among these factors, it is expected that the factor with higher impact in adherence is the single-family household, while the education level is the factor with the lowest impact. It is observed that the  $p$ -value of education is outside the limit set for the level of significance. However, that means that whenever assuming a non-zero effect for high education, with a 6.1% error, only 1.1% above the 5% is tolerated.

[Insert Figure 1]

### 3. DISCUSSION

In this study, the influence of the psychosocial factors and clinical variables on the psoriasis adherence to topical treatment was assessed. Different methods have been used to measure adherence to topical treatments, but no single method allows an accurate and complete assessment of adherence (Teixeira et al., 2016; Alinia et al., 2017; Svendsen et al., 2018). Adherence combo method, used in this study, is a more reliable tool compared to self-reported and medication weight methods when used singly since minimize the error associated to each method (Teixeira et al., 2021).

According to Carlsen, Olasz, Carlsen and Serup (2016), psoriasis patients adhere less to treatment, due to their perceptions of psoriasis, medication choice and personal factors. Soleymani, Reddy, Cohen and Neimann (2018) clarified that psoriasis patients non-adherence to treatments are due to fear and experience with adverse effects, therapy sessions, cost, poor instruction, healthcare professionals and the patient poor communication, treatment regimens, incompatibility with patients' daily activities, values, and beliefs. In a systematic review (Vangeli et al., 2015), about factors associated with treatment non-adherence for immune-mediated inflammatory diseases, it was found that demographic or clinical factors were not consistently associated with non-adherence to any kind of treatment, and there was limited evidence of an association between non-adherence and treatment factors, such as dosing frequency. However, the same study found an association between adherence and psychosocial factors, namely, healthcare professional and patient relationship, perceptions of treatment concerns and depression, lower treatment self-efficacy and necessity beliefs, and practical barriers to treatment. The results obtained in this study revealed that sociodemographic factors such as education, household and family history of psoriasis, had a statistically significant effect on treatment adherence. These results are not in agreement with the ones obtained by Svendsen,

Möller, Feldman, and Andersen (2019), who reported that sociodemographic factors do not have a large influence on psoriasis adherence to topical treatment by patients.

Among the sociodemographic factors, the existence of a single-family household was the variable that most positively influenced the adherence. One explanation for the results may be related with the fact that subjects who live alone have more time available to themselves and to perform the daily application of topical treatments commonly used in psoriasis, often with multiple applications. In the literature, the influence of the household on adherence to treatment is rarely explored, while for the civil status the results of different studies are contradictory (Thorneloe et al., 2013). It should be noted that marital status, however, is not directly linked with household dimension, since single, divorced, separated, or widowed individuals may live in households with more than one element. According to Svendsen et al., 2016, adherence to topical treatment with corticosteroids was improved by receiving support from their partner (helping to visualise the lesions and to apply the medicines) (Svendsen et al., 2016).

The psychosocial model found a positive association between adherence and the level of education corresponding a higher level of education to a higher level of adherence. Regarding this topic, the literature is not consensual. Some studies indicate the absence of association, such as the one by Thorneloe et al., (2013) and others found an association similar to that obtained in this study, an example being the study from Gokdemir et al., (2008). Higher levels of education can be associated with higher scores of health literacy (directly or through the access to reliable scientific information available in internet). In accordance, Avazeh et al., (2020) found a positive correlation between health literacy and medication adherence in a cross-sectional study among Iranian psoriasis patients. Authors suggested to improve the access to internet and Information Communication Technologies and the development of patient education approaches and techniques aiming the enhancement of treatment adherence (Avazeh et al., 2022)

The positive association between active professional status and adherence to treatment found in this study is supported in the study by Zaghoul et al., (2004). One possible explanation is that people who are professionally active need to be at their best from an aesthetic point of view and are thus more committed to apply the treatment to minimize the appearance of lesions.

The influence of gender on adherence to topical treatment of psoriasis has been studied. A positive association similar to the one reported in this study was also found in the study by Colombo et al., (2014), although in other cases it was reported that there was no gender effect on adherence (Thorneloe et al., 2013). Gender and duration of disease, variables with no statistically significant effect when analysed individually, revealed an effect when included in the models, even with interaction.

The literature on the impact of psychopathology on treatment adherence in psoriasis is scarce, an example being the study from Yélamos et al., (2015), despite being abundant regarding the association between psychopathology and psoriasis, as patent in the studies from Ferreira et al., (2016). Obsessive-compulsive symptomatology is associated with perfectionism, need for control and concern with the image, which may justify the positive effect on treatment adherence observed in this study. In patients in treatment with a psychologist or psychiatrist, issues related to the control of the disease are usually the target of intervention as well as the promotion of treatment adherence, which may be the basis of the positive association found (Gordon-Elliott & Muskin, 2013).

The family history of psoriasis has a positive influence on treatment adherence, since the group of patients with a family member with psoriasis adhered more to topical treatment. The effect of this variable has been sparsely studied, and in all studies, there was an absence of association with treatment adherence (Vangeli et al., 2015). However, relatives with the same disease can contribute to a better knowledge about the pathology and therapeutics and

particularly on the influence of adherence on treatment outcomes, and thus to a more informed behaviour towards treatment application.

This study reported for the first time the influence of psychosocial and clinical factors on adherence to topical treatment of psoriasis using a new approach for adherence evaluation based on a multiple logistic regression model. The methodology to assess to topical treatment adherence should rely in distinct measures since the results can vary significantly. A combined measure such as the presented *Adherence Combo* is thus recommended for future studies. The psychosocial model found estimated positive associations between adherence and the level of education corresponding to higher education, single-family household, an active professional situation and presentation of obsessive-compulsive symptoms.

Considering the results of this study it is important to reinforce the promotion of psoriasis treatment adherence in patients meeting the associated criteria for non-adherence, i.e., low-level of education, households with more than one element and inactive employment status, through an integrated approach with the different health professionals (e.g., doctors, pharmacist, nurses, psychologists) that follow the patient.

The present study was subject to some limitations. There was a high experimental mortality which considerably reduced the sample size. The self-report measures were administered in the presence of the investigators (with the exception of the medication diary), which may have biased, in part, some of the results. We tried to minimize this effect (e.g. not informing patients that the purpose of the study was to assess adherence and using a new combined adherence evaluation methodology-adherence combo).

In concordance to our results that indicate the importance role of level of education on adherence, future research to evaluate the influence of interventions to improve health literacy on treatment adherence will be relevant.

## **4. MATERIALS AND METHODS**

### **4.1 Participants**

The 102 patients engaged in this cross-sectional study were recruited from Portuguese private and public health institutions, familial health unities, hospitals and a psoriatic patients' association (PSOPortugal). After accepting to participate in the study, each participant was contacted after a physician consultation, where the study 's scope was explained. Additionally, some volunteers also interested in participating contacted the researchers via telephone or email. The following criteria was used to select the participants: over 18 years old, being treated exclusively with topical medicines and with a physician's prescription for the psoriasis treatment. Only one medicine was chosen for each patient in the adherence study, aiming to simplify the patient's participation and reduce the possibility of registration errors. Exclusion criteria were pregnancy, phototherapy or systemic treatment during the assessment period, illiteracy and severe psychiatric co-morbidity. All participants had to sign an informed consent (Figure 1).

## **4.2 Measures**

### ***4.2.1 Socio-demographic and clinical questionnaire.***

The demographic and clinical information of patients were obtained relating age, gender, marital status, education, professional status and family unit. Clinical issues were also assessed, e.g., psoriasis family history, disease duration, day life changes due to psoriasis (measured in number of days), workdays missing per year, comorbidity, anxiolytic or antidepressant medication, as well as social impact of psoriasis.

### ***4.2.2 Severity Assessment***

The Portuguese version of the Simplified and Self-Administered Psoriasis Area and Severity Index (SAPASI-PT) was used for patient's severity self-assessment (Teixeira et al., 2022; Ribeiro, 2011). On a visual analogic scale, patients are asked to shade the location of their psoriasis lesions on the front and back of a human figure, as well as to indicate their perception of three features of lesions: colour, thickness, and scaliness based on a visual analogic scale (VAS). The investigator assesses the affected area to rate the instrument, which is then used to calculate the body surface area for each of the following four areas: head, upper extremities, trunk and lower extremities. The SAPASI score is calculated using the affected area's data, as well as the three features of the lesions listed above. Cronbach's alpha was .65 (Teixeira et al., 2022).

### ***4.2.3 Brief Symptoms Inventory (BSI)***

BSI (Derogatis & Spencer, 1992; Canavarro, 1999) assesses psychopathological symptoms by nine dimensions of symptomatology, i.e., somatization, obsession/compulsion, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, hostility, phobic anxiety, paranoid ideation and psychoticism, and three global indices, i.e., Global Severity Index (GSI), Positive Symptom

Total (PST) and Positive Symptom Distress Index (PSDI). BSI includes 53 question items which must be answered in a 5-point Likert scale, ranging from 0 (not at all) to 4 (extremely). Derogatis and colleagues (1992) found alpha Cronbach values between .71 for psychoticism and .85 for depression. Canavarro (1999) found alpha Cronbach values between .72 for psychoticism and the same .85 for depression. In this study, Cronbach alpha values between .64 for paranoid ideation and .80 for somatization, were found.

#### ***4.2.4 Adherence measurement***

Adherence to topical treatment was assessed through self-report measurements including a Questionnaire for Adherence to TOPical Treatment (QATOP) (Teixeira et al., 2017) and a med Log. QATOP was used for the identification of reasons for non-adherence and treatment associated variables and the med Log for the registration of the administration frequency. A third method of adherence measurement was the use of the medication weight for the assessment of the administrated dose. At the beginning and at the end of the study (45 days) the medicine packages were weighed and adherence by medication weight was calculated using the equation 4.

[Insert Equation 4]

Where  $W$  represents the medication weight adherence (%),  $W_u$  corresponds to the medication weight used per application = (weight dispensed – weight returned)/number of applications registered in the medication Log and  $W_{ex}$  represents the expected medication weight per application =  $0.25 \times \text{Body Surface Area (BSA)}$ . Values of BSA were obtained using SAPASI-PT.

From the average of adherence evaluated by the med Log and medication weight was determined the adherence to medication, named Adherence Combo. To avoid overestimation of adherence values, for values higher than 100%, the result was subtracted from 200 (e.g., 120% value is converted to 80%).

In order to study the effect of psychosocial factors on adherence to topical treatment, the sample was divided into two different groups, based on Adherence Combo: 1) “adherent” (with adherence values of 80-120%) and 2) “non-adherent” (values < 80% or > 120%) to the prescribed treatment, with relative frequencies to 19.8% and 80.2%, respectively, in groups 1 and 2. These results allow to infer the high frequency of individuals who do not adhere to treatment with topical medicines. A consensual standard for identification of individuals adhering to treatment does not exist. However, most studies consider a maximum deviation of  $\pm 20\%$ , a criterion that was followed in the study of Jevtić, Bukumirić and Janković (2013).

### **4.3 Procedures**

The study protocol was applied to a sample of 102 psoriasis patients, in a longitudinal design, in two subsequent moments. It started after a medical consultation and opening of a new medicine package and separated by approximately 45 days. This period was considered by the experts' panel, composed by dermatologists, pharmacists, psychologists and statistics, as the appropriate to study psoriasis topical treatment adherence. In the first assessment moment, the clinical and socio-demographic questionnaire, BSI and SAPASI were filled and a med log was delivered. Patients were asked to fill in the med Log concerning the number of daily applications of the topical treatment. In the second assessment moment, QATOP and the SAPASI were applied and the med Log was collected. The medicines used by the patients were weighed.

#### **4.4 Statistical Analyses**

Descriptive statistics were used to characterize the sample's sociodemographic and clinical characteristics, i.e., frequencies, mean and standard deviation (*SD*). The existence of a significant association between two categorical variables (adherent/non-adherent) was assessed by the chi-squared test. Comparison of means among independent samples used the Student's *t*-test. The Pearson's correlation was used to test the existence of a linear association between two continuous variables, whereas the Spearman's correlation assessed the monotone association between two ordinal and non-continuous variables.

Due to a marked skewed distribution, the PSDI obtained from BSI was dichotomized using an empirical cut-off value of 1.7 (Canavarro, 1999). Logistic regression models were used to assess multiple correlations between each binary variable PST and PSDI and self-reported severity and discomfort, as well as the location of lesions.

Multiple logistic regression models were used to assess the effect of the group formulations after adjusting for relevant variables as well as to investigate the impact of socio-demographic and psychological factors on therapy adherence.

The statistical analyses were conducted using R 3.5.2 (R Computing, Vienna, Austria), a programming language and software environment for statistical computation. The level of significance was set at 0.05.

## **AVAILABILITY OF DATA AND MATERIAL**

Data will be made available on request.

## **CONFLICTS OF INTEREST/COMPETING INTERESTS**

The co-author Tiago Torres declares the obtainment of consulting fees, payment or honoraria for lectures, presentations, speakers bureaus, manuscript writing or educational events, payment for expert testimony and disclose no support for the present manuscript, grants or contracts from any entity, royalties or licenses, support for attending meetings and/or travel, patents planned, issued or pending, participation on a Data Safety Monitoring Board or Advisory Board, leadership or fiduciary role in other board, society, committee or advocacy group, paid or unpaid, stock or stock options, receipt of equipment, materials, drugs, medical writing, gifts or other services and other financial or non-financial interests.

All the other authors declare that they have no conflict of interest and disclose no support for the present manuscript, grants or contracts from any entity, royalties or licenses, consulting fees, payment or honoraria for lectures, presentations, speakers bureaus, manuscript writing or educational events, payment for expert testimony, support for attending meetings and/or travel, patents planned, issued or pending, participation on a Data Safety Monitoring Board or Advisory Board, leadership or fiduciary role in other board, society, committee or advocacy group, paid or unpaid, stock or stock options, receipt of equipment, materials, drugs, medical writing, gifts or other services and other financial or non-financial interests.

## **ACKNOWLEDGEMENTS**

The authors would like to thank all patients that have participated in this study, the Portuguese Association of Psoriasis (PSO Portugal) for assistance with data collection. This Work is supported by CESPU – Cooperativa de Ensino Superior Universitário under the Grants “PSYONCODERM\_PI\_3RL\_IINFACTS-2021”, “PHARM4ADHER\_CESPU\_2017” and “POSOL-DERM-CESPU-2016” and by FCT-Fundação para a Ciência e a Tecnologia, I.P., in the scope of the project UIDP/04378/2020 and UIDB/04378/2020 of the Research Unit on Applied Molecular Biosciences-UCIBIO and the project LA/P/ 0140/2020 of the Associate Laboratory Institute for Health and Bio- economy-i4HB. Rita Gaio was partially supported by CMUP, which is financed by national funds through FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia, I.P., under the project with reference UIDB/00144/2020.

## REFERENCES

- Alinia H, Moradi Tuchayi S, Smith JA, Richardson IM, Bahrami N, Jaros SC, Sandoval LF, Farhangian ME, Anderson KL, Huang KE, Feldman SR. Long-term adherence to topical psoriasis treatment can be abysmal: a 1-year randomized intervention study using objective electronic adherence monitoring. *Br J Dermatol*. 2017 Mar;176(3):759-764.
- Almeida V, Taveira S, Teixeira M, Almeida I, Rocha J, Teixeira A. Emotion Regulation in Patients with Psoriasis: Correlates of Disability, Clinical Dimensions, and Psychopathology Symptoms. *Int J Behav Med*. 2017 Aug;24(4):563-570.
- Almeida V, Leite Â, Constante D, Correia R, Almeida IF, Teixeira M, Vidal DG, Sousa HFPE, Dinis MAP, Teixeira A. The Mediator Role of Body Image-Related Cognitive Fusion in the Relationship between Disease Severity Perception, Acceptance and Psoriasis Disability. *Behav Sci (Basel)*. 2020 Sep 19;10(9):142
- Armstrong AW, Read C. Pathophysiology, Clinical Presentation, and Treatment of Psoriasis: A Review. *JAMA*. 2020 May 19;323(19):1945-1960.
- Avazeh Y, Rezaei S, Bastani P, Mehralian G. Health literacy and medication adherence in psoriasis patients: a survey in Iran. *BMC Prim Care*. 2022 May 10;23(1):113. doi: 10.1186/s12875-022-01719-6.
- Belinchón I, Rivera R, Blanch C, Comellas M, Lizán L. Adherence, satisfaction and preferences for treatment in patients with psoriasis in the European Union: a systematic review of the literature. *Patient Prefer Adherence*. 2016 Nov 17;10:2357-2367.
- Bewley A, Page B. Maximizing patient adherence for optimal outcomes in psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2011 Jun;25 Suppl 4:9-14.
- Caldarola G, De Simone C, Talamonti M, Moretta G, Fossati B, Bianchi L, Fagnoli MC, Peris K. Prevalence of cutaneous comorbidities in psoriatic patients and their impact on quality of life. *Eur J Dermatol*. 2019 Apr 1;29(2):192-196.

- Canavarro MC. (Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI [Brief Symptom Inventory: BSI], in M.R. Simões, M.M. Gonçalves, L.S. Almeida (Eds). *Testes e provas psicológicas em Portugal* ed. 1, 2 vols. Braga: SHO.1999. pp.87-109.
- Carlsen KH, Olasz A, Carlsen KM, Serup J. Psoriasis and adherence to therapy: individual, treatment-related and general factors, in S. A. Davis (Ed.), *Adherence in Dermatology*. Adis, Cham; 2016. pp. 101-119.
- Carroll CL, Feldman SR, Camacho FT, Balkrishnan R. Better medication adherence results in greater improvement in severity of psoriasis. *Br J Dermatol*. 2004 Oct;151(4):895-7.
- Colombo D, Cassano N, Bellia G, Vena GA, Gender medicine and psoriasis, *World J.Dermatol*. 3.2014:36-44.
- Choi JW, Kim BR, Youn SW. Adherence to Topical Therapies for the Treatment of Psoriasis: Surveys of Physicians and Patients. *Ann Dermatol*. 2017 Oct;29(5):559-564. doi: 10.5021/ad.2017.29.5.559. Epub 2017 Aug 25.
- Derogatis LR, Spencer PM. The Brief Symptom Inventory (BSI) Administration, scoring and procedures manual-II, in L. R. Derogatis (Ed.), *Clinical Psychometric Research*. Inc., Baltimore; 1992. pp. 1-67.
- Ferreira BI, Abreu JL, Reis JP, Figueiredo AM. Psoriasis and Associated Psychiatric Disorders: A Systematic Review on Etiopathogenesis and Clinical Correlation. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2016 Jun;9(6):36-43. Epub 2016 Jun 1.
- Gokdemir G, Ari S, Köşlü A. Adherence to treatment in patients with psoriasis vulgaris: Turkish experience. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2008 Mar;22(3):330-5.
- Gordon-Elliott JS, Muskin PR. Managing the patient with psychiatric issues in dermatologic practice. *Clin Dermatol*. 2013 Jan-Feb;31(1):3-10
- Jevtić T, Bukumirić Z, Janković SM. Effects of treatment adherence on clinical and economic outcomes in patients with psoriasis. *Med Glas (Zenica)*. 2013 Feb;10(1):106-12.

- Kim WB, Jerome D, Yeung J. Diagnosis and management of psoriasis. *Can Fam Physician*. 2017 Apr;63(4):278-285.
- Kleyn EC, Morsman E, Griffin L, Wu JJ, Cm van de Kerkhof P, Gulliver W, van der Walt JM, Iversen L. Review of international psoriasis guidelines for the treatment of psoriasis: recommendations for topical corticosteroid treatments. *J Dermatolog Treat*. 2019 Jun;30(4):311-319..
- Menter A, Griffiths CE. Current and future management of psoriasis. *Lancet*. 2007 Jul 21;370(9583):272-284.
- Oji V, Luger TA. The skin in psoriasis: assessment and challenges. *Clin Exp Rheumatol*. 2015 Sep-Oct;33(5 Suppl 93):S14-9. Epub 2015 Oct 15.
- Pithadia DJ, Reynolds KA, Lee EB, Wu JJ. Psoriasis-associated itch: etiology, assessment, impact, and management. *J Dermatolog Treat*. 2020 Feb;31(1):18-26.
- Ribeiro CRB, Severidade da psoríase: estudo de adaptação do SAPASI para a população portuguesa [*Severity of psoriasis: SAPASI adaptation study for the Portuguese population*] Master's thesis, CESPU. 2011.
- Ribera M, Ros S, Madrid B, Ruiz-Villaverde R, Rebollo F, Gómez S, Loza E, Carretero G. Consensus Statement on the Psychological Needs of Patients With Chronic Inflammatory Skin Diseases. *Actas Dermosifiliogr (Engl Ed)*. 2019 Mar;110(2):102-114. English, Spanish.
- Soleymani T, Reddy SM, Cohen JM, Neimann AL. Early Recognition and Treatment Heralds Optimal Outcomes: the Benefits of Combined Rheumatology-Dermatology Clinics and Integrative Care of Psoriasis and Psoriatic Arthritis Patients. *Curr Rheumatol Rep*. 2017 Nov 20;20(1):1.

Stein Gold LF. Topical Therapies for Psoriasis: Improving Management Strategies and Patient Adherence. *Semin Cutan Med Surg.* 2016 Mar;35(2 Suppl 2):S36-44; quiz S45.

Svendsen MT, Andersen KE, Andersen F, Hansen J, Pottegård A, Johannessen H. Psoriasis patients' experiences concerning medical adherence to treatment with topical corticosteroids. *Psoriasis (Auckl).* 2016 Aug 23;6:113-119

Svendsen MT, Andersen F, Andersen KH, Pottegård A, Johannessen H, Möller S, August B, Feldman SR, Andersen KE. A smartphone application supporting patients with psoriasis improves adherence to topical treatment: a randomized controlled trial. *Br J Dermatol.* 2018 Nov;179(5):1062-1071.

Svendsen MT, Möller S, Feldman SR, Andersen KE. Sociodemographic factors do not have a large influence on adherence to topical treatment in patients with psoriasis. *Br J Dermatol.* 2019 Aug;181(2):381-382.

Svendsen MT, Feldmann S, Tiedemann SN, Sørensen ASS, Rivas CMR, Andersen KE. Improving psoriasis patients' adherence to topical drugs: a systematic review. *J Dermatolog Treat.* 2020 Dec;31(8):776-785.

Svendsen MT, Feldman SR, Tiedemann SN, Sørensen ASS, Rivas CMR, Andersen KE. Psoriasis patient preferences for topical drugs: a systematic review. *J Dermatolog Treat.* 2021 Aug;32(5):478-483.

Svendsen MT, Feldman SR, Mejdal A, Möller S, Kongstad LP, Andersen KE. Regular support provided by dermatological nurses improves outcomes in patients with psoriasis treated with topical drugs: a randomized controlled trial. *Clin Exp Dermatol.* 2022 Dec;47(12):2208-2221.

Teixeira A, Teixeira M, Almeida V, Torres T, Sousa Lobo JM, Almeida IF. Methodologies for medication adherence evaluation: Focus on psoriasis topical treatment. *J Dermatol Sci.* 2016 May;82(2):63-8.

- Teixeira A, Oliveira C, Teixeira M, Rita Gaio A, Lobo JMS, de Almeida IFM, Almeida V. Development and Validation of a Novel Questionnaire for Adherence with Topical Treatments in Psoriasis (QATOP). *Am J Clin Dermatol*. 2017 Aug;18(4):571-581.
- Teixeira A, Vasconcelos V, Teixeira M, Almeida V, Azevedo R, Torres T, Sousa Lobo JM, Costa PC, Almeida IF. Mechanical Properties of Topical Anti-Psoriatic Medicines: Implications for Patient Satisfaction with Treatment. *AAPS PharmSciTech*. 2019 Jan 2;20(1):36.
- Teixeira A, Teixeira M, Almeida V, Gaio R, Torres T, Magina S, Cunha C, Sousa Lobo JM, Almeida IF. Does the Vehicle Matter? Real-World Evidence on Adherence to Topical Treatment in Psoriasis. *Pharmaceutics*. 2021 Sep 23;13(10):1539.
- Teixeira A, Ribeiro C, Gaio R, Torres T, Magina S, Pereira T, Teixeira M, Rocha JC, Lobo JMS, Almeida IF, Vidal DG, Pedrosa E Sousa HF, Dinis MAP, Almeida V. Influence of psoriasis lesions' location and severity on psychosocial disability and psychopathology. Observational study and psychometric validation of the SAPASI Portuguese version. *J Psychosom Res*. 2022 Mar;154:110714.
- Teixeira A, Teixeira M, Bento C, Azevedo LF, Vasconcelos V, Bahia MF, Torres T, Morna C, Castro E, Vidal DG, E Sousa HFP, Dinis MAP, Almeida IF, Almeida V. Patterns of dosage regimen instructions regarding topical medicines: how is the information perceived by patients? *J Dermatolog Treat*. 2022 Jun;33(4):2325-2330.
- Thorneloe RJ, Bundy C, Griffiths CE, Ashcroft DM, Cordingley L. Adherence to medication in patients with psoriasis: a systematic literature review. *Br J Dermatol*. 2013 Jan;168(1):20-31. doi: 10.1111/bjd.12039

- Topp J, Andrees V, Weinberger NA, Schäfer I, Sommer R, Mrowietz U, Luck-Sikorski C, Augustin M. Strategies to reduce stigma related to visible chronic skin diseases: a systematic review. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2019 Nov;33(11):2029-2038.
- Vangeli E, Bakhshi S, Baker A, Fisher A, Bucknor D, Mrowietz U, Östör AJ, Peyrin-Biroulet L, Lacerda AP, Weinman J. A Systematic Review of Factors Associated with Non-Adherence to Treatment for Immune-Mediated Inflammatory Diseases. *Adv Ther*. 2015 Nov;32(11):983-1028.
- Visalli E, Crispino N, Foti R. Multidisciplinary Management of Psoriatic Arthritis: The Benefits of a Comprehensive Approach. *Adv Ther*. 2019 Apr;36(4):806-816. doi: 10.1007/s12325-019-00901-0. Epub 2019 Feb 25
- Yélamos O, Ros S, Puig L. Improving patient outcomes in psoriasis: strategies to ensure treatment adherence. *Psoriasis (Auckl)*. 2015 Jul 17;5:109-115.
- Zaghloul SS, Goodfield MJ. Objective assessment of compliance with psoriasis treatment. *Arch Dermatol*. 2004 Apr;140(4):408-14. doi: 10.1001/archderm.140.4.408.
- Zhang Q, Han J, Zhang Y, Li C, Chen P, Zhang J, Zeng K. Study on the psychological health and related risk factors in 245 patients with psoriasis in Inner Mongolia. *Psychol Health Med*. 2019 Aug;24(7):769-780.
- Zschocke I, Mrowietz U, Karakasili E, Reich K. Non-adherence and measures to improve adherence in the topical treatment of psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2014 May;28 Suppl 2:4-9.

**TABLES**

**Table 1** - Sociodemographic and clinical characteristics of the sample and differences between non-adherence and adherence groups

|                                       |                                | <b>Total sample<br/>(N=94; %=100)</b> | <b>Non-adherence<br/>(N=71; %=75.5)</b> | <b>Adherence<br/>(N=23; %=24.5)</b> | <i>p-value</i>  |
|---------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|---|-------------------------------------|-----------------|
| Age                                   | Mean ( <i>SD</i> )             | 49.4 (14.4)                           | 49.3 (15.1)                             | 49.7 (12.4)                         | .900            |
|                                       | Min-Max                        | 20-82                                 |   |                                     |                 |
| Gender                                | Male, n (%)                    | 52 (55.3)                             | 43 (82.7)                               | 9 (17.3)                            | .072            |
|                                       | Female, n (%)                  | 42 (44.7)                             | 28 (66.7)                               | 14 (33.3)                           |                 |
| Marital status                        | Single/divorced/widowed, n (%) | 31 (33.0)                             | 20 (64.5)                               | 11 (35.5)                           | .081            |
|                                       | Married, n (%)                 | 63 (67.0)                             | 51 (81.0)                               | 12 (19.0)                           |                 |
| Education                             | Primary/secondary, n (%)       | 82 (87.2)                             | 65 (79.3)                               | 17 (20.7)                           | <b>.028</b>     |
|                                       | Higher education, n (%)        | 12 (12.8)                             | 6 (50.0)                                | 6 (50.0)                            |                 |
| Professional status                   | Employed/student, n (%)        | 58 (61.7)                             | 40 (69.0)                               | 18 (31.0)                           | <b>.049</b>     |
|                                       | Unemployed/retired, n (%)      | 36 (38.3)                             | 31 (86.1)                               | 5 (13.9)                            |                 |
| Number of family members              | 1 person, n (%)                | 12 (12.8)                             | 4 (33.3)                                | 8 (66.7)                            | <b>&lt;.001</b> |
|                                       | More than 1 person, n (%)      | 82 (87.2)                             | 67 (81.7)                               | 15 (18.3)                           |                 |
| Family history of psoriasis           | Yes, n (%)                     | 52 (55.3)                             | 35 (67.3)                               | 17 (32.7)                           | <b>.039</b>     |
|                                       | No, n (%)                      | 42 (44.7)                             | 36 (85.7)                               | 6 (14.3)                            |                 |
| Disease duration                      | Mean ( <i>SD</i> )             | 19.5 (16.0)                           | 19.6 (16.6)                             | 19.0 (14.0)                         | .864            |
|                                       | Min-Max                        | 0-59                                  | 0-59                                    | 0-49                                |                 |
| Changes in daily activities/ days     | Mean ( <i>SD</i> )             | 3.2 (21.3)                            | 8.1 (37.5)                              | 1.6 (11.9)                          | .206            |
|                                       | Min-Max                        | 0-180                                 | 0-99                                    | 0-180                               |                 |
| Absence from work                     | Mean ( <i>SD</i> )             | .20 (.95)                             | .21 (1.05)                              | .17 (.58)                           | .889            |
|                                       | Min-Max                        | 0-180                                 | 0-99                                    |                                     |                 |
| Social life impact                    | Mild, n (%)                    | 30 (31.9)                             | 24 (80.0)                               | 6 (20.0)                            |                 |
|                                       | Moderate, n (%)                | 38 (40.4)                             | 29 (76.3)                               | 9 (23.7)                            | .639            |
|                                       | Hight, n (%)                   | 26 (27.7)                             | 18 (69.2)                               | 8 (30.8)                            |                 |
| Psychological/<br>psychiatric therapy | Yes, n (%)                     | 7 (7.5)                               | 3 (42.9)                                | 4 (57.1)                            | <b>.014</b>     |
|                                       | No, n (%)                      | 87 (92.6)                             | 68 (78.2)                               | 19 (21.8)                           |                 |
| Psychotropic medication               | Yes, n (%)                     | 18 (19.1)                             | 12 (66.7)                               | 6 (33.3)                            | .331            |
|                                       | No, n (%)                      | 76 (80.9)                             | 59 (77.6)                               | 17 (22.4)                           |                 |

*N* = total sample; *n* = subsample; % = percentage; *SD* = standard deviation; **Bold**: Significant Values

**Table 2** - Estimation from the logistic regression model for the sociodemographic predictors of adherence

| <b>Variables</b>             | <b>Estimates</b> | <b>SD</b> | <b><i>p</i>-value</b> | <b>95% CI</b>  |
|------------------------------|------------------|-----------|-----------------------|----------------|
| Constant                     | -1.445           | 0.375     | <b>&lt;0.001</b>      | -2.234; -0.760 |
| Higher education             | 1.525            | 0.711     | <b>0.030</b>          | 0.153; 2.908   |
| Family with 1 member         | 2.957            | 0.847     | <b>&lt;0.001</b>      | 1.466; 4.809   |
| Inactive professional status | -1.454           | 0.741     | <b>0.026</b>          | -3.139; -0.163 |

*SD* = standard deviation; CI = confidence interval; **Bold**: Significant Values

**Table 3** - Psychosocial differences between nonadherence and adherence groups

|                           |     | <i>Adherence Combo</i> |          |                  |          | <i>p-value</i> |
|---------------------------|-----|------------------------|----------|------------------|----------|----------------|
|                           |     | <b>Non-adherence</b>   |          | <b>Adherence</b> |          |                |
|                           |     | <i>n</i>               | <i>%</i> | <i>n</i>         | <i>%</i> |                |
| Somatization              | No  | 43                     | 60.6     | 11               | 47.8     | 0.283          |
|                           | Yes | 28                     | 39.4     | 12               | 52.2     |                |
| Obsession/Compulsion      | No  | 60                     | 84.5     | 13               | 56.5     | <b>0.005</b>   |
|                           | Yes | 11                     | 15.5     | 10               | 43.5     |                |
| Interpersonal sensitivity | No  | 54                     | 76.1     | 16               | 69.6     | 0.535          |
|                           | Yes | 17                     | 23.9     | 7                | 30.4     |                |
| Depression                | No  | 54                     | 76.1     | 16               | 69.6     | 0.535          |
|                           | Yes | 17                     | 23.9     | 7                | 30.4     |                |
| Anxiety                   | No  | 47                     | 66.2     | 13               | 56.5     | 0.401          |
|                           | Yes | 24                     | 33.8     | 10               | 43.5     |                |
| Hostility                 | No  | 50                     | 70.4     | 15               | 65.2     | 0.639          |
|                           | Yes | 21                     | 29.6     | 8                | 34.8     |                |
| Phobic anxiety            | No  | 53                     | 74.6     | 14               | 60.9     | 0.204          |
|                           | Yes | 18                     | 25.4     | 9                | 39.1     |                |
| Paranoid ideation         | No  | 57                     | 80.3     | 16               | 69.6     | 0.284          |
|                           | Yes | 14                     | 19.7     | 7                | 30.4     |                |
| Psychoticism              | No  | 66                     | 93.0     | 18               | 78.3     | 0.061          |
|                           | Yes | 5                      | 7.0      | 5                | 21.7     |                |

n = subsample; %= percentage; SD = standard deviation; **Bold:** Significant Values

**Table 4** - Estimation from the logistic regression model of for the model of psychopathological, clinical, and social predictors of adherence

| <b>Variables</b>              | <b>Estimates</b> | <b><i>SD</i></b> | <b><i>p-value</i></b> | <b>95% CI</b>  |
|-------------------------------|------------------|------------------|-----------------------|----------------|
| Constant                      | -2.457           | 0.685            | < <b>0.001</b>        | -3.962; -1.265 |
| Female Gender                 | 2.224            | 0.899            | <b>0.008</b>          | 0.572; 4.070   |
| Obsession-compulsion          | 1.668            | 0.602            | <b>0.004</b>          | 0.541; 2.861   |
| Disease duration              | 0.022            | 0.024            | 0.356                 | -0.025; 0.069  |
| Disease duration <sup>a</sup> | -0.067           | 0.035            | <b>0.039</b>          | -0.137; -0.003 |

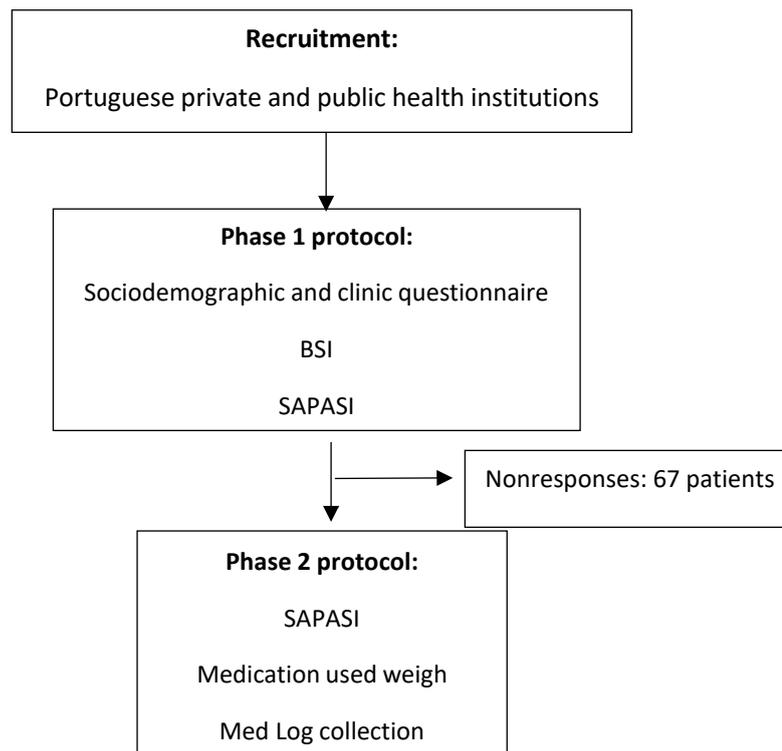
*SD* = standard deviation; CI = confidence interval; **Bold**: Significant Value; <sup>a</sup> Only Female Gender

**Table 5** - Estimation from the logistic regression model for the model of the identification of psychosocial predictors of adherence

| <b>Variables</b>             | <b>Estimates</b> | <b>SD</b> | <b><i>p</i>-value</b> | <b>95% CI</b>  |
|------------------------------|------------------|-----------|-----------------------|----------------|
| Constant                     | -1.798           | 0.435     | <b>&lt;0.001</b>      | -2.726; -1.018 |
| Higher education             | 1.355            | 0.736     | 0.061                 | -0.066; 2.773  |
| Family with 1 member         | 3.001            | 0.915     | <b>&lt;0.001</b>      | 1.395; 5.043   |
| Inactive professional status | -1.491           | 0.756     | <b>0.026</b>          | -3.210; -0.162 |
| Obsession-compulsion         | 1.493            | 0.641     | <b>0.017</b>          | 0.269; 2.782   |

*SD* = standard deviation; CI = confidence interval; **Bold**: Significant Value

## FIGURES LEGENDS



**Figure 1** – Recruitment of sample and protocol of the study flowchart

## EQUATIONS LEGENDS

Equations 1 - Sociodemographic Model

Equations 2- Psychopathological Model

Equations 3- Psychosocial Model

Equations 4- Medication Weight

$$\log \left( \frac{\pi}{1 - \pi} \right) = \beta_0 + \beta_1 \text{HighEducation} + \beta_2 \text{SingleFamilyUnit} \\ + \beta_3 \text{InactiveProfessionalStatus}$$

Equation 1 - Sociodemographic Model

$$\log \left( \frac{\pi}{1 - \pi} \right) = \beta_0 + \beta_1 \text{Female} + \beta_2 \text{ObsessiveCompulsive} + \beta_3 \text{DiseaseDuration} + \beta_5 \text{Gender} \\ * \text{DiseaseDuration}$$

Equation 2- Psychopathological Model

$$\log \left( \frac{\pi}{1 - \pi} \right) = \beta_0 + \beta_1 \text{HighEducation} + \beta_2 \text{SingleFamilyUnit} \\ + \beta_3 \text{InactiveProfessionalStatus} + \beta_5 \text{ObsessiveCompulsive}$$

Equation 3 – Psychosocial Model

$$W = Wu / Wex \times 100 \quad (1)$$

Equation 4 - Medication Weight

# **Anexo V: Registo de Submissão de Artigo**

\*This is an automated message.\*

Journal: Journal of Psychosomatic Research

Title: Influence of clinical and psychosocial factors on the adherence to topical treatment in psoriasis

Corresponding Author: Professor Maribel Teixeira

Co-Authors: Rita Gaio; Tiago Torres; Sofia Magina; Maria Alzira Pimenta Dinis; José Sousa-Lobo; Isabel Almeida; Miguel Peixoto; Vera Almeida; Ana Teixeira

Manuscript Number:

Dear Miguel Peixoto,

The corresponding author Professor Maribel Teixeira has listed you as a contributing author of the following submission via Elsevier's online submission system for Journal of Psychosomatic Research.

Submission Title: Influence of clinical and psychosocial factors on the adherence to topical treatment in psoriasis

Elsevier asks all authors to verify their co-authorship by confirming agreement to publish this article if it is accepted for publication.

Please read the following statement and confirm your agreement by clicking on this link: <https://www.editorialmanager.com/jpsychores/l.asp?i=242227&l=GZFLFLRY>

I irrevocably authorize and grant my full consent to the corresponding author of the manuscript to: (1) enter into an exclusive publishing agreement with Elsevier on my behalf (or, if the article is to be published under a CC BY license, a non-exclusive publishing agreement), in the relevant form set out at [www.elsevier.com/copyright](http://www.elsevier.com/copyright); and (2) unless I am a US government employee, to transfer my copyright or grant an exclusive license of rights (or for CC BY articles a non-exclusive license of rights) to Elsevier as part of that publishing agreement, effective on acceptance of the article for publication. If the article is a work made for hire, I am authorized to confirm this on behalf of my employer. I agree that the copyright status selected by the corresponding author for the article if it is accepted for publication shall apply and that this agreement is subject to the governing law of the country in which the journal owner is located.