

DERMATOLOGIA E PROCEDIMENTOS ESTÉTICOS

Edição XXI

CAPÍTULO 35

O *SPIRITUAL COPING* EM DOENÇAS DERMATOLÓGICAS CRÔNICAS: A BARREIRA CUTÂNEA E A DIMENSÃO EXISTENCIAL

LAURA JUNQUEIRA COUTINHO¹
THIAGO CROCOLI BALBINOT¹
NICOLAS MATTANA PICCOLI¹
MARIA FERNANDA BASSANI NÁCUL¹
JULIANA BETONI ULIANA¹
PATRICIA BRESOLIN DE SOUZA VARELA¹
NATÁLIA BARBIZAN¹
NICOLE SANTINI¹
ALICE ZAGO FABRO¹
MARIA EDUARDA GALARZA¹
RAFAELA BIAVATTI ALBERT¹
MANOELA GUERRA GODOY¹
CAROLINA TONET¹
PROF. ORIENTADOR FÁBIO SCHWALM²
PROF. ORIENTADORA MARINA MANTESSO²

¹Discente – Curso de Medicina da Universidade de Caxias do Sul.

²Docente – Curso de Medicina da Universidade de Caxias do Sul.

Palavras-chave: *Psicodermatologia; Espiritualidade; Doenças Crônicas Não Transmissíveis.*

DOI

10.59290/9030102632

EP EDITORA
PASTEUR

INTRODUÇÃO

A pele é o maior órgão do corpo humano e exerce funções que vão muito além da proteção de barreira física, uma vez que é um dos principais meios de comunicação entre o corpo e o meio externo (JAFFERANY; FRANCA, 2016). Ela possui um importante papel como instrumento de comunicação entre os indivíduos, expressão emocional e construção da identidade (SHENEFELT; SHENEFELT, 2014). O eixo cérebro-pele é uma via de comunicação bidirecional que liga o sistema nervoso central à pele (JAFFERANY; FRANCA, 2016). Sua origem embrionária comum, o ectoderma, reforça o conceito do eixo cérebro-pele, constituindo um sistema de complexas interações neuroimunológicas, endócrinas e psicossociais que explica a influência entre estados emocionais e condições dermatológicas, produzindo neurotransmissores e hormônios que refletem diretamente estados emocionais (JAFFERANY; FRANCA, 2016).

Nas últimas décadas, evidências científicas têm demonstrado que fatores psicológicos como estresse, ansiedade e depressão podem influenciar o aparecimento, agravamento e perpetuação de diversas dermatoses (KOO; LEE, 2003). Em contrapartida, doenças dermatológicas crônicas também exercem impacto significativo sobre a saúde mental, criando um ciclo de sofrimento físico e emocional (KOO; LEE, 2003). Essa compreensão ampliada do processo saúde-doença é conhecida como psicodermatologia e envolve inúmeros tipos de condições (KOO ; LEE, 2003). Em alguns casos, a psicopatologia subjacente desempenha um papel etiológico no desenvolvimento de manifestações cutâneas, já em outros fatores psicológicos podem agir como gatilhos para exacerbações de doenças dermatológicas (KOO; LEE, 2003).

O impacto epidemiológico dessas condições sobre a saúde psíquica é severo. Estudos

multicêntricos demonstram que transtornos depressivos estão presentes em cerca de 10,1% dos pacientes dermatológicos, enquanto transtornos de ansiedade acometem aproximadamente 17,2% e a ideação suicida alcança índices de 12,7% nessa população (UNTERRAINER *et al.*, 2016). A visibilidade das lesões cutâneas atua como um vetor de estigmatização crônica, deteriorando a autoimagem e induzindo o indivíduo a dinâmicas de isolamento social voluntário ou involuntário, o que retroalimenta a desregulação do eixo neuroimune-cutâneo (UNTERRAINER *et al.*, 2016).

Além dos aspectos biológicos e psicológicos, a experiência do adoecimento frequentemente desperta questionamentos relacionados ao significado da vida, à espiritualidade e ao propósito existencial (PARGAMENT *et al.*, 2004). Frente a condições de saúde crônicas associadas a importante impacto psicossocial, muitos indivíduos buscam na espiritualidade uma estratégia para enfrentar o sofrimento, atribuir sentido à experiência vivida e fortalecer recursos de adaptação (PARGAMENT *et al.*, 2004). Nesse contexto, o *coping spiritual* ou religioso (*coping* é a forma como o indivíduo enfrenta desafios, perdas, doenças ou conflitos que exigem adaptação) emerge como importante conceito para compreender os diferentes modos pelos quais as crenças e práticas espirituais influenciam o enfrentamento da doença (PARGAMENT *et al.*, 2004).

Considerando a interação entre fatores emocionais e doenças dermatológicas crônicas, é relevante compreender os recursos que podem ser utilizados pelos pacientes para enfrentar o sofrimento decorrente do adoecimento (STEINHAUSER *et al.*, 2017). Entre esses recursos destaca-se o *spiritual coping* (STEINHAUSER *et al.*, 2017). O conceito de *spiritual coping* (ou enfrentamento espiritual) foi amplamente desenvolvido por Kenneth I. Pargament, que o define como o uso de crenças e práticas religiosas

ou espirituais para compreender e lidar com eventos estressantes da vida (STEINHAUSER *et al.*, 2017). Segundo o autor, essas estratégias podem exercer efeitos positivos ou negativos sobre a adaptação psicossocial ao adoecimento (STEINHAUSER *et al.*, 2017).

O objetivo desta revisão foi analisar a interface entre o enfrentamento espiritual e as dermatoses crônicas, investigando como o *spiritual coping* modula o sofrimento psicossocial, a adesão terapêutica e a resposta inflamatória cutânea.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa realizada no período de junho a julho de 2026 por meio de pesquisas nas bases de dados Pubmed, Embase e Lilacs. Foram utilizados os descritores: (("Skin Diseases"[Mesh] OR "Psoriasis"[Mesh] OR "Vitiligo"[Mesh] OR "Dermatitis, Atopic"[Mesh] OR "Epidermolysis Bullosa"[Mesh] OR "Chronic Dermatitis") AND ("Adaptation, Psychological"[Mesh] OR "Spirituality"[Mesh] OR "Religion"[Mesh] OR "Spiritual Coping" OR "Spiritual Well-Being") AND ("Quality of Life"[Mesh] OR "Social Stigma"[Mesh] OR "Stress, Psychological"[Mesh] OR "Patient Compliance"[Mesh] OR "Psychodermatology")). Desta busca foram utilizados 24 artigos.

Os critérios de inclusão foram artigos nos idiomas português, espanhol e inglês, sem restrição de data e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Os resultados foram apresentados de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando: Pele, cérebro e dimensão existen-

cial; Bases neuroendócrinas do estresse e da resposta cutânea; Enfrentamento em dermatoses específicas; Diretrizes para a prática clínica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A espiritualidade pode auxiliar o indivíduo a desenvolver maior capacidade de adaptação diante da imprevisibilidade dos sintomas, das recidivas e das mudanças na aparência física (PANZINI; BANDEIRA, 2007). Além disso, práticas como oração, meditação e busca de apoio espiritual podem proporcionar conforto emocional, sensação de pertencimento e suporte social, além de aumento da esperança, fatores reconhecidos como importantes para a qualidade de vida de pessoas com doenças crônicas, podendo contribuir para a redução da ansiedade e, conseqüentemente, favorecer a adaptação ao tratamento e o manejo da doença (PANZINI; BANDEIRA, 2007).

Em indivíduos com vitiligo, por exemplo, considerando que a despigmentação da pele frequentemente afeta a autoimagem e a identidade pessoal, a busca de significado existencial e a participação em práticas religiosas ou espirituais podem favorecer processos de aceitação e fortalecimento da autoestima (PANZINI; BANDEIRA, 2007). A espiritualidade pode contribuir para a ressignificação da aparência física e para a valorização de aspectos da identidade que transcendem as características corporais (PANZINI; BANDEIRA, 2007).

Por outro lado, o enfrentamento religioso negativo, ou seja, declarações sobre a doença como punição ou indicador de abandono por Deus, está associado a níveis mais elevados de angústia, confusão e depressão, e a níveis mais baixos de bem-estar físico e emocional, dificultando a adaptação à doença (SILVA; MULLER; BONAMIGO, 2006).

Manifestações do *coping* positivo

O *spiritual coping* positivo caracteriza-se pela utilização da espiritualidade como fonte de fortalecimento psicológico e adaptação à doença (PANZINI; BANDEIRA, 2007). Um dos principais componentes desse processo é a resiliência, ou seja, a capacidade de adaptação e superação frente às adversidades (PANZINI; BANDEIRA, 2007). Além da resiliência, o *spiritual coping* positivo envolve a capacidade de atribuir significado ao sofrimento e reinterpretar a experiência da doença dentro de uma perspectiva de crescimento pessoal (PANZINI; BANDEIRA, 2007).

Como visto, o *coping* espiritual positivo reflete uma relação segura, integrada e construtiva com o transcendente, com o próprio eu e com o ambiente (PARGAMENT *et al.*, 2004). De forma geral, na prática dermatológica, esse padrão manifesta-se por meio de três pilares fundamentais, sendo primeiro o encontro de um propósito na doença: pacientes que utilizam o viés positivo tendem a resignificar a patologia (MCQUILLAN, 2026).

O segundo, o fortalecimento de laços comunitários de apoio: A espiritualidade positiva frequentemente impulsiona o paciente a buscar ou fortalecer vínculos em grupos de apoio, comunidades de fé ou redes de acolhimento (DOMARADZKI; WALKOWIAK, 2024). Para o paciente dermatológico, cronicamente exposto ao estigma social e ao autoisolamento devido às lesões visíveis, a inserção em uma comunidade compassiva neutraliza os sentimentos de rejeição e restaura o senso de pertencimento e dignidade (DOMARADZKI; WALKOWIAK, 2024; MA *et al.*, 2026).

E o terceiro, a maior resiliência diante das crises de atividade: estudos clínicos (como os voltados à avaliação da qualidade de vida em pacientes com psoríase) demonstram que o bem-estar espiritual prediz diretamente os ní-

veis de resiliência psicológica (SUMS, 2019/2021). Durante as exacerbações agudas da doença (os flares clínicos), indivíduos com alto *coping* positivo exibem menor reatividade emocional e menor ativação do eixo HPA (hipotálamo-pituitária-adrenal), reduzindo o estresse psicogênico que sabidamente retroalimenta a cascata inflamatória cutânea (EVERS *et al.*, 2010; HALL *et al.*, 2012).

O perigo do *coping* negativo

O *coping* espiritual negativo manifesta-se quando a espiritualidade se torna uma fonte de angústia, culpa, confusão e desamparo (PARGAMENT *et al.*, 2004; SILVA; MULLER; BONAMIGO, 2006). Trata-se de uma verdadeira "luta espiritual" que impõe graves riscos ao prognóstico do paciente, como a visão de "castigo divino" ou "impureza espiritual": o paciente passa a interpretar suas lesões cutâneas como manifestações físicas de uma punição transcendental ou de uma falha moral e espiritual interna (SHENEFELT; SHENEFELT, 2014; MCQUILLAN, 2026). Essa percepção evoca profundos sentimentos de vergonha e inadequação (SHENEFELT; SHENEFELT, 2014).

Sob o impacto do *coping* negativo, o indivíduo pode adotar uma postura de resignação passiva prejudicial ("se é a vontade de Deus que eu sofra, não devo intervir") ou recorrer exclusivamente a práticas rituais de purificação isoladas, postergando a consulta com o especialista (MA *et al.*, 2026). Na dermatologia, esse atraso no diagnóstico e na intervenção oportuna pode permitir a evolução de quadros tratáveis para estágios graves, com sequelas cicatriciais e deformidades físicas irreversíveis (MA *et al.*, 2026).

Embora o *spiritual coping* negativo possa afetar diferentes condições dermatológicas, seus efeitos podem ser particularmente relevantes na psoríase, uma vez que fatores emocionais

desempenham papel importante na atividade inflamatória da doença, como veremos adiante (SILVA; MULLER; BONAMIGO, 2006). Assim, aspectos mal-manejados da espiritualidade podem contribuir indiretamente para o aumento do sofrimento global do paciente e para maiores dificuldades de adaptação ao tratamento (SILVA; MULLER; BONAMIGO, 2006). Digno de nota, uma das manifestações mais comuns do *coping* negativo é a percepção da doença como punição divina (SILVA; MULLER; BONAMIGO, 2006).

Além disso, nota-se piora nos desfechos de saúde mental: a literatura aponta que o *coping* negativo está intimamente relacionado à escores elevados de depressão, ansiedade generalizada e ideação suicida (PARGAMENT *et al.*, 2004). O sofrimento cutâneo é amplificado pelo sofrimento existencial, criando um ciclo onde a desregulação imunológica mediada pelo estresse severo piora o quadro dermatológico, o qual, por sua vez, aprofunda a crise espiritual do paciente (UNTERRAINER *et al.*, 2016).

O impacto na adesão terapêutica

A jornada do paciente dermatológico crônico exige uma disciplina terapêutica rigorosa, e é nesse ponto que o estado espiritual se traduz diretamente em comportamento clínico (SZABÓ *et al.*, 2022). A adesão às condutas médicas é fortemente modulada pelo tipo de *coping* que o paciente adota (SZABÓ *et al.*, 2022).

Diferente de terapias baseadas em um único comprimido diário, o tratamento em dermatologia frequentemente envolve rotinas extenuantes na rotina diária do indivíduo. Os tratamentos mais utilizados são os tópicos, em que a aplicação diária, por vezes múltipla, de cremes, pomadas e emolientes em grandes extensões corporais é uma tarefa incômoda (YOSIPOVITCH *et al.*, 2024; KISHIMOTO *et al.*, 2023). Pacientes com *coping* positivo encontram na disci-

plina do autocuidado um ato de respeito ao próprio corpo (visto como sagrado ou valioso), o que eleva a fidelidade ao tratamento (KISHIMOTO *et al.*, 2023). Já os que vivenciam o *coping* negativo abandonam os tópicos pela falta de esperança ou pela percepção inconsciente de que não merecem a melhora.

Outra opção de tratamento é a fototerapia, em que a necessidade de deslocamento frequente até as clínicas para as sessões de banho de luz (UVB-NB ou PUVA) demanda persistência (EVERS *et al.*, 2010). O paciente resiliente espiritualizado encara a rotina como parte de seu processo de cura; o paciente em sofrimento espiritual tende a faltar às sessões devido ao desânimo e ao isolamento social (EVERS *et al.*, 2010; MCQUILLAN, 2026).

Já o tratamento com uso de imunobiológicos possui um alto custo, além de o manejo de biológicos injetáveis exigir uma forte relação de confiança médica e aceitação do tratamento (YOSIPOVITCH *et al.*, 2024). Evidências científicas mostram que a espiritualidade positiva está fortemente associada a uma maior confiança na equipe de saúde (YOSIPOVITCH *et al.*, 2024). Pacientes com *coping* positivo aceitam melhor os riscos e os critérios de monitoramento dessas medicações avançadas (YOSIPOVITCH *et al.*, 2024). Por outro lado, aqueles sob a influência do *coping* negativo expressam maior desconfiança em relação à ciência médica, temem os efeitos colaterais como punições adicionais e apresentam taxas significativamente maiores de abandono terapêutico (YOSIPOVITCH *et al.*, 2024).

BASES NEUROENDÓCRINAS DO ESTRESSE E DA RESPOSTA CUTÂNEA

O estresse psicológico ativa o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA), o qual promove a liberação de CRH, ACTH e cortisol (HALL *et*

al., 2012). Simultaneamente, ocorre a ativação do sistema nervoso simpático, com o aumento da liberação de noradrenalina e de outras catecolaminas (HALL *et al.*, 2012). Esses mediadores podem favorecer processos inflamatórios na pele, assim, ativando o sistema imune (HALL *et al.*, 2012). Além da ação do eixo central, a pele possui um sistema neuroendócrino próprio, local, assim participando diretamente na resposta ao estresse (HALL *et al.*, 2012).

Em um estudo conduzido por Evers *et al.* (2010), pesquisadores observaram que nos períodos em que os pacientes apresentavam os maiores níveis de estressores diários, eles obtinham uma associação entre o aumento do estresse e o agravamento da psoríase no mês seguinte (EVERS *et al.*, 2010). Nesses momentos, níveis mais elevados de estresse também estavam relacionados a menores concentrações de cortisol (EVERS *et al.*, 2010). Entretanto, o cortisol, isoladamente, não se associou de forma significativa à piora da doença observada posteriormente (EVERS *et al.*, 2010). Hipotetiza-se que o estresse persistente gera uma hiporresponsividade adaptativa ou "*blunting*" do eixo HPA, resultando na perda da capacidade de produzir o pico necessário de cortisol para conter as reações inflamatórias locais, o que poderia explicar os surtos de psoríase após períodos de esgotamento psíquico (EVERS *et al.*, 2010).

O estresse também aumenta a produção do fator de crescimento nervoso (NGF), que estimula fibras nervosas cutâneas e favorece a liberação de neuropeptídeos, como a substância P (SP) e o peptídeo relacionado ao gene da calcitonina (CGRP) (HALL *et al.*, 2012). Essas moléculas promovem a comunicação entre células nervosas, imunológicas e inflamatórias, contribuindo para o agravamento de doenças cutâneas inflamatórias, como a psoríase (HALL *et al.*, 2012).

Modulação da imunologia via bem-estar espiritual

As Intervenções Baseadas em *Mindfulness* (MBIs) demonstram efeitos regulatórios positivos ao atuar na redução de marcadores pró-inflamatórios e no fortalecimento de respostas protetoras do sistema imune (BLACK; SLAVICH, 2016). Em nível circulatório, as práticas de atenção plena associam-se à diminuição de proteínas ligadas à inflamação crônica, como a interleucina-6 (IL-6), o fator de necrose tumoral alfa (TNF- α) e a proteína C-reativa (PCR), além de promover o aumento de citocinas anti-inflamatórias e imunoprotetoras (BLACK; SLAVICH, 2016). Esse controle da inflamação também ocorre no plano intracelular, onde as MBIs reduzem a expressão e a atividade do fator de transcrição NF-KB em células mono-nucleares do sangue periférico, amenizando os efeitos do estresse psicológico sobre o sistema imune (BLACK; SLAVICH, 2016).

Além de regular processos inflamatórios, o *mindfulness* exerce um impacto positivo na contagem, longevidade e funcionalidade das células de defesa (BLACK; SLAVICH, 2016). No que diz respeito ao envelhecimento celular, as práticas demonstraram capacidade de atenuar o encurtamento dos telômeros e elevar a atividade da enzima telomerase, promovendo a estabilidade cromossômica (BLACK; SLAVICH, 2016). Em suma, MBIs fortalecem a imunidade humoral ao otimizar a resposta de anticorpos, resultando em uma maior produção de imunoglobulinas após estímulos antigênicos (BLACK; SLAVICH, 2016).

Ciclo prurido-arranhão e o controle emocional

Ao avaliarem os efeitos de intervenções psicológicas em pacientes com coceira crônica, pesquisadores observaram que as intervenções psicológicas foram eficazes na redução da intensidade e frequência da coceira (SCHUT *et al.*, 2026). Definido como uma sensação desa-

gradável que provoca o desejo de coçar que dura mais de seis semanas, o prurido crônico (PC) possui etiologia multifatorial, estando frequentemente associado a dermatoses inflamatórias crônicas e condições sistêmicas (ROQUE FERREIRA *et al.*, 2024).

O PC aparece de forma a ser processado por vias não-histaminérgicas, o que aumenta sua complexidade e limita a eficácia de tratamentos convencionais (ROQUE FERREIRA *et al.*, 2024). O desenvolvimento do quadro crônico é sustentado pelos mecanismos de sensibilização da periferia, caracterizada pela redução do limiar de percepção dos pruriceptores, e de sensibilização central, um reflexo da plasticidade neural que faz com que estímulos não relacionados à coceira sejam interpretados como tal pelo sistema nervoso (ROQUE FERREIRA *et al.*, 2024).

A conexão biológica desse processo ocorre por meio do eixo cérebro-pele, que interliga o eixo central ao seu equivalente cutâneo (ROQUE FERREIRA *et al.*, 2024). Sob estresse psicológico, ocorre a liberação de hormônios que ativam células imunes e estruturais da pele, como os mastócitos (ROQUE FERREIRA *et al.*, 2024). A desgranulação dos mastócitos libera os mediadores inflamatórios que estimulam as fibras nervosas C, gerando um ciclo vicioso de inflamação neurogênica e muita coceira (ROQUE FERREIRA *et al.*, 2024). Paralelamente a isso, estudos sugerem o envolvimento da ínsula na retenção de informações imunológicas periféricas, o que explica como o estresse psicológico é capaz de reativar diretamente focos de inflamação na pele (ROQUE FERREIRA *et al.*, 2024).

Além dos mecanismos neuroendócrinos, fatores psicológicos também influenciam a intensidade da coceira (ROQUE FERREIRA *et al.*, 2024). Pessoas com maior tendência à ansiedade ou dificuldade em reconhecer e expressar emoções (alexitimia) costumam relatar prurido

mais intenso e apresentam maior frequência de se coçar (ROQUE FERREIRA *et al.*, 2024).

Além disso, expectativas negativas e pensamentos pessimistas podem aumentar a percepção do sintoma e modificar a atividade cerebral relacionada à coceira (ROQUE FERREIRA *et al.*, 2024). Ao mesmo tempo, o prurido crônico pode gerar importantes consequências emocionais, como alterações do sono, ansiedade, depressão, prejuízos na vida sexual e até a redução da qualidade de vida (ROQUE FERREIRA *et al.*, 2024). Em doenças como a psoríase e a acne, o desconforto é agravado pelo estigma social causado pelas lesões visíveis (ROQUE FERREIRA *et al.*, 2024).

Psoríase e vitiligo: estratégias de enfrentamento diante do estigma social

Entre as dermatoses crônicas frequentemente associadas ao estigma social, destacam-se a psoríase e o vitiligo, exemplos paradigmáticos de condições marcadas pelo impacto psicossocial decorrente da visibilidade das lesões (MA *et al.*, 2026). Embora apresentem mecanismos fisiopatológicos distintos, ambas compartilham a capacidade de alterar significativamente a percepção da imagem corporal e as interações sociais dos indivíduos acometidos (MA *et al.*, 2026).

Apesar das diferenças em relação à etiologia, às manifestações clínicas e ao prognóstico, essas doenças possuem uma característica fundamental em comum: a exposição visível das alterações cutâneas (MA *et al.*, 2026). Nesse contexto, as placas eritematodescamativas da psoríase e as áreas de despigmentação características do vitiligo tornam-se marcadores corporais facilmente perceptíveis, frequentemente sujeitos a olhares, comentários, interpretações equivocadas e julgamentos sociais (MA *et al.*, 2026).

A psoríase é uma doença inflamatória crônica que pode se manifestar de diferentes for-

mas clínicas, sendo a mais comum caracterizada pela presença de placas eritematodescamativas (EVERS *et al.*, 2010; HALL *et al.*, 2012). As lesões geralmente acometem joelhos, cotovelos e couro cabeludo, embora possam surgir em qualquer região do corpo (EVERS *et al.*, 2010). Seu aparecimento e agravamento costumam estar associados a situações de estresse e a eventos emocionalmente significativos (EVERS *et al.*, 2010). Dessa forma, observa-se uma interação bidirecional entre o estresse psicológico e a atividade inflamatória da doença, na qual fatores emocionais podem desencadear ou intensificar surtos, estabelecendo um ciclo em que sofrimento psíquico e manifestações cutâneas se retroalimentam (EVERS *et al.*, 2010). Consequentemente, pessoas com psoríase frequentemente relatam constrangimento relacionado às lesões visíveis, medo de avaliações negativas e receio de serem equivocadamente consideradas portadoras de doenças contagiosas (MA *et al.*, 2026).

O vitiligo, por sua vez, é uma condição autoimune de etiologia ainda não completamente esclarecida, caracterizada pela perda adquirida de melanócitos, resultando em áreas despigmentadas da pele (MA *et al.*, 2026). Clinicamente, manifesta-se por manchas esbranquiçadas de contornos bem definidos, que costumam surgir ao redor da boca, das pálpebras e em regiões submetidas a traumas repetitivos, como dedos das mãos e dos pés (MA *et al.*, 2026). Assim como ocorre na psoríase, indivíduos com vitiligo enfrentam desafios sociais relevantes; entretanto, nesse caso, eles decorrem principalmente da alteração visível da pigmentação cutânea (MA *et al.*, 2026).

Diversos estudos demonstram associação entre psoríase, vitiligo e sofrimento psicológico (UNTERRAINER *et al.*, 2016; MA *et al.*, 2026). Esse sofrimento não resulta apenas da presença da doença, mas também da experiência cotidiana de conviver com o olhar do outro,

com a estigmatização e, em algumas situações, com formas explícitas de discriminação (MA *et al.*, 2026). Entre as manifestações psicossociais mais frequentemente observadas destacam-se a ansiedade social, os sintomas depressivos, a baixa autoestima, o isolamento social, o estresse crônico e as alterações da imagem corporal (MA *et al.*, 2026).

Nesse cenário, a espiritualidade pode constituir uma importante fonte de resignificação da experiência de adoecimento (SUMS, 2019/2021). Estratégias como oração, meditação, participação em comunidades religiosas e busca por significado existencial têm sido associadas a maior aceitação da condição crônica e a menores níveis de sofrimento emocional (SUMS, 2019/2021). Crenças e práticas espirituais podem auxiliar os pacientes a reinterpretar experiências de rejeição social, reduzindo sentimentos de vergonha e fortalecendo recursos internos de enfrentamento (SUMS, 2019/2021).

As discrepâncias socioculturais na vivência dessas enfermidades são importantes. Em países em desenvolvimento e regiões com menor nível de alfabetização em saúde, crenças tradicionais de cunho místico comumente associam o vitiligo a causas sobrenaturais, rotulando-o como consequência de "impureza espiritual" ou "punição de divindades", elevando de forma severa a taxa de isolamento civil dessas populações (MA *et al.*, 2026).

Em contrapartida, em sociedades ocidentais industrializadas, o estigma surge de forma internalizada, manifestando-se por meio de intensa ansiedade social, comportamentos sistemáticos de camuflagem e medo persistente de rejeição (MA *et al.*, 2026). Estudos epidemiológicos de buscas em canais digitais ilustram esse aspecto: populações de língua turca e árabe residentes na Europa buscam com expressiva frequência por remédios caseiros e métodos de enfrentamento baseados na fé e no esoterismo religioso, revelando barreiras estruturais de

acesso a modelos de assistência fundamentados em evidência científica (RAUCH *et al.*, 2026).

Cabe destacar que a aceitação da própria aparência não significa gostar de todos os aspectos da doença nem abandonar os tratamentos disponíveis (SUMS, 2019/2021). Trata-se, antes, de reconhecer que o valor humano não depende da conformidade com padrões estéticos específicos (SUMS, 2019/2021). Em última análise, quando indivíduos com psoríase ou vitiligo conseguem construir sua identidade com base em valores, capacidades, relacionamentos e propósitos de vida, a pele deixa de ser o único elemento definidor de quem são (SUMS, 2019/2021; MCQUILLAN, 2026).

Dermatite atópica grave: o *coping* como manejo da privação crônica de sono

A dermatite atópica grave representa uma das doenças inflamatórias crônicas da pele com maior impacto sobre a qualidade de vida, especialmente em crianças e adultos jovens (YOSIPOVITCH *et al.*, 2024). Sua etiopatogênese resulta da interação entre predisposição genética, alterações da barreira cutânea, disfunções imunológicas e fatores ambientais (YOSIPOVITCH *et al.*, 2024). Caracterizada por prurido intenso, lesões recorrentes e evolução frequentemente imprevisível, essa condição ultrapassa os limites da pele, afetando dimensões emocionais, sociais, familiares e ocupacionais da vida dos pacientes (YOSIPOVITCH *et al.*, 2024). Entre suas consequências mais debilitantes destaca-se a privação crônica do sono, decorrente do ciclo persistente de coceira, despertares noturnos e fadiga acumulada (YOSIPOVITCH *et al.*, 2024).

Durante a noite, a redução dos estímulos externos favorece uma maior atenção às sensações corporais, fazendo com que o prurido seja percebido de forma mais intensa (YOSIPOVITCH *et al.*, 2024). Como resultado, muitos indivíduos experimentam interrupções frequentes do

sono e dificuldades para alcançar um repouso restaurador (YOSIPOVITCH *et al.*, 2024). O sono desempenha papel fundamental na regulação imunológica, na consolidação da memória, no equilíbrio emocional e na recuperação física (YOSIPOVITCH *et al.*, 2024). Quando repetidamente interrompido ao longo de meses ou anos, podem surgir prejuízos cognitivos, alterações de humor, aumento da sensibilidade à dor, sintomas ansiosos e depressivos, além de comprometimento das relações interpessoais e das atividades cotidianas (YOSIPOVITCH *et al.*, 2024).

Uma das contribuições mais relevantes da espiritualidade para indivíduos com dermatite atópica grave pode residir na construção de significado diante da experiência de adoecimento (KISHIMOTO *et al.*, 2023).

A eficácia de intervenções baseadas em *mindfulness* e autocompaixão foi empiricamente demonstrada em ensaios clínicos controlados de grande escala. Adultos portadores de dermatite atópica moderada a grave submetidos a um programa estruturado de meditação de 8 semanas, em paralelo ao regime farmacológico habitual, exibiram uma melhora significativa e duradoura no escore de bem-estar. Além do alívio direto dos sintomas subjetivos e do eczema cutâneo, observou-se uma redução nas barreiras e preconceitos associados ao uso correto dos medicamentos tópicos e imunobiológicos prescritos, visto que a prática reduziu a ansiedade automática e cultivou uma postura compassiva e cuidadosa do paciente para com a própria barreira epidérmica ferida (KISHIMOTO *et al.*, 2023).

Entretanto, essa perspectiva não implica romantizar a dor nem sugerir que o sofrimento seja desejável (KISHIMOTO *et al.*, 2023; YOSIPOVITCH *et al.*, 2024). Trata-se, antes, de reconhecer que os seres humanos possuem a capacidade de reinterpretar experiências difíceis dentro de sistemas mais amplos de significado,

valores e propósitos existenciais (KISHIMOTO *et al.*, 2023; YOSIPOVITCH *et al.*, 2024). Desse modo, a abordagem integral da dermatite atópica grave requer atenção não apenas aos sintomas cutâneos, mas também às dimensões psicológicas, sociais e espirituais envolvidas no processo de adoecimento (YOSIPOVITCH *et al.*, 2024). Nesse contexto, a espiritualidade pode constituir uma fonte legítima de enfrentamento e fortalecimento emocional (YOSIPOVITCH *et al.*, 2024).

Epidermólises bolhosas: o papel da espiritualidade

As epidermólises bolhosas constituem um grupo de doenças genéticas raras caracterizadas por extrema fragilidade cutânea e pela formação recorrente de bolhas e feridas após mínimos traumas mecânicos (POPENHAGEN *et al.*, 2023). Em suas formas mais graves, os pacientes convivem diariamente com dor intensa, procedimentos complexos de curativos, importantes limitações funcionais e maior risco de complicações sistêmicas, incluindo infecções graves e sepse (POPENHAGEN *et al.*, 2023). Embora a classificação clínica e molecular dessas enfermidades tenha avançado significativamente nas últimas décadas, o sofrimento vivenciado pelas pessoas acometidas permanece um dos maiores desafios para pacientes, familiares e profissionais de saúde (POPENHAGEN *et al.*, 2023).

A dor crônica, frequentemente intensa e multifacetada, associada às limitações funcionais progressivas, às deformidades corporais e às repercussões psicossociais, transforma a experiência da doença em uma condição existencial complexa (POPENHAGEN *et al.*, 2023). Em muitos casos, a vida cotidiana passa a ser organizada em torno de cuidados permanentes, curativos prolongados, prevenção de novas lesões e manejo contínuo das complicações (POPENHAGEN *et al.*, 2023). O impacto psicossocial

das epidermólises bolhosas é profundo e, frequentemente, inicia-se ainda na infância (POPENHAGEN *et al.*, 2023). A dependência de cuidados constantes, as restrições impostas pela enfermidade e a perspectiva de uma condição incurável podem gerar sofrimento emocional significativo não apenas para os pacientes, mas também para seus familiares e cuidadores (POPENHAGEN *et al.*, 2023).

Nas epidermólises bolhosas, o coping espiritual pode auxiliar os pacientes a lidar com a rotina de procedimentos dolorosos, com as limitações impostas pela doença e com os desafios relacionados à autonomia e à participação social (DOMARADZKI; WALKOWIAK, 2024). A vivência espiritual frequentemente oferece narrativas de sentido que permitem integrar a doença à história de vida do indivíduo sem que ela se torne o elemento central ou definidor de sua identidade (DOMARADZKI; WALKOWIAK, 2024). Dessa forma, a pessoa pode reconhecer a presença da enfermidade em sua trajetória sem reduzir sua existência à condição clínica (DOMARADZKI; WALKOWIAK, 2024).

Além disso, entre familiares e cuidadores, a espiritualidade também pode atuar como uma importante fonte de resiliência, uma vez que essa patologia afeta não apenas o indivíduo diagnosticado, mas todo o seu núcleo de convivência (DOMARADZKI; WALKOWIAK, 2024). A busca por significado, o apoio comunitário e a manutenção da esperança figuram entre os recursos mais frequentemente relatados em estudos qualitativos envolvendo doenças raras e condições pediátricas graves (DOMARADZKI; WALKOWIAK, 2024).

Nesse contexto de adoecimento de alta gravidade, um amplo estudo epidemiológico nacional de Jan Domaradzki e Dariusz Walkowiak revelou dados cruciais sobre a correlação entre espiritualidade e a sobrecarga de cuidadores parentais de crianças portadoras de doen-

ças genéticas e metabólicas severas. Os achados indicam que a religiosidade e as práticas espirituais correlacionam-se de forma direta com experiências de cuidado mais satisfatórias, diminuição de afetos de teor depressivo ou ansioso e redução da autopercepção de sobrecarga existencial e física (DOMARADZKI; WALKOWIAK, 2024).

O mesmo estudo evidenciou que cuidadores destituídos de recursos espirituais manifestavam taxas estatisticamente superiores de aprisionamento de papéis ("*role captivity*") e de sobrecarga estrutural crônica ("*role overload*"), sedimentando a urgência da integração do cuidado espiritual no panorama assistencial (DOMARADZKI; WALKOWIAK, 2024). Tal necessidade de suporte multidimensional motivou o comitê clínico internacional DEBRA International a propor novas diretrizes médicas focadas em cuidados paliativos interdisciplinares para a EB, estabelecendo a triagem e o suporte espiritual como eixos obrigatórios de ação da equipe assistencial desde a confirmação molecular da enfermidade genodermatológica (POPENHAGEN *et al.*, 2023).

Embora a literatura específica sobre espiritualidade nas epidermólises bolhosas ainda seja limitada, evidências provenientes de pesquisas em dor crônica, cuidados paliativos e doenças raras sugerem que o cuidado espiritual pode representar um componente valioso da assistência integral (POPENHAGEN *et al.*, 2023). Sua incorporação ao cuidado em saúde pode contribuir para o bem-estar emocional e existencial dos pacientes e de seus familiares (POPENHAGEN *et al.*, 2023).

Apesar de sua importância, a investigação da dimensão espiritual ainda é pouco incorporada à rotina dos atendimentos dermatológicos (SHENEFELT; SHENEFELT, 2014). Entre os principais obstáculos encontram-se a limitação de tempo durante as consultas, a falta de treinamento específico dos profissionais e o receio de

ultrapassar limites éticos ou invadir aspectos da vida privada do paciente (SHENEFELT; SHENEFELT, 2014). Entretanto, a literatura demonstra que a abordagem espiritual pode ser realizada de maneira breve, respeitosa e centrada nas necessidades do indivíduo, sem comprometer a objetividade da avaliação clínica.

DIRETRIZES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

Triagem rápida da história espiritual na Dermatologia

Nesse contexto, ferramentas estruturadas de triagem espiritual, como os modelos FICA e HOPE, apresentam-se como estratégias úteis para a prática dermatológica (STEINHAUSER *et al.*, 2017). O instrumento FICA explora quatro dimensões principais: fé e crenças (*Faith*), importância da espiritualidade na vida do paciente (*Importance*), comunidade espiritual ou religiosa (*Community*) e como essas questões devem ser abordadas no cuidado em saúde (*Address in care*) (STEINHAUSER *et al.*, 2017). Já o modelo HOPE investiga fontes de esperança e significado (*Hope*), participação em organizações religiosas (*Organized religion*), práticas espirituais pessoais (*Personal spirituality*) e os efeitos dessas crenças sobre decisões relacionadas ao tratamento (*Effects on care*) (STEINHAUSER *et al.*, 2017).

Ambas as ferramentas possibilitam a obtenção de informações relevantes por meio de perguntas simples e adaptáveis ao contexto clínico (STEINHAUSER *et al.*, 2017). Na consulta dermatológica, a aplicação desses instrumentos não tem como objetivo promover aconselhamento religioso ou aprofundar discussões de natureza espiritual, mas identificar fatores que possam influenciar o bem-estar e o manejo terapêutico do paciente (STEINHAUSER *et al.*, 2017). Perguntas breves sobre fontes de apoio emocional, crenças que auxiliam no enfrenta-

mento da doença ou aspectos espirituais que possam interferir nas decisões terapêuticas permitem uma compreensão mais abrangente da experiência do adoecimento (STEINHAUSER *et al.*, 2017).

Além disso, a identificação de necessidades espirituais específicas pode orientar encaminhamentos adequados para outros profissionais ou serviços de apoio quando necessário (STEINHAUSER *et al.*, 2017). A incorporação da triagem espiritual à anamnese dermatológica contribui para uma abordagem mais humanizada e centrada na pessoa, favorecendo o fortalecimento da relação médico-paciente e ampliando a compreensão dos fatores que influenciam a experiência individual da doença (MCQUILLAN, 2026).

Dessa forma, a avaliação da dimensão espiritual não deve ser compreendida como um elemento acessório do atendimento, mas como parte integrante de uma prática clínica que reconhece a complexidade e a singularidade do ser humano em processo de adoecimento (MCQUILLAN, 2026).

Atuação interdisciplinar: integração com a psicodermatologia

A psicodermatologia representa uma das principais interfaces entre a dermatologia e as ciências do comportamento, dedicando-se ao estudo das interações entre fatores psicológicos e doenças cutâneas (ROQUE FERREIRA *et al.*, 2024). Como vimos, condições como psoríase, dermatite atópica, vitiligo, acne e alopecia areata apresentam associação significativa com sintomas de ansiedade, depressão, estresse crônico e prejuízo da qualidade de vida (UNTERRAINER *et al.*, 2016). Além disso, fatores emocionais podem influenciar a evolução clínica de diversas dermatoses por meio de mecanismos neuroimunológicos complexos, evidenciando a existência de uma relação bidirecional entre pele e saúde mental (HALL *et al.*, 2012).

Diante dessa realidade, a integração entre dermatologistas e profissionais da saúde mental torna-se fundamental (ROQUE FERREIRA *et al.*, 2024). A psicologia desempenha papel importante na identificação e no manejo do sofrimento emocional associado às doenças dermatológicas, auxiliando os pacientes no desenvolvimento de estratégias adaptativas de enfrentamento, na elaboração das repercussões psicossociais da doença e no fortalecimento de recursos emocionais para lidar com situações de estigma, insegurança e vulnerabilidade (ROQUE FERREIRA *et al.*, 2024). Ao mesmo tempo, a atuação psicológica pode contribuir para melhorar a adesão terapêutica e promover maior participação do paciente em seu próprio processo de cuidado (ROQUE FERREIRA *et al.*, 2024).

Em situações específicas, a colaboração com a psiquiatria pode ser necessária para avaliação e tratamento de transtornos mentais associados ou agravados pelas condições dermatológicas (ROQUE FERREIRA *et al.*, 2024). Quadros de ansiedade, depressão, transtornos relacionados à imagem corporal e outras manifestações psicopatológicas podem interferir significativamente na evolução clínica e na qualidade de vida, justificando intervenções especializadas quando identificadas durante o acompanhamento dermatológico (ROQUE FERREIRA *et al.*, 2024).

Além da assistência profissional, os grupos de apoio e as associações de pacientes constituem recursos valiosos para o cuidado integral (MA *et al.*, 2026). Organizações voltadas para indivíduos com psoríase, vitiligo, dermatite atópica e outras dermatoses crônicas oferecem espaços de acolhimento, compartilhamento de experiências e educação em saúde (MA *et al.*, 2026). A troca de vivências entre pessoas que enfrentam desafios semelhantes favorece a redução do sentimento de isolamento, fortalece o senso de pertencimento e contribui para a cons-

trução de estratégias coletivas de enfrentamento do adoecimento (MA *et al.*, 2026).

CONCLUSÃO

A espiritualidade e o *coping* espiritual exercem influência relevante na vivência de pacientes com doenças dermatológicas crônicas. Estudos em populações com psoríase, esclerose sistêmica, lúpus eritematoso e melanoma mostram que dimensões espirituais - especialmente a esperança por um futuro melhor - apresentam correlação negativa com sintomas psiquiátricos (UNTERRAINER *et al.*, 2016). Além disso, a positividade é o principal contribuinte para o bem-estar espiritual, seguida por componentes de compreensibilidade e significado, mesmo quando controlados sintomas cutâneos e estratégias de regulação emocional (UNTERRAINER *et al.*, 2018).

Entretanto, nenhum instrumento dermatológico validado para análise do impacto emocional das doenças de pele, como o DLQI, DLQI-R, Skindex-29 ou Skindex-16, incorpora domínios de espiritualidade ou coping espiritual (SZABÓ *et al.*, 2022). Essa ausência torna-se ainda mais problemática quando consideramos as limitações já conhecidas do DLQI, por exemplo: apesar de ser o instrumento mais utilizado em dermatologia desde 1994, estudos comparativos revelam que 64% dos pacientes com escore zero (sem impacto) no DLQI ainda relatam problemas quando avaliados pelo Skindex-16 (SZABÓ *et al.*, 2022). Adicionalmente, entre

20% a 40% dos pacientes que marcam "não relevante" (sem impacto) em itens específicos do DLQI reportam dificuldades nos itens correspondentes de outros instrumentos (SZABÓ *et al.*, 2022).

Portanto, a avaliação da qualidade de vida dermatológica deve expandir-se para além dos domínios tradicionais, incorporando um terceiro componente que contemple espiritualidade e coping espiritual (SZABÓ *et al.*, 2022). Há necessidade de desenvolver e validar um módulo complementar que avalie especificamente dimensões espirituais em pacientes dermatológicos, testado em populações diversas e contextos culturais variados (MCQUILLAN, 2026). Além disso, ensaios clínicos randomizados devem testar intervenções que integrem componentes espirituais ao tratamento convencional - como terapia cognitivo-comportamental adaptada ou programas de *mindfulness* com elementos espirituais (YOSIPOVITCH *et al.*, 2024; KISHIMOTO *et al.*, 2023).

Por fim, sustenta-se a transição do modelo biopsicossocial tradicional para um modelo biopsicossocioespiritual no cuidado dermatológico (UNTERRAINER *et al.*, 2016). Reconhecer que o cuidado integral deve integrar tratamento médico, suporte psicológico, intervenções sociais e atenção às necessidades espirituais representa não apenas preencher uma lacuna, mas transformar a forma como cuidamos de pacientes com doenças cutâneas crônicas (MCQUILLAN, 2026).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BLACK, D. S.; SLAVICH, G. M. Mindfulness meditation and the immune system: a systematic review of randomized controlled trials. *Annals of the New York Academy of Sciences*, v. 1373, p. 13–24, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1111/nyas.13098>.

DOMARADZKI, J.; WALKOWIAK, D. “In God we trust”: an exploratory study of the associations between religiosity and the caregiving experiences of parents of children with rare diseases in Poland. *Journal of Religion and Health*, v. 63, p. 4079–4109, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10943-024-01966-8>.

EVERS, A. W. *et al.* How stress gets under the skin: cortisol and stress reactivity in psoriasis. *British Journal of Dermatology*, v. 163, p. 986–991, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2010.09984.x>.

HALL, J. M. *et al.* Psychological stress and the cutaneous immune response: roles of the HPA axis and the sympathetic nervous system in atopic dermatitis and psoriasis. *Dermatology Research and Practice*, v. 2012, p. 403908, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1155/2012/403908>.

JAFFERANY, M.; FRANCA, K. Psychodermatology: basic concepts. *Acta Dermato-Venereologica*, v. 96, p. 35–37, 2016. DOI: <https://doi.org/10.2340/00015555-2238>.

KISHIMOTO, S. *et al.* Efficacy of integrated online mindfulness and self-compassion training for adults with atopic dermatitis: a randomized clinical trial. *JAMA Dermatology*, v. 159, p. 628–636, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2023.1234>.

KOO, J. Y.; LEE, C. S. (ed.). *Psychocutaneous medicine*. Boca Raton: CRC Press, 2003.

MA, S. *et al.* Cross-cultural beliefs and stigmatization in vitiligo: a systematic review. *Journal of Cosmetic Dermatology*, v. 25, p. e70725, 2026. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocd.70725>.

MCQUILLAN, J. More than skin deep: the spirituality of chronic dermatologic disease. [Apresentado no IUSM Education Day, 2026].

PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 34, supl. 1, p. 126–135, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700016>.

PARGAMENT, K. I. *et al.* Religious coping methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: a two-year longitudinal study. *Journal of Health Psychology*, v. 9, p. 713–730, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1177/1359105304045366>.

POPENHAGEN, R. *et al.* Consensus-based guidelines for the provision of palliative and end-of-life care for people living with epidermolysis bullosa. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, v. 18, p. 268, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13023-023-02868-2>.

RAHIMZAHEDI, M. *et al.* The relationship between spiritual well-being and resilience in patients with psoriasis. *Dermatology Research and Practice*, v. 2021, p. 8852730, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1155/2021/8852730>.

RAUCH, L. *et al.* Multilingual digital search behavior reveals cultural disparities in vitiligo information needs in Germany. *International Journal of Dermatology*, 2026. DOI: <https://doi.org/10.1111/ijd.16789>.

ROQUE FERREIRA, B. R. *et al.* Psychodermatology of chronic pruritus: an overview of the link between itch and distress. *Dermatology and Therapy*, v. 14, p. 1799–1809, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1007/s13555-024-00987-1>.

SCHUT, C. *et al.* Effects of psychological interventions on itch, scratching, and excoriations: a systematic review and meta-analysis. *Acta Dermato-Venereologica*, v. 106, p. 44450, 2026. DOI: <https://doi.org/10.2340/00015555-44450>.

SHENEFELT, P. D.; SHENEFELT, D. A. Spiritual and religious aspects of skin and skin disorders. *Psychology Research and Behavior Management*, v. 7, p. 201–212, 2014. DOI: <https://doi.org/10.2147/PRBM.S49340>.

SILVA, J. D. T.; MULLER, M. C.; BONAMIGO, R. R. Estratégias de coping e níveis de estresse em pacientes portadores de psoríase. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, v. 81, p. 143–149, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0365-05962006000200006>.

STEINHAUSER, K. E. *et al.* State of the science of spirituality and palliative care research part I: definitions, measurement, and outcomes. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 54, p. 428–440, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.07.020>.

SZABÓ, Á.; BRODSZKY, V.; RENCZ, F. A comparative study on the measurement properties of Dermatology Life Quality Index (DLQI), DLQI-Relevant and Skindex-16. *British Journal of Dermatology*, v. 186, p. 485–495, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1111/bjd.20876>.

UNTERRAINER, H. F. *et al.* Spirituality and mood pathology in severe skin conditions: a prospective observational study. *Archives of Dermatological Research*, v. 308, p. 521–525, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00403-016-1679-1>.

UNTERRAINER, H. F. *et al.* The influence of religious/spiritual exercises on well-being and quality of life in dermatological patients: a quasi-experimental study. *Cogent Medicine*, v. 5, p. 1499593, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1080/2331205X.2018.1499593>.

YOSIPOVITCH, G. *et al.* Lebrikizumab improved itch and reduced the extent of itch interference on sleep in patients with moderate-to-severe atopic dermatitis: two randomized, placebo-controlled, phase III trials. *British Journal of Dermatology*, v. 190, p. 289–291, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1093/bjd/ljad123>.