

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Avaliação da eficácia de um grupo psicoeducativo sobre ansiedade, depressão e qualidade de vida de pacientes com psoríase

CAROLINE DA CRUZ PAVAN-CÂNDIDO

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Ciências, Área: Psicologia.

RIBEIRÃO PRETO - SP

2012

CAROLINE DA CRUZ PAVAN-CÂNDIDO

Avaliação da eficácia de um grupo psicoeducativo sobre ansiedade, depressão e qualidade de vida de pacientes com psoríase

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de Concentração: Psicologia

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Gorayeb

RIBEIRÃO PRETO - SP

2012

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Pavan-Cândido, Caroline da Cruz

Avaliação da eficácia de um grupo psicoeducativo sobre ansiedade, depressão e qualidade de vida de pacientes com psoríase. Ribeirão Preto, 2012.

124 p.: il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Psicologia.

Orientador: Gorayeb, Ricardo.

Nome: Caroline da Cruz Pavan-Cândido

Título: Avaliação da eficácia de um grupo psicoeducativo sobre ansiedade, depressão e qualidade de vida de pacientes com psoríase

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Ciências, Área: Psicologia.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedico este trabalho aos pacientes com psoríase, especialmente aos participantes deste estudo, que me ensinaram muito sobre como enfrentar dificuldades que pareciam impossíveis de serem vencidas.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Djalma e Marilda, que sempre apoiaram as minhas escolhas e deram todo o suporte e carinho necessários para que eu alcançasse meus objetivos; por compreenderem minha ausência enquanto me dedicava à pesquisa e ao atendimento dos pacientes. Obrigada por tudo, sem vocês eu não estaria aqui.

Ao meu irmão Leandro, pelo apoio, carinho e por tornar mais leves os momentos difíceis com seu jeito doce e divertido.

Ao Gabriel, meu marido e companheiro, pelo seu carinho e amor; pela paciência e compreensão com minha ausência e meu cansaço, especialmente enquanto escrevia a dissertação; pela leitura cuidadosa do texto, pelas sugestões e pela grande ajuda com a configuração do trabalho; por estar ao meu lado e me apoiar.

A Ana Luisa, Poliana e Paula, pelos nossos momentos juntas, pelas sugestões e discussões sobre este trabalho, e especialmente pela amizade de vocês.

À Flávia Marucci e Renata Nakao, pelas intermináveis discussões sobre nossos trabalhos e nossa vida, pela companhia e amizade no dia-a-dia de trabalho.

Aos meus amigos de sempre Daniel e Maira, por sempre estarem presentes em minha vida, mesmo que à distância. À Maira também pelas sugestões no *abstract*.

Ao meu orientador Prof. Dr. Ricardo Gorayeb pela oportunidade de fazer parte da equipe de psicólogos do Serviço de Psicologia do 3º andar, pelo convite para realizar o trabalho com os pacientes com psoríase, pelos ensinamentos clínicos e acadêmicos, especialmente por me ensinar a caminhar com as minhas próprias pernas

À Dra Renata Nahas Cardilli pelo convite para a realização dos grupos no Ambulatório DPS, pelo auxílio para a realização deste trabalho, pelo convívio e apoio no ambulatório e pela amizade.

Aos colegas e aprimorandos do Serviço de Psicologia do HCFMRP-USP, pela convivência e companhia na rotina de trabalho, especialmente à Rosana Shuhama, pela ajuda dedicada e carinhosa com as análises estatísticas.

Aos funcionários do Serviço de Psicologia, especialmente ao Danilo e à Marilene, pela ajuda diária com tudo o que fosse necessário.

À Prof^a Dra Neide Micelli Domingos pelas contribuições que trouxe para o meu trabalho no exame de qualificação.

Às colaboradoras de pesquisa que auxiliaram na realização dos grupos e das entrevistas, especialmente à Ana Paula Casagrande Silva pela dedicação e carinho com o trabalho e com os pacientes.

Aos meus professores da graduação Deisy das G. de Souza, Maria Cristina Di Lollo, Rosemeire Scopinho, Tânia M. S. De Rose, que ainda se fazem presentes através dos ensinamentos que me passaram, do interesse pelo trabalho no hospital, do gosto pela pesquisa e do carinho com nós, alunos.

A todos os amigos – de perto e de longe - que estiveram e estão presentes em minha vida, cada um do seu jeito.

Aos pacientes, por partilharem suas dificuldades e possibilitarem o desenvolvimento deste trabalho.

Por fim, a todos aqueles que me ajudaram direta ou indiretamente na realização deste trabalho.

RESUMO

PAVAN-CÂNDIDO, C.C. Avaliação da eficácia de um grupo psicoeducativo sobre ansiedade, depressão e qualidade de vida de pacientes com psoríase. 2012. 124f. Dissertação – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

A psoríase é uma dermatose crônica que produz diversos e amplos impactos na qualidade de vida dos pacientes e está intimamente relacionada a aspectos psicológicos. No Brasil, pouco se tem estudado sobre o assunto e são raros os relatos de intervenção psicológica com estes pacientes. O objetivo deste estudo foi realizar caracterização demográfica e psicossocial de pacientes portadores de psoríase atendidos no Ambulatório de Doenças Psicossomáticas (DPS) da Divisão de Dermatologia do Departamento de Clínica Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) e avaliar os efeitos de um grupo psicoeducativo na ansiedade, depressão e qualidade de vida destes pacientes. 100 pacientes participaram do estudo e 70 realizaram a 2ª entrevista. Os materiais utilizados foram dois roteiros de entrevista semiestruturada (1ª e 2ª avaliações), o Inventário Beck de Ansiedade (BAI), o Inventário Beck de Depressão (BDI), e os instrumentos Índice de Qualidade de Vida em Dermatologia (DLQI) e Índice de Incapacidade Provocada pela Psoríase (PDI). Os pacientes foram convidados para participar da pesquisa quando compareciam aos grupos psicoeducativos realizados no ambulatório DPS e as entrevistas eram realizadas neste mesmo ambulatório. Após um período médio de um ano os pacientes passaram pela 2ª avaliação, constituída pelos mesmos instrumentos. Os resultados mostram que 56% dos pacientes avaliados eram do sexo feminino e 62% tinham companheiro. A maioria relatou perceber relação entre a psoríase e aspectos emocionais, principalmente na piora das crises, e relatou vivenciar situações de estresse em sua rotina diária. As estratégias de afastamento/distração negativas foram mais frequentemente relatadas como forma de enfrentar as situações estressantes. Metade da amostra apresentou níveis mínimos de ansiedade e por volta de 80% não apresentou sintomas indicativos de depressão. 62% dos pacientes relataram nenhum ou pouco impacto da psoríase, segundo o DLQI, e no PDI a média do impacto foi 6,47. Os testes estatísticos mostraram evidência de associação entre os aspectos psicossociais avaliados na entrevista e ansiedade, depressão e qualidade de vida. Também mostraram associação entre ansiedade e depressão, ansiedade e qualidade de vida e entre depressão e qualidade de vida. Para os dados da 2ª avaliação foram realizados testes que evidenciaram que mudanças no conhecimento sobre a dermatose, nos níveis de depressão (BDI e BDI-13) e no impacto na qualidade de vida (PDI) foram produtos de intervenção, possivelmente a participação dos pacientes no grupo. A avaliação do grupo foi majoritariamente positiva (87,1%) e os pacientes apontaram que aprenderam novas formas de se comportar (70%). Conclui-se que é importante realizar avaliações de ansiedade, depressão e qualidade de vida dos pacientes com psoríase e fornecer atenção especializada, incluindo acompanhamento psicológico juntamente com o tratamento médico, a fim de garantir não somente a melhora clínica do quadro, mas também a melhora da qualidade de vida.

Palavras-chave: qualidade de vida, dermatose, avaliação psicológica, intervenção psicológica

ABSTRACT

PAVAN-CÂNDIDO, C.C. Avaliação da eficácia de um grupo psicoeducativo sobre ansiedade, depressão e qualidade de vida de pacientes com psoríase. 2012. 124f. Dissertação – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Psoriasis is a chronic skin condition that causes impacts on patients' quality of life and is closely related to psychological aspects. In Brazil, little has been studied on the subject and there are rare reports of psychological intervention. The aim of this study was to describe demographic and psychosocial features of psoriasis outpatients from the Clinic of Psychosomatic Diseases (DPS), Division of Dermatology, Department of Internal Medicine, Clinics Hospital, Faculty of Medicine of Ribeirão Preto, University of São Paulo (HCFMRP-USP) and evaluate the effects of a psychoeducational group on the anxiety, depression and quality of life of these patients. One hundred patients participated in the study and 70 underwent the 2nd interview. The materials used were two interview scripts (1st and 2nd assessments), the Beck Anxiety Inventory (BAI), the Beck Depression Inventory (BDI), and the instruments Dermatology Life Quality Index (DLQI) and Psoriasis Disability Index (PDI). Patients were invited to participate in the study when they came to the groups at DPS and the interviews were conducted at the same clinic. After an average period of one year the patients underwent the 2nd assessment, consisting of the same instruments. The results show that 56% of patients were female and 62% had a partner. Most reported perceiving the relationship between psoriasis and emotional aspects, especially in the worsening of the crisis, and reported experiencing stressful situations in their daily routine. The negative distraction strategies were the most used strategies to deal with stressful situations. Half of the patients showed minimal levels of anxiety and about 80% had no symptoms indicative of depression. 62% of the patients reported no impact or little impact of psoriasis according to DLQI, and the average impact measured by PDI was 6.47. Statistical tests showed evidence of association between psychosocial characteristics assessed in the interview and anxiety, depression and quality of life. The tests also showed an association between anxiety and depression, anxiety and quality of life and between depression and quality of life. For the data of the 2nd evaluation, tests performed showed that changes in knowledge about psoriasis, levels of depression (BDI and BDI-13) and the impact on quality of life (PDI) were products of intervention, possibly patients' participation in the group. The patients evaluated the group as a positive experience (87.1%) and they indicated that they learned there new ways of behaving (70%). It is important to carry out assessments of anxiety, depression and quality of life of psoriasis patients and provide specialized care, including psychological counseling along with medical treatment, to ensure not only the improvement of the clinical condition, but also the improvement of their quality of life.

Key words: quality of life, dermatosis, psychological assessment, psychological intervention

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| <i>Figura 1-</i> Fluxograma referente ao número de participantes convidados para o estudo e que finalizaram o estudo..... | 42 |
|---|----|

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| <i>Gráfico 1.</i> Frequência de verbalizações indicando o conhecimento sobre a psoríase relatado pelos pacientes na 1ª e na 2ª avaliação (n=70) | 77 |
| <i>Gráfico 2.</i> Distribuição das porcentagens de pacientes em cada nível de impacto da psoríase na qualidade de vida segundo o DLQI, na reavaliação (n=70)..... | 79 |
| <i>Gráfico 3.</i> Distribuição da frequência de comparecimento dos pacientes ao Grupo Psicoeducativo do ambulatório DPS (n=70)..... | 80 |
| <i>Gráfico 4.</i> Avaliação dos pacientes sobre o grupo psicoeducativo do ambulatório de psoríase e pontos positivos e negativos apontados (n=70)..... | 81 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| <i>Tabela 1</i> – Objetivos, temas e procedimentos de cada tipo de sessão do Grupo Psicoeducativo | 47 |
| <i>Tabela 2</i> – Datas das sessões de grupos realizadas e número de pacientes/acompanhantes presentes em cada sessão. | 48 |
| <i>Tabela 3</i> - Distribuição das porcentagens de pacientes com psoríase em relação às características sociodemográficas (n=100)..... | 54 |
| <i>Tabela 4</i> – História médica e quadro clínico dos pacientes com psoríase (n=100) | 56 |
| <i>Tabela 5</i> – Informações relacionadas aos tratamentos dos paciente com psoríase na 1ª avaliação (n=100) | 60 |
| <i>Tabela 6</i> – Aspectos de lazer e suporte social dos pacientes com psoríase, investigados na 1ª avaliação (n=100) | 62 |
| <i>Tabela 7</i> - Fatores emocionais relatados pelos pacientes com psoríase na 1ª avaliação (n=100) | 64 |
| <i>Tabela 8</i> – Impactos da dermatose relatados pelos pacientes com psoríase na 1ª avaliação (n=100) | 66 |
| <i>Tabela 9</i> - Caracterização da amostra de pacientes quanto à gravidade dos sintomas ansiosos avaliados pelo BAI (n=100)..... | 67 |
| <i>Tabela 10</i> - Caracterização da amostra de pacientes quanto à gravidade dos sintomas depressivos e presença de sintomas cognitivos e afetivos da depressão (n=100)..... | 68 |
| <i>Tabela 11</i> - Caracterização da amostra de pacientes quanto à qualidade de vida medida pelo instrumento DLQI (n=100)..... | 69 |
| <i>Tabela 12</i> - Média, desvio padrão, mínimo e máximo pontuado pelos pacientes no Instrumento Índice de Incapacidade Provocado pela Psoríase (n=100) | 70 |
| <i>Tabela 13</i> – Dados sociodemográficos da 1ª e 2ª avaliações dos pacientes com psoríase (n=70) | 73 |
| <i>Tabela 14</i> – Comparação dos aspectos psicológicos relatados pelos pacientes com psoríase na 1ª e 2ª avaliações (n=70)..... | 74 |
| <i>Tabela 15</i> – Comparação dos dados sobre quadro clínico e os tratamentos relatados pelos pacientes com psoríase na 1ª e 2ª avaliações (n=70) | 75 |
| <i>Tabela 16</i> – Comparação da presença de sintomas de ansiedade apresentados pelos pacientes com psoríase na 1ª e na 2ª avaliação, segundo o BAI (n=70)..... | 77 |

| | |
|--|----|
| <i>Tabela 17</i> - Comparação da presença de sintomas de depressão e de sintomas cognitivos e afetivos de depressão apresentados pelos pacientes com psoríase na 1ª e na 2ª avaliação avaliados pelo BDI e BDI-13 (n=70) - $p \leq 0,05$ | 78 |
| <i>Tabela 18</i> – Comparação entre os valores de média, desvio padrão, mínimo e máximo pontuado pelos pacientes no Instrumento Índice de Incapacidade Provocado pela Psoríase na 1ª e 2ª avaliações (n=70) | 80 |

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 23 |
| 1.1 Doenças crônicas e dermatologia | 23 |
| 1.2 Psoríase..... | 24 |
| 1.3 Comorbidades e qualidade de vida..... | 25 |
| 1.4 Instrumentos para avaliação de qualidade de vida em dermatologia | 32 |
| 1.5 Intervenção psicológica | 34 |
| 1.6 Estudos brasileiros na área | 37 |
| 2 OBJETIVOS..... | 39 |
| 2.1 Objetivo geral:..... | 39 |
| 2.2 Objetivos específicos:..... | 39 |
| 3 MÉTODO | 41 |
| 3.1 Delineamento do estudo | 41 |
| 3.2 Local da coleta de dados..... | 41 |
| 3.3 Participantes | 41 |
| 3.3.1 Critérios de inclusão e exclusão | 42 |
| 3.4 Materiais e instrumentos..... | 43 |
| 3.4.1 Roteiro de entrevista semiestruturada..... | 43 |
| 3.4.2 Inventário de Ansiedade de Beck – BAI | 43 |
| 3.4.3 Inventário de Depressão de Beck – BDI | 44 |
| 3.4.4 Índice de Qualidade de Vida em Dermatologia – DLQI..... | 44 |
| 3.4.5 Índice de Incapacidade Provocado pela Psoríase – PDI..... | 45 |
| 3.5 Procedimento | 45 |
| 3.5.1 Grupos psicoeducativos..... | 45 |
| 3.5.2 Coleta de dados..... | 49 |
| 3.6 Procedimento de análise de dados | 50 |
| 3.6.1 Análise descritiva dos dados..... | 50 |
| 3.6.2 Análise dos instrumentos..... | 51 |
| 3.6.3 Análise estatística | 51 |
| 3.7 Aspectos éticos | 52 |
| 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 53 |
| 4.1 Caracterização da amostra | 53 |
| 4.1.1 Aspectos sociodemográficos | 53 |

| | |
|--|-----|
| 4.1.2 História médica e familiar e quadro clínico atual | 55 |
| 4.1.3 Tratamento | 59 |
| 4.1.4 Lazer e suporte social..... | 61 |
| 4.1.5 Fatores emocionais..... | 62 |
| 4.1.6 Histórico de acompanhamento psicológico e psiquiátrico..... | 65 |
| 4.1.7 Impacto da psoríase..... | 66 |
| 4.1.8 Avaliação de ansiedade e depressão | 66 |
| 4.1.9 Avaliação de qualidade de vida | 69 |
| 4.1.10 Relação entre dados demográficos e psicossociais e medidas psicológicas | 71 |
| 4.2 Comparação dos dados da 1ª e 2ª avaliações | 73 |
| 4.2.1 Avaliação de ansiedade e depressão | 77 |
| 4.2.2 Avaliação de qualidade de vida | 78 |
| 4.3 Dados sobre o Grupo Psicoeducativo | 80 |
| 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 85 |
| REFERÊNCIAS..... | 87 |
| APÊNDICES..... | 95 |
| ANEXOS | 119 |

1. INTRODUÇÃO

1.1 Doenças crônicas e dermatologia

Nos últimos anos, tem sido dada cada vez mais atenção ao impacto dos fatores psicológicos no aparecimento e no curso de várias doenças, e, neste contexto, as dermatoses não diferem (Kiéc-Swierczynska et al, 2008). Com a melhoria das condições de saneamento e higiene, as doenças crônicas passaram a substituir as doenças infecto-contagiosas ao acometer um maior número de indivíduos e se tornaram responsáveis por um número mais elevado de mortes.

Algumas dermatoses não são, em geral, causas de morte para a população, porém tornam sua qualidade de vida bastante comprometida (Mingorance, Loureiro, Okino & Foss, 2001; Silva, Müller & Bonamigo, 2006; Ludwig, 2007; Potocka, Turczyn-Jablonska. & Kiéc-Swierczynska; 2008; Gupta et al., 2008; Fritzsche et al., 2001; Cartwright, Endean & Porter, 2009). Os comprometimentos na qualidade de vida decorrentes das dermatoses são diversos e bastante amplos. Primeiramente, pode-se observar dificuldades relacionadas ao desconforto físico como prurido, coceira, queimação, descamação, dor (Zachariae, Zachariae, Lei & Pedersen, 2008; Reich, Hrehorow & Szepietowski, 2010; Torres, Magalhães, Velho, Silva & Morcillo, 2011). Além destes, são observadas dificuldades emocionais e sociais relacionadas à aparência das lesões, incluindo preconceito e estigmatização sofridos devido, especialmente, às preocupações com o contágio, vergonha e desejo de esconder as lesões, contato social prejudicado, implicando em dificuldades no trabalho, escola e lazer, entre outros (Gon, Rocha & Gon, 2005; Misery et al, 2008; Sampogna et al, 2008; Lee, Park, Kwon, Kim & Kim, 2010; Reich et al., 2010; Hrehorów, Salomon, Matusiak, Reich & Szepietowski, 2011).

Além dos impactos diretos na qualidade de vida, as dermatoses podem produzir outras dificuldades como alterações na auto-imagem e auto-estima, prejuízos nas interações sociais, depressão, ansiedade, estresse (Richards et al., 2005; Ludwig et al., 2006; Kaymak & Taner, 2008; Ludwig, Oliveira, Müller e Ferreira, 2008; Mota, Gon & Gon, 2009; Kurd, Troxel, Crits-Christoph & Gelfand, 2010; Lin et al., 2011; Silves, Fortes & Miot, 2011).

Dentre as diversas dermatoses, a mais comum delas (Karanikas, Harsoulis, Giouzevas, Griveas & Chrisomallis, 2009), que provoca grande impacto na vida dos indivíduos acometidos e que será o foco deste trabalho é a psoríase.

1.2 Psoríase

Já na Grécia antiga, a dermatose que hoje se designa por psoríase, foi identificada e descrita por Hipócrates com os termos psora - prurido em grego - e lepra (Sociedade Brasileira de Dermatologia – SBD, 2006). Mas foi no século XIX que a psoríase foi reconhecida como doença distinta (Menter, Smith & Barker, 2008).

A psoríase é uma doença inflamatória crônica de pele e das articulações, caracterizada por hiperplasia da epiderme. Sua etiologia é multifatorial, envolvendo um fator genético determinante, fatores imunológicos e fatores ambientais precipitantes importantes na expressão e exacerbação da doença. Existem diversas formas de apresentação clínica da psoríase: vulgar ou em placas, em gotas, eritrodérmica e pustulosa. A forma mais comum é a psoríase vulgar ou em placas (90% dos pacientes). As placas podem ter diversos tamanhos e atingir quaisquer áreas do corpo, sendo as mais frequentemente afetadas os cotovelos, joelhos, couro cabeludo, região lombo-sacra e umbigo. As placas podem estar presentes desde em pequenas áreas até praticamente no corpo todo (SBD, 2006).

O diagnóstico de quadros mais típicos é clínico mas, em alguns é necessário realizar biópsia ou exame histopatológico. O curso da doença pode apresentar remissões espontâneas, mas, em geral, após um período de crise, é necessário um tratamento para que isso ocorra e mesmo depois do controle das lesões, costuma ser necessário um tratamento de manutenção (SBD, 2006). Algumas das causas do aparecimento de novas lesões ou da piora das lesões existentes são o uso de alguns medicamentos, como anti-inflamatórios, suspensão de corticóides sistêmicos e eventos estressantes (Evers et al, 2005; Picardi et al, 2005; Hayes & Koo, 2010).

A prevalência da psoríase é de cerca de 0.6% a 4.8% na população mundial (Naldi, 2004). Existe uma variação em relação ao acometimento, que se dá em função da localização geográfica e etnia (Trujillo, 2002; Langley, Krueger & Griffiths, 2005). A doença é bastante comum em caucasianos, nas populações do hemisfério norte, como União Soviética e Noruega (5 a 10%), moderadamente comum entre norte-americanos, holandeses e ingleses (2 a 3%) e pouco comum em índios americanos, latino-americanos, africanos e japoneses (0,5 a 0,7%) (Christophers, 2001). Em relação ao sexo, não há diferença no acometimento. A idade de início é variável, podendo ocorrer em qualquer idade. Porém, existem dois picos de ocorrência das primeiras lesões: entre 15 e 20 anos, e entre 55 e 60 anos (Langley, Krueger & Griffiths, 2005; Kotrulja, Tadinac, Jokic & Gregurek, 2010). O início precoce (até os 15

anos), em geral, está correlacionado com maior superfície corporal acometida, e maior dificuldades de controle das lesões e história familiar. Ainda relacionado ao fator idade, convencionou-se dividir a psoríase em dois tipos: o tipo I caracterizado por início precoce (até a quarta década de vida), maior gravidade e história familiar positiva, e o tipo II caracterizado por início tardio (após a quarta década de vida), maior controle das crises e ausência de história familiar (Langley, Krueger & Griffiths, 2011).

O tratamento da psoríase, por ser ela uma doença crônica, preconiza o controle clínico e a melhora da qualidade de vida. Para isto, são utilizadas as seguintes modalidades terapêuticas: medicamentos tópicos (utilizados diretamente nas lesões, em casos mais leves da dermatose ou em casos mais graves em combinação com outras modalidades terapêuticas), fototerapia (utilizadas em formas moderadas ou graves, quando o tratamento tópico não produziu resultados ou as lesões produzem grandes prejuízos na qualidade de vida dos pacientes) e medicamentos sistêmicos (que podem ser administrados por via oral ou por injeção e também são utilizados em formas moderadas a graves da dermatose, acelerando a melhora do quadro). Ainda como parte do tratamento estão a hidratação constante da pele e a exposição à luz solar (SBD, 2006).

No Brasil, a psoríase afeta uma parcela considerável da população, causando problemas financeiros e sociais para o paciente, para sua família e para os serviços de saúde pública. Por isso, torna-se importante o diagnóstico rápido, para que se possa realizar o tratamento adequado e possibilitar ao paciente a melhora de sua qualidade de vida. (SBD, 2006).

1.3 Comorbidades e qualidade de vida

Estudos demonstram uma diversidade de doenças associadas à psoríase (McAleer et al., 2011; Hayes & Koo, 2010; Gottlieb & Dann, 2009; Magin, Pond, Smith, Watson & Goode, 2008). Essa associação entre psoríase e outras doenças tem implicações importantes, indicando que o manejo e tratamento dos pacientes considere não apenas fatores como a severidade da dermatose e o desejo de manter uma boa qualidade de vida, mas leve em conta também a necessidade de diminuir a morbi-mortalidade (Hayes & Koo, 2010).

Dentre as comorbidades mais comuns está a artrite psoriática, que acomete entre 25% e 34% dos pacientes com psoríase. Porém, um número muito maior de pacientes se queixam

de dores nas articulações. A artrite psoriática é caracterizada por uma inflamação das articulações, causando inchaço e dor, além de dificuldade de movimentação e deformidades. É mais freqüente nas pequenas articulações (mãos e pés) e nos joelhos, acometendo mais raramente outras articulações. A severidade da artrite psoriática não está relacionada à gravidade e extensão das lesões na pele. Independentemente do acometimento da pele, a artrite pode variar desde uma forma suave até graves lesões nas articulações e perda da funcionalidade. Os pacientes que apresentam esta comorbidade tem a qualidade de vida bastante comprometida em relação à população em geral (SBD, 2006; Gottlieb & Dann, 2009).

Buscando identificar os fatores de risco para o desenvolvimento de artrite psoriática em pacientes com psoríase cutânea, Tey et al. (2010) realizaram um estudo comparativo entre pacientes apenas com psoríase cutânea e pacientes com artrite psoriática. Os autores encontraram que a artrite psoriática não estava associada ao sexo, idade de início da psoríase, história familiar de psoríase, consumo de álcool e tabaco mas estava significativamente associada a história familiar de artrite psoriática e a uma medida da área do corpo atingida pela psoríase. Além disso, seus resultados demonstraram que pacientes psoriáticos indianos tem mais chances de ter artrite psoriática que outros pacientes com psoríase.

Outro grupo de comorbidades da psoríase são as doenças cardiovasculares. Em estudo de revisão sobre comorbidades em pacientes portadores da dermatose, Gottlieb e Dann (2009) encontraram que estes tem maior risco de desenvolver doenças cardiovasculares e síndrome metabólica, quando comparados com indivíduos controle saudáveis. A síndrome metabólica é definida pela presença de um conjunto de fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e diabetes. Esses fatores são: obesidade (medida considerando a circunferência da cintura), hipertensão arterial, intolerância à glicose e resistência à insulina, dislipidemia e hipertrigliceridemia. Outros estudos também demonstram uma prevalência maior da síndrome metabólica em indivíduos com psoríase que em indivíduos controle (Nisa & Qazi, 2010).

Menter et al. (2008) afirmam que pacientes com psoríase também apresentam maior chance de desenvolver qualquer uma das doenças envolvidas na síndrome metabólica. Segundo eles, hipertensão, obesidade ou dislipidemias também são frequentemente apresentadas pelos pacientes psoriáticos. Acredita-se que devido à inflamação sistêmica crônica que estes pacientes apresentam.

Cohen, Weitzman e Dreiherr (2010) investigaram a associação da psoríase com hipertensão, já que estudos que comprovaram haver relação entre psoríase e a síndrome

metabólica falharam em encontrar esta relação com a hipertensão arterial. Os autores encontraram prevalência significativamente maior em indivíduos com psoríase que em indivíduos controle, mesmo controlando fatores como sexo, idade, uso de tabaco, obesidade, diabetes e uso de anti-inflamatórios e sugerem a avaliação frequente destes pacientes a fim de identificar a presença de hipertensão arterial.

Além das comorbidades mencionadas, linfomas e outros tipos de câncer podem estar associados à psoríase (Gottlieb e Dann, 2009). Este risco aumentado para o desenvolvimento de câncer nestes pacientes é atribuído à fisiopatologia da dermatose e aos tratamentos. Alguns medicamentos usados no tratamento da psoríase, além de fatores como o elevado consumo de álcool e cigarro, são responsáveis pela alta incidência de tumores nesta população.

Devido a todas estas comorbidades, os pacientes com psoríase, especialmente aqueles com uma forma mais severa da dermatose, tem risco aumentado de morte. Abuabara et al. (2010) realizaram estudo sobre mortalidade de pacientes com psoríase grave e encontraram risco aumentado nestes pacientes devido às seguintes causas: doenças cardiovasculares, malignidades, doença crônica respiratória, diabetes, infecção, demência, doença renal, entre outras, com destaque para as doenças cardiovasculares. Os autores apontam que doenças anteriormente desconhecidas como associadas à psoríase (como doença renal e demência) aparecem como causadoras de morte nestes pacientes e sugerem a necessidade de novos estudos que busquem identificar se estas doenças estão de fato relacionadas à psoríase, seu tratamento, fatores associados ou outros fatores desconhecidos até o momento.

Transtornos de ansiedade, depressão e abuso de substâncias como álcool e cigarro também são apontados como comorbidades da psoríase (Magin et al., 2008; Karanikas, Harsoulis, Giouzevas, Griveas & Chrisomallis, 2009; Hayes & Koo, 2010; McAleer et al., 2011).

Magin et al. (2008) avaliaram a relação entre morbidade psicológica e acne, psoríase e eczema em pacientes acompanhados por médicos dermatologistas e por médicos generalistas. Os autores encontraram que os pacientes de médicos dermatologistas avaliavam sua saúde como muito boa com menos frequência que os pacientes de médicos generalistas e que os pacientes com psoríase avaliavam também sua saúde como pior, quando comparados aos pacientes com acne ou eczema, independente do acompanhamento que recebiam. Os autores aplicaram diversos instrumentos (HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale, GHQ-12 – General Health Questionnaire, FSCS - Public Self-consciousness and Social Anxiety subscale, Introversion-Extraversion and Neuroticism Scales of the short-form Eysenk) e encontraram um resultado diferente do geralmente esperado. Não foi encontrada diferença em nenhuma

das medidas psicológicas, em relação aos controles saudáveis, quando realizadas análises multivariadas. Segundo os autores, existem vários elementos que tornam confusos os dados da relação entre morbidade psicológica e dermatopatias e, por isso, eles sugerem que esta relação seja examinada com mais cuidado em pesquisas baseadas em avaliações populacionais longitudinais.

Um estudo espanhol avaliou a influência da ansiedade em diversas dermatoses (urticária aguda e crônica, psoríase, dermatite atópica, entre outras). Os autores utilizaram o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) para medir os níveis de ansiedade traço e estado dos pacientes e realizar comparações entre estas duas avaliações, entre as diversas patologias e em relação a dados sociodemográficos. Foram encontrados menores níveis de ansiedade, tanto traço como estado, para os sujeitos controle que para qualquer paciente portador de uma dermatose. No grupo de pacientes dermatológicos, aqueles com os maiores níveis de ansiedade estado são aqueles com dermatite atópica, seguidos pelos psoriáticos. Dentre o grupo de pacientes, 56,06% eram mulheres e estas apresentavam maiores índices de ansiedade, traço ou estado, que os homens. Outro dado interessante é a relação entre a presença de um evento estressante na vida do paciente nos últimos seis meses e a dermatopatia. Mais de 48% dos pacientes com psoríase tinham vivido algum evento estressante nos últimos seis meses comparados a 11,54% dos pacientes com outra patologia dermatológica. Observou-se também que as pontuações de ansiedade são maiores para estes indivíduos que para aqueles que não tiveram estes eventos estressantes (Laguna, Payero & Márquez, 2006).

Em estudo de revisão Hayes & Koo (2010) analisaram a relação entre psoríase, ansiedade, depressão, uso de álcool e cigarro em artigos publicados na base de dados PubMed entre janeiro de 1986 e julho de 2009. Os dados encontrados mostram que estas comorbidades tem impacto negativo na psoríase, na adesão e resultados do tratamento. Segundo os estudos, a variável preditora de depressão é o impacto da doença na qualidade de vida e não a gravidade da doença do ponto de vista médico. Os impactos na qualidade de vida podem estar relacionados à baixa-autoestima, vergonha das lesões, necessidade de escondê-las e sentimentos de inferioridade e também à dor, coceira e incômodo provocados pelas lesões na pele. O estudo encontrou que pacientes com psoríase apresentam índices de depressão mais altos que pacientes com outros problemas de pele como hanseníase, vitiligo e líquen plano e, em casos de psoríase mais graves, índices de ideação suicida mais altos que em pacientes com dermatite atópica, acne, alopecia areata.

Alguns estudos analisados nesta revisão (Hayes & Koo, 2010) mostraram que o maior preditor de depressão são as situações de preconceito e estigmatização vividas pelo paciente em que pessoas evitam tocá-los por causa da psoríase. Outros mostram como preditores de ansiedade e depressão a ausência de suporte social. Estudos também encontraram índices de ansiedade mais altos na população com psoríase que na população de pacientes com outras doenças crônicas e dermatopatias, sendo os tipos mais comuns a ansiedade social e preocupação patológica, sendo esta última tão comum e grave em pacientes com psoríase que frequentemente atingem critério para transtorno de ansiedade generalizada. Pacientes com psoríase tendem a se preocupar mais com como as pessoas os vêem e com os efeitos de estresse na dermatose. A ansiedade é afetada pela percepção da estigmatização (preconceito) e pelas dificuldades de relacionamento social. Os autores também apontam a associação encontrada, em diversos artigos revisados, entre psoríase e cigarro e psoríase e álcool, indicando que ambos tem efeitos negativos no aparecimento de novas crises e no agravamento das mesmas, além de outras consequências negativas para a qualidade de vida e para o tratamento de pacientes com psoríase.

McAleer et al. (2011) avaliaram a gravidade da psoríase, níveis de ansiedade e depressão (HADS), o impacto da psoríase na qualidade de vida (DLQI) e o consumo de álcool (por meio de questionários e exames laboratoriais) com o objetivo de verificar uma possível relação entre estes fatores. Seus resultados não apontaram relações entre a gravidade da dermatose e o consumo de álcool, porém indicaram uma alta frequência de abuso de álcool entre pacientes com psoríase, especialmente em homens, como relatado na literatura. Também encontraram associação entre os escores relativos ao alto consumo de álcool e depressão. Sugerem que estes pacientes necessitam de assistência para a questão do álcool pois, ainda que o estudo não tenha encontrado relação, o abuso desta substância agrava a psoríase, além de provocar impacto negativo para o tratamento, e estar relacionado à obesidade e risco cardiovascular, comorbidades da psoríase. Autores também apontam que os pacientes com psoríase tem maiores níveis de ansiedade e depressão decorrentes do estresse de situações relacionadas com a própria dermatose e que provocam piora da mesma (Karanikas et al., 2009).

Corroborando os dados das pesquisas citadas anteriormente, Kimball et al. (2010) encontraram, em seu estudo com o objetivo de avaliar o ônus econômico das comorbidades da psoríase, que artrite psoriática, doenças cardiovasculares, depressão, diabetes, dislipidemias, hipertensão arterial, obesidade são as comorbidades mais comuns em pacientes com psoríase e que comorbidades nestes pacientes representam um ônus econômico elevado, em relação

aos pacientes sem comorbidades, pois os primeiros apresentam taxas maiores de hospitalização, de utilização de serviços de urgência e de consultas médicas. Estes dados mostram a importância, até mesmo econômica, dos cuidados com os pacientes com psoríase, indicando a necessidade de acompanhamento adequado para evitar estas comorbidades tão comuns nesta população.

Efeitos adversos da psoríase na qualidade de vida têm sido bem documentados e geralmente são considerados como a indicação principal para tratamento dos pacientes, tanto em relação ao aspecto orgânico como emocional. Autores relatam que estudos comparando psoríase e outras doenças crônicas importantes mostraram que o impacto da psoríase na qualidade de vida do paciente é pelo menos tão grande quanto os da doença isquêmica do coração, diabetes ou doença pulmonar obstrutiva crônica. Além disso, há cada vez mais evidências da associação da psoríase com transtornos psiquiátricos e comportamentais, especialmente transtornos de ansiedade e humor, e pesquisas têm sido desenvolvidas para identificar estas relações (Fritzsche et al., 2001).

Diversas pesquisas apontam que indivíduos com doenças dermatológicas, especialmente aqueles com dermatite alérgica de contato e urticária, tem uma prevalência maior de transtornos psiquiátricos que a população geral (Kiéc-Swierczynska et al., 2008). Estes autores avaliaram 112 pacientes com urticária, dermatite de contato e dermatite atópica por meio de diversos instrumentos. Os resultados mostraram que os pacientes com tais dermatoses tem um nível mais baixo de autoaceitação, autoconhecimento e sentimento de autoeficácia que os indivíduos controles saudáveis.

Taylor, Pawaskar, Blakrishnan & Feldman (2008) avaliaram pacientes portadores de dermatoses caracterizadas por distúrbios de pigmentação em relação ao impacto orgânico e emocional da doença em suas vidas. Foi encontrada grande porcentagem de pacientes que apresentavam pensamentos frequentes sobre a doença e sua pele. Para os autores, mais de 30% faziam o possível para esconder as mudanças de pigmento e relatavam não se sentir atraentes por causa da pele, mais de 20% deles sentiam que as outras pessoas observavam muito sua pele e sentiam que a pele afetava suas atividades. Os pesquisadores concluíram que estas dermatoses como melasma, vitiligo, entre outras, podem causar um impacto emocional e na qualidade de vida geral, o que enfatiza a necessidade de tratamentos que enfoquem este aspecto.

Um estudo realizado com o objetivo de identificar se pacientes com psoríase apresentam um viés para aspectos relacionados à doença teve como resultado relatos destes pacientes indicando significativa interferência de aspectos relacionados à doença, auto-

referência e outros estímulos que não são da mesma forma significativos para indivíduos controle. Os resultados também demonstraram índices maiores de depressão, ansiedade, preocupação e medo entre indivíduos com psoríase que entre indivíduos controle (Fortune et al., 2003).

Em outro estudo, que visou fornecer ampla avaliação psico-social de pacientes com dermatopatias, os autores encontraram uma prevalência bem maior que na população sem dermatoses de transtornos de ansiedade e do humor, com alta porcentagem de pacientes com algum diagnóstico do DSM-IV ou do DCPR (Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research). Um dos diagnósticos bastante comuns do DCPR atribuído aos pacientes deste estudo foi de comportamento anormal relacionado à doença. Este diagnóstico consiste em uma dificuldade de percepção, avaliação e resposta do paciente em relação aos aspectos relacionados à doença, o que parece ir de encontro ao que foi encontrado no estudo de Taylor et al. (2008) citado anteriormente, que aponta de um viés de percepção dos pacientes (Picardi et al., 2005).

Pacientes com diversas dermatoses (tumores, dermatite atópica, psoríase, acne, urticária, dermatite seborreica, vitiligo, entre outras) foram avaliados por meio de instrumentos em relação às medidas de estresse percebido e qualidade de vida. Os resultados mostraram não haver diferenças entre homens e mulheres da amostra em relação às medidas de estresse, mas houve diferenças entre os pacientes que haviam procurado consultar-se recentemente devido a um agravamento de uma crise da dermatose. Os escores de estresse também foram diferentes para cada uma das patologias, sendo os pacientes com psoríase os que apresentaram escores mais elevados. Em relação à qualidade de vida, não se encontrou nenhuma diferença entre homens e mulheres ou entre as diferentes patologias. Os autores destacaram que os pacientes com psoríase foram aqueles que apresentaram maiores índices de estresse percebido e pior qualidade de vida (Misery et al., 2008).

Há vários outros estudos em que os autores avaliam a qualidade de vida dos pacientes juntamente com depressão, ansiedade, estresse, presença de transtornos psiquiátricos, prurido e coceira, entre outros, tentando estabelecer relações entre estes diferentes aspectos psicológicos (Evers et al., 2005; Picardi et al., 2005; Kotrulja et al., 2010; Lee et al., 2010; Hrehorów et al., 2011). Estes estudos trazem dados interessantes sobre possíveis correlações existentes entre medidas de qualidade de vida e outros aspectos emocionais ou entre os próprios aspectos emocionais, como estresse e ansiedade, por exemplo, sugerindo o planejamento de serviços de atendimento e de modelos de intervenção focados nas dificuldades específicas apresentadas por estes pacientes.

1.4 Instrumentos para avaliação de qualidade de vida em dermatologia

Tais impactos das dermatoses crônicas nos níveis de qualidade de vida, ansiedade e depressão, criam a necessidade do desenvolvimento de instrumentos eficientes para avaliar suas implicações. Os instrumentos de avaliação podem ser genéricos, ou seja, válidos para quaisquer condições clínicas, ou podem ser também específicos para uma doença. Eles podem avaliar só um aspecto, por exemplo, só qualidade de vida ou mais de um, como ansiedade e depressão em um mesmo instrumento (Evers et al., 2007).

Existem vantagens e desvantagens no uso de cada um dos tipos de instrumento (genérico ou específico para um tipo de doença). A vantagem de um instrumento específico de qualidade de vida para uma determinada patologia em relação a um instrumento genérico, por exemplo, é a acessibilidade a informações detalhadas e específicas sobre as áreas da saúde afetadas por aquela doença e que possam precisar de uma intervenção específica. Autores apontam contribuições importantes, tanto de instrumentos de medida de qualidade de vida genéricos, como específicos, e recomendam que em pesquisas clínicas, instrumentos específicos sejam utilizados para complementar os genéricos (Öztürkcan, Ermertcan, Eser & Sahin, 2006). Diante disso, estudos com o objetivo de desenvolver instrumentos têm sido realizados.

Em dermatologia, existem alguns instrumentos específicos, como o DLQI – Índice de Qualidade de Vida em Dermatologia – (Finlay & Khan, 1994), o ISDL - Impact on Skin Disease in Life – (Evers et al., 2007) e também instrumentos específicos para uma dermatopatia como o PDI – Índice de Incapacidade provocada pela Psoríase -, para a psoríase (Finlay & Coles, 1995; Martins, Arruda & Mugnaini, 2004).

Em relação ao DLQI, o instrumento foi desenvolvido por Finlay e Khan (1994) a partir de dados coletados em entrevistas realizadas com 120 pacientes com diversas dermatoses, questionados sobre o impacto da doença e do tratamento em suas vidas. Os autores confirmaram que o impacto na qualidade de vida provocado pela psoríase e pelas dermatoses pruriginosas é bem maior que pela acne, carcinomas basocelulares e verrugas virais. A comparação entre voluntários saudáveis e pacientes dermatológicos demonstrou diferença significativa entre seus escores. No Brasil, o DLQI foi validado por Martins et al. (2004) e em estudo realizado utilizando este instrumento foram encontrados os mesmos resultados que nos estudos internacionais (Zogbi, Müller, Protas, Kieling, & Driemeier, 2005).

O DLQI é um dos instrumentos específicos de qualidade de vida em dermatologia mais utilizados e nos últimos anos tem aumentado o interesse em relação ao seu uso. Um dos autores do instrumento, juntamente com outros pesquisadores, realizou um estudo de revisão em que buscou todos os artigos que relatassem aplicação do DLQI desde seu desenvolvimento, em 1994, até 2007. Os pesquisadores encontraram dados interessantes em relação à análise psicométrica, uso em estudos clínicos, epidemiológicos e pesquisas em serviços de saúde. Foram encontrados 272 artigos completos, que foram divididos em 5 categorias: estudos psicométricos, estudos descritivos/epidemiológicos, tentativas com drogas sistêmicas e tópicas, pesquisas em prática clínica e intervenções terapêuticas. O DLQI já foi utilizado em 33 diferentes doenças de pele em 32 países, e está disponível em 55 idiomas. Os resultados deste trabalho mostraram que a utilização deste instrumento tem crescido internacionalmente e sua brevidade e simplicidade tem tornado sua utilização muito popular tanto na prática clínica, como na pesquisa (Basra, Fenech, Gatt, Salek & Finlay, 2008).

O *Psoriasis Disability Index* - PDI, instrumento específico para avaliação de qualidade de vida de pacientes com psoríase, tem sido amplamente utilizado em avaliações clínicas e com fins de pesquisa. Foi desenvolvido em 1985, revisado em 1990 e, em 2005, um dos autores do instrumento realizou uma revisão de mais de 20 artigos e 35 resumos publicados, que descreviam o uso do instrumento em conjunto com outros instrumentos de avaliação de qualidade de vida, com o objetivo de verificar se o uso do instrumento estava sendo realizado corretamente e fornecer informações para pesquisadores e profissionais que pudessem ter interesse no instrumento, conseguirem avaliar e decidir a adequação do mesmo. O PDI já foi traduzido para 16 diferentes idiomas e utilizado em pesquisas publicadas em 20 países. Considerando os dados examinados pelo artigo de revisão, os autores concluíram que o instrumento é adequado para avaliar os efeitos de intervenções e para o uso em pesquisas clínicas (Lewis & Finlay, 2005). . No Brasil, o PDI foi traduzido e validado por Martins et al. (2004), assim como o DLQI.

Pesquisas comparando estes dois instrumentos – DLQI, específico para dermatologia e PDI, específico para psoríase – para avaliação do impacto da dermatose na qualidade de vida mostraram resultados equivalentes, indicando que é possível utilizar apenas um deles, sem prejuízo nos resultados da pesquisa ou avaliação clínica (Torres et al, 2011). Diante deste dado e da observação da literatura sobre qualidade de vida em pacientes com psoríase em que a utilização do DLQI é mais freqüente que do PDI (Aghaei, Sodafi, Jafari, Mazharinia & Finlay, 2004; Ludwig et al., 2006; Takahashi et al., 2006; Lin et al., 2011; Hrehorów et al., 2011) parece ser mais indicada a utilização do DLQI que do PDI, por ser o primeiro um

instrumento mais curto, de mais fácil comparação dos dados, devido à sua forma de contagem das respostas dos pacientes; e por ser validado para dermatoses em geral, é possível comparar os resultados obtidos com pacientes portadores de dermatopatias diferentes.

1.5 Intervenção psicológica

Deve-se ressaltar a importância da assistência aos aspectos psicológicos, devido às queixas apresentadas pelos próprios pacientes, que relatam identificar interação entre seus comportamentos e emoções, o aparecimento da doença e a piora ou aparição das crises (Mingorance, Loureiro & Okino, 2002). Ansiedade, depressão, tristeza, nervosismo, decepção, preocupação, entre outros, são relatados por eles como emoções que fazem com que lesões apareçam, em um momento sem crise, ou que as lesões piorem durante um momento de crise (Hayes & Koo, 2010). Resultados de estudos sugerem que o tratamento de pacientes com doenças dermatológicas deve incluir aconselhamento psicológico ou psicoterapia (Silva & Silva, 2007; Silva & Müller, 2007; Potocka et al., 2008), o que justifica a necessidade e a importância das intervenções multidisciplinares.

Neste sentido, foi desenvolvido um programa de enfermagem chamado “*Coping with itch*” (Lidando com a coceira) com o objetivo de reduzir o prurido e auxiliar os pacientes com dermatoses crônicas pruríticas a lidar com a coceira. Consistiu de intervenções educativas e cognitivo-comportamentais, realizadas por enfermeiras, além do tratamento dermatológico de rotina. O objetivo do estudo era avaliar a efetividade do programa. Os resultados mostraram que o programa levou a uma redução na frequência do prurido e do coçar e uma redução da catastrofização e do desamparo no período imediatamente posterior à intervenção (Os-Medendorp et al., 2007).

Na Austrália também foi criado um serviço de tratamento psicológico para reduzir o comportamento de coçar, encontrado frequentemente em indivíduos com dermatopatias. Assim como sugerido pela literatura, o programa constava de um acompanhamento multidisciplinar, com atenção psiquiátrica, sessões de psicoeducação, análise comportamental, técnicas de reversão de hábito e aplicação de instrumentos e tarefas entre as sessões. O programa era modificado na consulta com o paciente, dependendo de suas necessidades. Houve uma tentativa de incluir a maior parte das sugestões da literatura em tratamentos necessários para este tipo de paciente (Long, Long, Grillo & Marshman, 2006). Neste estudo,

os resultados do programa não foram avaliados, e os autores deixam a avaliação como sugestão para um próximo estudo. Porém, a contribuição é muito valiosa para a criação de intervenções que poderão ser colocadas em prática e, posteriormente avaliadas. Muitos estudos mostram o impacto negativo do prurido na qualidade de vida dos pacientes e apontam a necessidade de se desenvolver tratamentos efetivos para auxiliar os pacientes em relação ao comportamento de coçar e, conseqüentemente, melhorar sua qualidade de vida (Zachariae et al, 2008; Reich, Hrehorow & Szepietowski, 2010).

Já em um programa desenvolvido e realizado na clínica especializada em psoríase do Hope Hospital de Manchester, no Reino Unido, os resultados da intervenção foram analisados. O programa multidisciplinar, assim como sugerido pela literatura, tinha duração de seis semanas e consistia em sessões de terapia cognitivo-comportamental realizadas por médicos, psicólogos e enfermeiros, sobre as bases médicas e biológicas da psoríase, seu tratamento e efeitos, técnicas de redução de estresse e outras técnicas cognitivas. Os resultados mostraram ótima redução da severidade clínica da psoríase, da ansiedade e da depressão, do estresse psicológico e da incapacidade provocada pela doença no grupo que passou pelo programa em relação ao grupo controle que recebeu tratamento convencional para a doença (Fortune et al., 2002), confirmando os dados que enfatizam a importância de um acompanhamento psicológico e da abordagem multidisciplinar.

A relação entre as dermatoses e fatores emocionais é bastante enfatizada devido ao conhecimento que já se tem sobre a interação da pele e do cérebro por meio dos mecanismos psico-neuro-imuno-endocrinológicos e por meio dos comportamentos que podem influenciar o aparecimento de doenças de pele (Richards et al., 2005; Shenefelt, 2008).

Em revisão da literatura sobre possibilidades de tratamentos para dermatoses, Shenefelt (2008) encontrou como opções terapêuticas drogas psicotrópicas convencionais, além de ervas e suplementos alternativos, efeito placebo, sugestão, métodos cognitivo-comportamentais, *bio-feedback* e hipnose. Quando uma terapêutica menos agressiva não produzia resultados, eram utilizadas combinações de tratamentos medicamentosos ou drogas com outros tipos de terapias. Em geral, a resposta a tratamentos focados no combate ao estresse é positiva. O autor aponta a necessidade de se tratar transtornos psiquiátricos que afetam a doença dermatológica, pois esta conduta traz um bom resultado, bem como o tratamento das doenças psiquiátricas secundárias à doença dermatológica.

Outro aspecto importante a ser abordado nas intervenções psicológicas para pacientes com problemas dermatológicos é a adesão. Em dermatologia isto se torna bastante importante, pois, os tratamentos são de difícil realização, devido à quantidade de terapias – especialmente

tópicas - que estão envolvidas. Uma revisão de literatura sobre o tema mostrou que pouco se tem estudado sobre adesão em pacientes com dermatoses e um pequeno número de estudos encontrados que tratavam da utilização de tecnologia de monitoramento eletrônico mostrou que os pacientes dermatológicos apresentam baixas taxas de adesão aos regimes de tratamento, o que reforça a necessidade de intervenções para melhorar adesão. Existem fatores sócio-econômicos, emocionais e comportamentais que contribuem para a não-adesão, o que pode ser modificado com aumento do conhecimento do paciente sobre sua doença e sobre o tratamento, com uma boa relação médico-paciente (Hodari, Nanton, Carrol, Feldman & Balkrishnan, 2006) e também com intervenção psicológica (Potocka et al., 2008).

Corroborando estes dados, um estudo foi realizado com o objetivo de avaliar um programa sistemático para promoção de adesão e de um estilo de vida saudável destinado a pacientes com úlcera cutânea na perna. A partir de tal intervenção, os autores identificaram que o acompanhamento próximo com mudança de estilo de vida e terapia promove resultados muito positivos na adesão ao tratamento e deve ser implementado o mais rápido possível (Heinen, Bartholomew, Wensing, Van Der Kerkhof & Achterberg, 2005).

Dentre os poucos estudos sobre intervenção psicológica em pacientes com psoríase, foi encontrado um relato de caso realizado há quase 50 anos descrevendo detalhadamente uma intervenção psicológica comportamental com uma mulher de 38 anos, com psoríase grave há 20 anos. O autor relata ter aplicado diversas técnicas (relaxamento, contracondicionamento, treino assertivo, entre outras) e ter avaliado a paciente antes e depois da intervenção com o instrumento "*Personality Schedule*". Os resultados relatados foram bastante satisfatórios, tanto em relação à psoríase, com melhora global do quadro e desaparecimento total das lesões pela primeira vez desde seu surgimento, como em relação às suas dificuldades emocionais prévias ao aparecimento da dermatose (Waxman, 1973).

Não há na literatura da área um modelo de intervenção psicológica para o tratamento destes pacientes, apesar de haver consenso sobre a necessidade de cuidar dos aspectos emocionais e comportamentais que podem ser importantes no desencadeamento da primeira crise, no posterior agravamento do quadro, na produção de dificuldades para se obter resultados com o tratamento e na própria adesão do paciente ao tratamento. Além disso, devido aos impactos na qualidade de vida nas diversas áreas (social, educacional e ocupacional, familiar, entre outras) as intervenções são essenciais para auxiliar o paciente a enfrentar a dermatopatia e melhorar sua qualidade de vida.

1.6 Estudos brasileiros na área

Comparado aos estudos realizados ao redor do mundo, o número de estudos brasileiros sobre aspectos emocionais e dermatologia é pequeno. Há raros estudos empíricos no país que verificam o estresse psico-social e a necessidade de cuidados com o mesmo em dermatologia (Silva & Silva, 2007) e pouco se sabe sobre o uso de psicoterapia nas intervenções de rotina. Também são poucos os estudos que investigam algum aspecto relacionado à qualidade de vida, ansiedade e depressão destes pacientes (Silva et al., 2006; Ludwig, 2007; Silves, Fortes & Miot, 2011). Além disso, alguns estudos que investigam ansiedade, depressão, estresse e qualidade de vida apontam resultados diferentes daqueles encontrados nos estudos internacionais, com baixos níveis de ansiedade e depressão e baixo impacto na qualidade de vida (Ludwig et al., 2006).

Alguns estudos de psicologia foram realizados com o objetivo de analisar os efeitos das dermatopatias sobre o comportamento dos indivíduos acometidos, mas ainda não fazem propostas de intervenções psicológicas para ajudar essa população (Gon et al., 2005; Mota et al., 2009). Ludwig et al. (2008) apontam a escassez de pesquisas sobre psicodermatologia que busquem as relações entre a pele e os aspectos emocionais, e enfatizam a necessidade deste conhecimento para o planejamento de intervenções psicológicas adequadas.

Compreender melhor os fatores emocionais que afetam os pacientes com psoríase é indispensável para a realização de um diagnóstico e tratamento adequado, uma vez que diversos estudos mostram as implicações negativas de dificuldades emocionais no aparecimento e nas recaídas da dermatose e nos efeitos dos tratamentos dermatológicos (Fortune et al., 2002; Evers et al., 2005; Picardi et al., 2005; Souza et al., 2005, Hayes & Koo, 2010). Diante disso, justifica-se a realização de uma pesquisa que investigue o impacto da psoríase na qualidade de vida e comprometimentos como depressão e ansiedade em pacientes com esta dermatose. Levando em conta que, uma vez identificados os impactos na qualidade de vida e nos níveis de ansiedade e depressão destes pacientes, é importante promover mudanças nos mesmos, torna-se necessário também avaliar os resultados de uma intervenção psicológica na melhoria destas condições nesta população, a fim de melhor planejar e implementar intervenções apropriadas para as dificuldades apresentadas por ela.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral:

Realizar caracterização demográfica e psicossocial de pacientes portadores de psoríase atendidos no Ambulatório de Doenças Psicossomáticas da Divisão de Dermatologia do Departamento de Clínica Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) e correlacionar a frequência de participação em sessões de um grupo psicoeducativo aberto com medidas de ansiedade, depressão, qualidade de vida e incapacidade provocada pela psoríase.

2.2 Objetivos específicos:

Avaliar os níveis de ansiedade e depressão destes pacientes em dois diferentes momentos (primeira entrevista e aproximadamente um ano após);

Avaliar a percepção do paciente sobre sua qualidade de vida, utilizando um instrumento específico para pacientes com dermatoses (primeira entrevista e aproximadamente um ano após);

Avaliar a percepção do paciente sobre a incapacidade provocada pela psoríase, a partir de instrumento específico para portadores da dermatose em questão (primeira entrevista e aproximadamente um ano após);

Verificar possíveis diferenças de gênero, idade, sexo, nível sócio-educacional em relação às medidas acima mencionadas;

Gerar dados que possibilitem novas intervenções psicológicas direcionadas a essa população específica e que embasem pesquisas futuras a respeito do tema.

3 MÉTODO

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo descritivo comparativo, de corte longitudinal, com amostra de conveniência.

3.2 Local da coleta de dados

A pesquisa foi realizada no Ambulatório de Doenças Psicossomáticas (DPS) da Divisão de Dermatologia do Departamento de Clínica Médica do HCFMRP – USP.

3.3 Participantes

Foram convidados a participar do estudo 106 pacientes com psoríase que se encontravam em tratamento no Ambulatório de Doenças Psicossomáticas (DPS), no período de abril de 2010 a abril de 2011 (aprovação no CEP 13/04/2010 – Anexo A).

Os pacientes foram convidados aleatoriamente até que 100 entrevistas tivessem sido realizadas. Dos 106 pacientes convidados, 100 aceitaram participar e 70 realizaram a segunda (2ª) avaliação. O tamanho amostral foi definido a partir do número de pacientes em tratamento no Ambulatório – por volta de 250 -, número informado pela médica assistente responsável por este ambulatório (Figura 1).

3.3.1 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos no estudo pacientes portadores de psoríase, atendidos no Ambulatório DPS durante o período de coleta de dados do estudo, com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos, alfabetizados.

Foram excluídos do estudo os pacientes com algum tipo de deficiência mental ou transtorno psiquiátrico detectado a partir de consulta da pasta ou dos contatos iniciais realizados pelo psicólogo; pacientes com deficiência auditiva ou de fala que os impossibilitasse compreender as instruções e responder aos instrumentos.

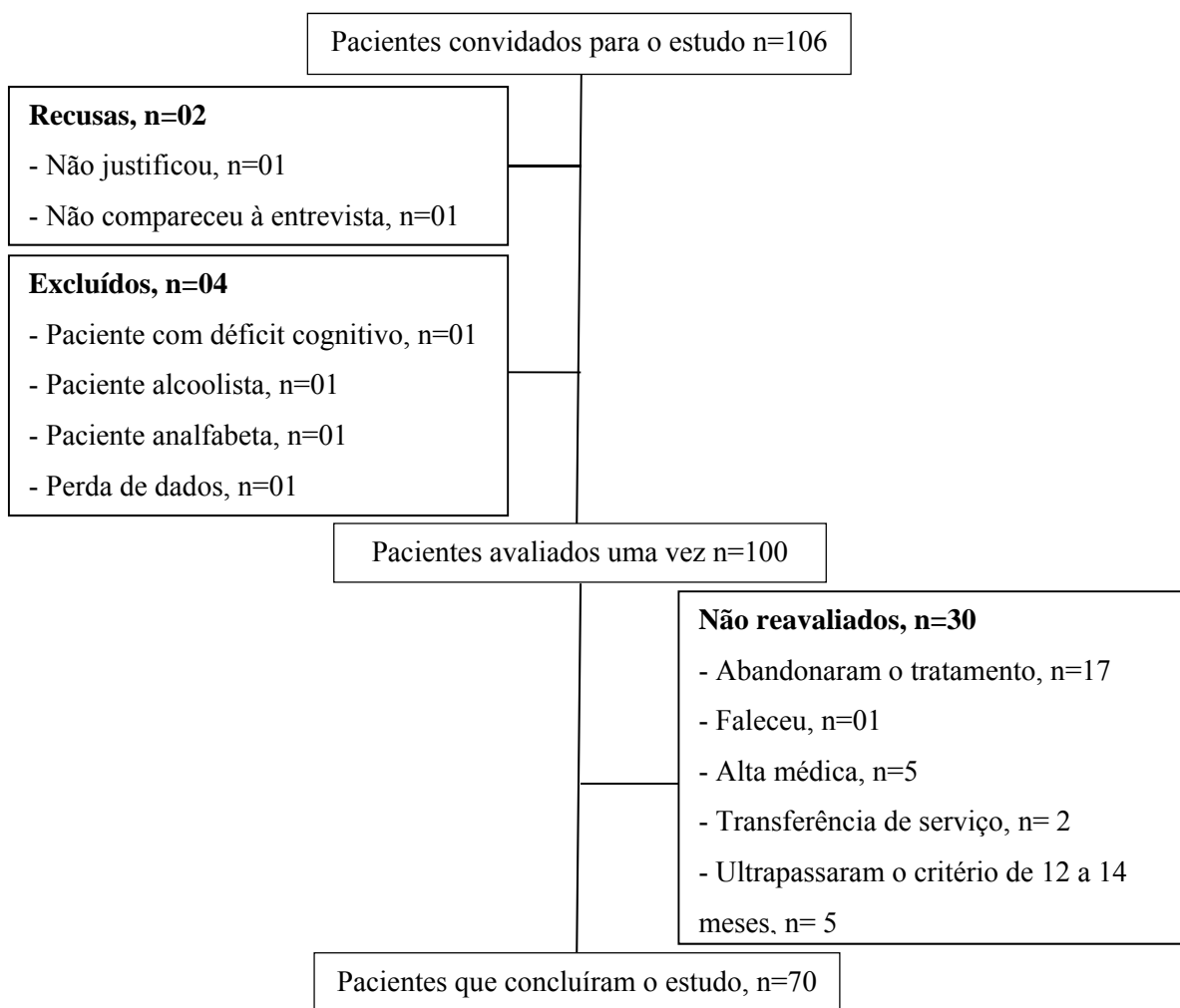


Figura 1- Fluxograma referente ao número de participantes convidados para o estudo e que finalizaram o estudo.

3.4 Materiais e instrumentos

3.4.1 Roteiro de entrevista semiestruturada

Foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada, composto por 44 questões, sendo 22 questões com alternativas para escolha e 22 questões abertas. O roteiro foi subdividido em sete tópicos que visavam avaliar dados sócio-demográficos; lazer e rede de suporte social; história médica e quadro clínico atual; histórico familiar; conhecimento e manejo dos fatores emocionais; hábitos de vida e histórico de acompanhamento psicológico. A estruturação deste roteiro deu-se a partir de roteiros de outros trabalhos desenvolvidos no Serviço de Psicologia do HCFMRP – USP, sob coordenação e orientação do Prof. Dr. Ricardo Gorayeb, dados da literatura e da experiência da pesquisadora com os pacientes no Ambulatório DPS (Apêndice A).

Para a 2ª avaliação dos participantes, o roteiro foi reorganizado levando em conta aspectos que poderiam se modificar no período entre a avaliação e reavaliação, como por exemplo, a participação no grupo após convite formal realizado na primeira entrevista. Este roteiro é constituído de 34 questões, divididas em 19 abertas e 15 questões com alternativas para escolha e possui seis tópicos e não sete como o primeiro roteiro, pois não há o tópico histórico familiar (Apêndice B).

3.4.2 Inventário de Ansiedade de Beck – BAI

Desenvolvido por Beck e validado no Brasil por Cunha (2001), trata-se de um inventário constituído por uma lista de 21 sintomas físicos e comportamentais da ansiedade, com quatro possibilidades de resposta, variando de 0 a 3. O escore total é obtido pela soma das respostas, sendo o mínimo 0 e o máximo 63. Na versão em português, o nível mínimo de ansiedade corresponde a escores entre 0 e 10, o nível leve a escores entre 11 e 19; o nível moderado, entre 20 e 30, e o nível grave entre 31 e 63 (Anexo B).

3.4.3 Inventário de Depressão de Beck – BDI

Este instrumento foi desenvolvido por Beck e validado no Brasil por Cunha (2001). Trata-se de um inventário com o objetivo de avaliar manifestações somáticas, comportamentais e cognitivas da depressão, vividas pelo indivíduo na última semana. É constituído por 21 itens, cada um com quatro possibilidades de resposta que recebem escore de 0 a 3. Com a soma dos escores dos itens tem-se o resultado final. O maior escore possível é 63. Os níveis dos escores sugeridos para a versão em português são de 0 a 11 para o nível mínimo, de 12 a 19 para leve, de 20 a 35 para moderado, e de 36 a 63 para grave (Anexo B). Foi também realizada a correção da subescala cognitivo-afetiva que é composta pelos primeiros 13 itens do instrumento (BDI-13). Esta subescala é utilizada com pacientes com doenças físicas cujos sintomas podem ser confundidos com os sintomas físicos da depressão e foi validada no Brasil com pacientes internados em Hospital Geral (Furlanetto, Mendlowicz & Bueno, 2005).

3.4.4 Índice de Qualidade de Vida em Dermatologia – DLQI

O DLQI é um instrumento específico para doenças dermatológicas e foi desenvolvido por Finlay e Khan (2001) - (Anexo C). No Brasil, foi validado por Martins, Arruda e Mugnaini (2005) e apresentou boa consistência interna, variando de 0,66 a 0,93 em seus domínios. O instrumento avalia sintomas e sentimentos (questões 1 e 2), atividades diárias (questões 3 e 4), atividades de lazer e práticas esportivas (questões 5 e 6), trabalho e escola (questão 7), relações interpessoais (questões 8 e 9) e o tratamento (questão 10). Ele é composto por 10 itens de múltipla escolha com quatro possibilidades de resposta cada um, que avalia o quanto o problema de pele do indivíduo afetou sua vida no decorrer da última semana. Pode ser usado tanto para medir quanto para comparar a qualidade de vida entre diferentes doenças cutâneas. Os escores de cada questão variam de 0 a 3, e os escores totais de 0 a 30, os escores maiores traduzindo maior grau de incapacidade. Os escores totais podem ser agrupados de acordo com o impacto na qualidade de vida: 0-1 nenhum impacto, 2-5 pouco impacto, 6-10 impacto moderado, 11-20 muito impacto e 21-30 muitíssimo impacto (Torres et al., 2011).

O instrumento também possui uma avaliação da parte médica, contendo identificação da área corporal comprometida, uma avaliação da gravidade da psoríase, do comprometimento articular e tratamento indicado.

No presente estudo foi realizada apenas a avaliação de percepção de qualidade de vida do paciente pois não existia um médico disponível para realizar tal avaliação nas datas em que eram realizadas a entrevista e aplicação dos instrumentos.

3.4.5 Índice de Incapacidade Provocado pela Psoríase – PDI

Este instrumento foi desenvolvido por Finlay e validado no Brasil por Martins, Arruda e Mugnaini (2005), com consistência interna variando entre 0,48 para o domínio lazer e 0,87 para o domínio atividades diárias. O PDI é um questionário de avaliação da qualidade de vida, específico para pacientes com psoríase. Consiste de 15 itens relacionados ao impacto da psoríase sobre quatro domínios: atividades diárias (questões 1 a 5), trabalho ou escola (questões 6 a 8), relacionamentos pessoais (questões 9 e 10) e lazer (questões 11 a 15). Para responder, o paciente deve levar em consideração as últimas quatro semanas. A partir deste instrumento pode-se avaliar o impacto de psoríase na qualidade de vida do indivíduo como um todo e também o impacto da psoríase separadamente sobre cada domínio. Os escores de cada questão variam de 0 a 3 e os escores totais de 0 a 45, com escores maiores indicando mais incapacidade provocada pela dermatose (Anexo D).

3.5 Procedimento

3.5.1 Grupos psicoeducativos

Os encontros do grupo psicoeducativo foram realizados em uma sala do Ambulatório DPS do HCFMRP-USP, às quintas-feiras das 12h45m às 13h30m, imediatamente antes do início das consultas médicas do DPS. Eles foram coordenados pela psicóloga responsável pela pesquisa e pela médica assistente do Ambulatório DPS, e contaram com a participação de

psicólogas colaboradoras. Os procedimentos realizados nas sessões do grupo foram registrados pelas psicólogas colaboradoras e pela psicóloga responsável pela pesquisa. Estes procedimentos encontram-se resumidos na Tabela 1.

Participaram do grupo não somente os participantes do estudo com seus acompanhantes, mas também todo e qualquer paciente do Ambulatório DPS e acompanhantes.

As sessões eram semiestruturadas pois, por ser um grupo aberto, os pacientes que compareciam em cada sessão eram diferentes uns dos outros, não sendo possível planejar sessões dependentes umas das outras.

Os temas que frequentemente faziam parte das discussões e que eram trazidos pelos pacientes estavam relacionados com a questão do preconceito e da discriminação que vivem por causa da doença; do preconceito que eles mesmos tem em relação às lesões e marcas características da doença; a expressão de sentimentos e a falta de assertividade nas relações interpessoais; a existência de poucas fontes de reforçadores no ambiente destes pacientes e a importância de buscar aumentar a frequência de atividades reforçadoras, bem como aumentar as fontes de reforçadores. Também eram fornecidos esclarecimentos e informações sobre a doença e o tratamento, o que era realizado pela médica que participava dos grupos. Além destes temas, outros temas, quando trazidos pelos pacientes, também eram discutidos. Os temas foram selecionados a partir da literatura disponível da área, da experiência dos profissionais que trabalham com estes pacientes e a partir dos relatos e das demandas trazidas pelos pacientes em consultas médicas, em atendimentos psicológicos individuais e no próprio grupo.

Tabela 1 – Objetivos, temas e procedimentos de cada tipo de sessão do Grupo Psicoeducativo

| | OBJETIVOS | TEMAS | PROCEDIMENTOS |
|---|---|--|---|
| Sessões iniciais ou com a presença de alguns pacientes novos | Apresentar a equipe, os objetivos e a função do grupo no tratamento. | Informações sobre o grupo, seu funcionamento | Acolhimento e fornecimento de informações e orientações sobre o grupo e seu funcionamento |
| | Esclarecer aspectos médicos da doença e do tratamento. | Informações sobre a doença e o tratamento | Fornecimento de informações e orientações sobre a doença e seu tratamento |
| | Sensibilizar os pacientes à participarem do grupo e aderirem ao tratamento. | Aspectos básicos sobre adesão ao tratamento | Fornecimento de informações e orientações sobre comportamentos de adesão |
| | Esclarecer aspectos psicológicos da doença | Informações sobre os aspectos psicológicos relacionados à doença | Fornecimento de informações e orientações os aspectos psicológicos e a necessidade de acompanhamento |
| Sessões intermediárias ou presença de pacientes que já conhecem o grupo | Discutir preconceito e seu enfrentamento | Dificuldades com preconceito e como enfrentá-lo | Estratégias de enfrentamento para lidar com o preconceito - técnica de resolução de problemas e treino discriminativo |
| | Avaliar as mudanças provocadas pela doença na vida dos pacientes e resolver os problemas decorrentes dela | Mudanças provocadas pela psoríase e estratégias para resolvê-las | Treino discriminativo - percepção das mudanças - e estratégia de resolução de problemas |
| | Discutir e avaliar possíveis atividades de lazer a serem incluídas na rotina | Atividades de distração para auxiliar melhora da qualidade de vida | Levantamento de possíveis atividades reforçadoras e avaliação para inclusão na rotina |
| Sessões mistas – presença de pacientes novos e antigos | Esclarecer aspectos médicos e psicológicos da doença e do tratamento | Informações sobre a doença, o tratamento e sobre os aspectos psicológicos relacionados | Acolhimento e fornecimento de informações e orientações sobre o grupo e seu funcionamento |
| | Fornecer modelos de comportamento de outros pacientes para enfrentamento da doença e resolução de problemas | Possibilidade de aprendizagem de comportamentos novos e estratégias de enfrentamento | Modelação - modelos dos próprios pacientes *Treino de resolução de problemas - estratégias de enfrentamento |
| Sessões avançadas | Ensinar processos de mudança de comportamentos complexos | Mudanças no estilo de vida | Reforçamento positivo de comportamentos adequados |
| | Treinar assertividade | Comportamentos assertivos | Técnica para treino de assertividade |
| | Discutir análise de contingências para favorecer auto-observação e autoconhecimento | Auto-observação e autoconhecimento | Análise de contingências com os pacientes |

Os procedimentos realizados nos grupos eram baseados nos princípios da terapia analítico-comportamental. As terapeutas tomavam os devidos cuidados para que o ambiente fosse o menos aversivo possível, permitindo que os pacientes permanecessem no grupo mesmo que preferissem apenas ouvir, tentando proporcionar uma audiência não punitiva, por meio da aceitação e demonstração de compreensão em relação às dificuldades dos pacientes.

Estas estratégias, em geral, auxiliavam na expressão dos pacientes em relação às suas dificuldades e na solicitação de ajuda para resolução de problemas.

Tabela 2 – Datas das sessões de grupos realizadas e número de pacientes/acompanhantes presentes em cada sessão.

| Data do grupo | N pacientes presentes |
|---------------|-----------------------|
| 04/03/2010 | 12 |
| 11/03/2010 | 13 |
| 18/03/2010 | 14 |
| 25/03/2010 | 19 |
| 08/04/2010 | 15 |
| 15/04/2010 | 15 |
| 13/05/2010 | 10 |
| 20/05/2010 | 14 |
| 27/05/2010 | 19 |
| 10/06/2010 | 10 |
| 17/06/2010 | 20 |
| 05/08/2010 | 11 |
| 12/08/2010 | 9 |
| 19/08/2010 | 12 |
| 26/08/2010 | 12 |
| 02/09/2010 | 13 |
| 09/09/2010 | 14 |
| 07/10/2010 | 11 |
| 14/10/2010 | 17 |
| 21/10/2010 | 18 |
| 11/11/2010 | 10 |
| 18/11/2010 | 15 |
| 02/12/2010 | 8 |
| 09/12/2010 | 10 |
| 10/02/2011 | 17 |
| 17/02/2011 | 18 |
| 24/02/2011 | 18 |
| 03/03/2011 | 14 |
| 31/03/2011 | 11 |
| 05/05/2011 | 16 |
| 19/05/2011 | 12 |
| 26/05/2011 | 15 |

GREVE

Diante de relatos de dificuldades nas relações interpessoais e no seguimento de orientações do tratamento, as terapeutas explicavam brevemente o modelo de seleção de comportamentos pelas consequências e auxiliavam os pacientes a compreender a função dos comportamentos que relatavam emitir. Além disso, sugeriam aos pacientes que haviam vivenciado situações semelhantes que fornecessem modelos bem sucedidos de comportamento e também forneciam outros modelos. Aqueles pacientes que relatavam modelos de soluções de problemas, mudanças de comportamento, comportamentos de adesão ao tratamento eram valorizados por meio de elogios e atenção, com o objetivo de reforçar essas respostas.

Também era abordada a questão dos padrões de comportamentos agressivo, passivo e assertivo. Eram fornecidos esclarecimentos sobre estas três formas de interação, descritas prováveis consequências de cada uma delas, discutidas as vantagens e desvantagens de cada um dos padrões de comportamento e a adequação de cada um deles, a depender da situação. Outros procedimentos eram utilizados a depender do andamento da sessão e das queixas trazidas pelos pacientes presentes.

Os grupos foram interrompidos em maio de 2011, inicialmente devido à greve dos médicos contratados iniciada neste mês, o que levou à suspensão das consultas ambulatoriais no período de junho a agosto. Como as consultas no ambulatório foram retomadas mesmo antes do final da greve, os grupos não puderam voltar a acontecer pois, com um contingente menor de profissionais médicos para atender os pacientes, as consultas precisavam iniciar mais cedo, impedindo a realização do grupo. A Tabela 2 apresenta as datas em que ocorreram os grupos e o número de participantes em cada uma das sessões.

3.5.2 Coleta de dados

O convite aos pacientes para participar do estudo era feito ao final das sessões do grupo psicoeducativo, quando era realizada uma explicação resumida sobre a pesquisa que permitisse ao paciente decidir participar ou não. A depender do número de pacientes interessados, não era possível realizar todas as entrevistas naquele mesmo dia. Caso isto ocorresse, na próxima consulta médica do paciente ele era contatado anteriormente por telefone e era agendado horário para a entrevista. Quando o contato telefônico não era possível, o paciente era convidado novamente durante o grupo ou durante sua consulta no ambulatório.

Após a aceitação do convite, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), elaborado seguindo as orientações da Resolução do CONEP (Apêndice C), era lido e diante da confirmação do interesse, o mesmo era assinado pelo paciente. Após a assinatura do termo de consentimento, eram realizadas a entrevista semi-estruturada e a aplicação dos instrumentos (BDI, BAI, DLQI, PDI). Independentemente de sua participação no estudo, todos os pacientes eram incentivados a continuar comparecendo aos grupos psicoeducativos.

Após decorrido um período de 10 a 14 meses da realização da primeira entrevista, foi realizada nova entrevista e aplicação de instrumentos com os participantes. A reavaliação também aconteceu em dia de retorno médico dos pacientes, o que era possível saber com antecedência, por meio das agendas do ambulatório. Esses pacientes eram contatados por telefone com uma semana de antecedência em relação à sua consulta, para verificar a disponibilidade do mesmo de realizar a reavaliação no dia do retorno médico. Quando o contato telefônico não era possível, ele era convidado a realizar a entrevista assim que chegasse ao Ambulatório DPS.

As entrevistas de avaliação e reavaliação foram realizadas pela psicóloga responsável pela pesquisa e pelas psicólogas colaboradoras do Ambulatório DPS.

3.6 Procedimento de análise de dados

3.6.1 Análise descritiva dos dados

Para a análise das questões dos roteiros de entrevista semi-estruturada de avaliação e reavaliação foram utilizados os sistemas quantitativo e quantitativo-interpretativo. Para aquelas questões que permitiam a contagem direta da frequência de respostas a partir do conteúdo relatado pelos pacientes foi utilizado o sistema quantitativo. Para as questões dos roteiros que não possibilitavam a contagem direta da frequência foram construídas categorias por meio do sistema quantitativo-interpretativo (Biasoli-Alves, 1998) obedecendo aos critérios de exaustividade, exclusividade, nível de amplitude das categorias e nível de inferência das categorias (Sigolo & Biasoli-Alves, 1998). Após isto, as categorias emergentes da análise foram quantificadas e analisadas descritivamente.

3.6.1.1 Operacionalização das categorias das questões abertas

As categorias foram elaboradas pela pesquisadora e pelo orientador, sem a avaliação de juízes, visto que eram simples e não havia a interpretação de significados de conteúdos verbais, mas sim descrições de padrões comportamentais. As respostas, referentes às questões que estavam presentes tanto na entrevista de avaliação como na de reavaliação, foram categorizadas igualmente para permitir a posterior comparação entre os dados. Neste caso, foram criadas novas categorias apenas quando as pré-existentes não eram suficientes para incluir todas as respostas dos participantes. Frequentemente uma única frase de resposta incluía mais de um tema, o que exigiu que algumas frases fossem incluídas em mais de uma categoria.

As questões cujas respostas foram submetidas ao sistema quantitativo-interpretativo de categorização, as respostas dadas pelos pacientes e as categorias elaboradas estão representados no Apêndice D.

3.6.2 Análise dos instrumentos

Os dados obtidos a partir dos instrumentos BAI, BDI, DLQI e PDI foram analisados obedecendo aos critérios e recomendações definidos por seus autores que realizaram adaptação e validação para a população brasileira, Cunha (2001) e Martins, Arruda e Mugnaini (2004), respectivamente.

3.6.3 Análise estatística

Os dados, tanto dos instrumentos como das entrevistas, foram organizados a partir de medidas estatísticas descritivas e analisados em função de sua distribuição. Em relação à caracterização, foram realizadas análises intravariável a fim de verificar se as diferenças entre as porcentagens de resposta de cada categoria dentro de uma mesma questão apresentavam de fato diferenças. Para isto foi usado o teste Qui quadrado (χ^2).

Também foram realizadas análises para avaliar a existência de associação entre os dados psicossociais, obtidos por meio das questões da entrevista, e as medidas psicológicas, obtidas por meio dos instrumentos, e também análises para verificar a existência de associação entre as diversas medidas psicológicas (ansiedade, depressão e qualidade de vida). Para isso, foi utilizado o teste exato de Fisher.

Em relação aos dados da 2ª avaliação, foi realizada análise a fim de verificar se houve mudança de características e medidas psicológicas em relação à primeira avaliação como efeito da intervenção. Para isto, foi proposto o teste de McNemar, que verifica se existem evidências de efeito de tratamento, ou seja, testa a hipótese de que a mudança de proporções entre os tempos é devida ao acaso (McNemar, 1947). Quando a hipótese nula é rejeitada, pode-se dizer que existem evidências de efeito de tratamento.

Também foi realizada análise a fim de identificar se houve diferença na mudança das medidas psicológicas associada ao número de sessões do Grupo Psicoeducativo frequentado pelos pacientes. Para isto, foi utilizado o teste exato de Fisher. Para estimar os *odds ratio* bruto e ajustado foi proposto um modelo de regressão logística exata simples e múltipla (Mehta e Patel, 1995). Não foi possível estimar os *odds ratio* para a variável “escores do PDI” devido a problemas de função de verossimilhança monótona, casos de separação completa ou quase-completa (Albert e Anderson, 1984).

3.7 Aspectos éticos

A coleta de dados teve início somente após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP-USP. Os pacientes só eram incluídos na pesquisa após leitura e assinatura do TCLE. Durante a entrevista a pesquisadora lembrava ao participante o sigilo e anonimato das informações e a possibilidade de interrupção ou desistência caso se sentisse desconfortável

Quando a pesquisadora identificava necessidade de atendimento psicológico, os pacientes eram encaminhados para os serviços mais convenientes ao paciente. A primeira opção oferecida era o atendimento pela própria pesquisadora, realizado no Serviço de Psicologia do HCFMRP-USP. Quando o paciente era proveniente de outra cidade e não tinha disponibilidade para comparecer a este serviço, era realizado encaminhamento formal a um serviço de sua cidade de origem.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados apresentados abaixo estão divididos em três partes: a primeira refere-se à caracterização demográfica e psicossocial de 100 pacientes do Ambulatório DPS; a segunda, à comparação entre os dados da 1ª e 2ª avaliação de 70 dos 100 pacientes que participaram da caracterização; e a terceira, aos dados relativos ao grupo, como frequência de participação dos pacientes, avaliação dos mesmos sobre as sessões e efeitos da participação no grupo nos níveis de ansiedade, depressão e qualidade de vida.

4.1 Caracterização da amostra

Será apresentada abaixo a caracterização da amostra de 100 pacientes do Ambulatório DPS. As informações contidas na caracterização são: aspectos sociodemográficos, história médica e familiar, quadro clínico atual, tratamento, lazer, suporte social, fatores emocionais e impactos da doença.

4.1.1 Aspectos sociodemográficos

Foram coletados dados sobre sexo, idade, estado civil, escolaridade, situação empregatícia, ocupação, motivos de não trabalhar e renda mensal, que podem ser vistos na Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição das porcentagens de pacientes com psoríase em relação às características sociodemográficas (n=100)

| CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS | | % | p |
|-----------------------------------|---|----|-------|
| Sexo | Masculino | 44 | — |
| | Feminino | 56 | |
| Idade | 19-39 | 40 | ≤0,01 |
| | 40-59 | 45 | |
| | 60 ou mais | 15 | |
| Estado civil | Com companheiro (casado, amasiado, união estável) | 62 | 0,016 |
| | Sem companheiro (solteiro, separado, viúvo) | 38 | |
| Nível de Escolaridade | Ensino Fundamental Incompleto | 47 | ≤0,01 |
| | Ensino Médio Incompleto | 17 | |
| | Ensino Médio Completo e acima | 36 | |
| Situação Empregatória | Empregado | 58 | ≤0,01 |
| | Desempregado | 26 | |
| | Aposentado | 16 | |
| Justificativa para não trabalhar | Nunca trabalhou | 11 | — |
| | Desempregado antes da doença | 4 | |
| | Desempregado após a doença | 11 | |
| Renda Familiar | Menos de 1 salário | 6 | ≤0,01 |
| | de 1 a 2 salários | 47 | |
| | de 2 a 3 salários | 27 | |
| | de 3 a 5 salários | 18 | |
| | 5 ou mais salários | 0 | |
| | Não sabe | 2 | |
| Profissão | Funções domésticas/do lar | 27 | — |
| | Trabalhos manuais | 26 | |
| | Gerente/vendedor | 23 | |
| | Serviço público | 12 | |
| | Aposentados | 12 | |

Dentre os 100 pacientes, 56% eram do sexo feminino, a maioria (62%) com companheiro (incluindo aqui situação de casamento oficializado perante a lei ou não), com ensino fundamental incompleto, empregados e trabalhando, com renda mensal entre 1 e 3 salários mínimos. A maioria dos pacientes tinha menos de 60 anos, a média de idade apresentada foi de 44,76 anos (DP=14,17), sendo a idade mínima 19 anos e a máxima, 72 anos.

Assim como descrito na literatura, não foi encontrada diferença no acometimento da doença em relação ao sexo, o que é uma característica desta dermatose (Ludwig et al, 2006; Silva et al, 2006; Ferreira et al, 2010; Manjula, Sreekiran, Surendran & Sreekanth, 2011; Pakran, Riyaz & Nandakumar, 2011; Hrehorów et al, 2012, Kolios et al, 2012).

A idade dos participantes teve grande variação, o que vai de encontro a uma característica epidemiológica da psoríase de se apresentar em qualquer faixa etária, desde o nascimento até a velhice (Langley et al, 2005). A média de idade encontrada também se apresenta semelhante ao relatado na literatura, entre 40 e 45 anos (Silva et al, 2006; Ferreira et al, 2010; Manjula et al, 2011; Tejada et al, 2011; Lin et al, 2011).

Em relação à escolaridade, assim como em outros estudos brasileiros com doenças dermatológicas, a maior parte da população apresentou baixa escolaridade, o que parece representar a condição educacional da população freqüentadora dos serviços públicos de saúde no Brasil (Ludwig et al, 2006; Silva et al, 2006; Silvaes et al, 2011; Tejada et al, 2011).

4.1.2 História médica e familiar e quadro clínico atual

Serão descritos e apresentados na Tabela 4 abaixo, os dados sobre história médica e familiar dos pacientes, quadro clínico, conhecimentos sobre a doença e o tratamento.

Por volta de metade dos pacientes (57%) relatou que o surgimento das primeiras lesões aconteceu antes dos 30 anos de idade, o que indica psoríase do tipo I, caracterizada por início precoce e história familiar positiva. Os demais relataram início das lesões a partir da quarta década de vida, caracterizando psoríase do tipo II (início mais tardio e história familiar negativa). A literatura mostra que mais de 70% dos casos de psoríase diagnosticados são do tipo I (Langley et al, 2011; Lin et al, 2011), porém estes autores adotam o critério de surgimento das primeiras lesões antes dos 40 e não dos 30 anos, como neste estudo. É possível que, se o critério fosse o mesmo, haveria uma coincidência entre os presentes resultados e a literatura, já que aqui se observou 57% dos casos de psoríase do tipo I.

Tabela 4 – História médica e quadro clínico dos pacientes com psoríase (n=100)

| | HISTÓRIA MÉDICA E FAMILIAR E QUADRO CLÍNICO | FREQUÊNCIA (%) | p |
|--|--|----------------|-------|
| Doenças associadas | Nenhuma | 40 | 0,046 |
| | Alterações Cardio-vasculares | 32 | |
| | Metabólicas/Endocrinológicas | 25 | |
| | Manifestações osteo-articulares | 22 | |
| | Outras | 17 | |
| | Hepatopáticas | 8 | |
| | Psiquiátricas | 2 | |
| Consumo de álcool | Nunca | 57 | ≤0,01 |
| | Mensalmente ou menos | 17 | |
| | Entre 2 e 4 vez por mês | 14 | |
| | Entre 2 e 3 vezes por semana | 8 | |
| Consumo de tabaco | Sim | 25 | ≤0,01 |
| | Não | 75 | |
| Conhecimento sobre a doença | Fator emocional | 46 | ≤0,01 |
| | Não tem cura | 35 | |
| | Tem dúvidas/ não sabe nada | 29 | |
| | Considera-se bem informado/ sem dúvidas | 20 | |
| | Fator genético | 19 | |
| | Possui tratamento/controle | 19 | |
| | Contágio | 17 | |
| | Bebida alcoólica | 4 | |
| | Trata com remédio | 4 | |
| | Tomar sol | 3 | |
| Conhecia a doença antes | Sim | 13 | ≤0,01 |
| | Não | 87 | |
| Fatores que influenciam na piora e melhora da doença | Mencionaram apenas fatores que pioram | 57 | ≤0,01 |
| | Mencionaram fatores que melhoram | 31 | |
| | Não sabe | 12 | |
| | <i>Fatores que pioram</i> | | |
| | Psicológicos | 75 | |
| | Comportamentais (alimentação, álcool, cigarro, sono) | 12 | |
| | Frio | 12 | |
| | Outros | 11 | |
| | Calor/Sol | 7 | |
| | Medicações (ausência/troca/uso) | 5 | |
| | <i>Fatores que melhoram</i> | | |
| | Psicológicos positivos | 19 | |
| | Seguir tratamento | 13 | |
| | Sol e calor | 6 | |
| | Atividades de lazer | 6 | |

A maior parte dos pacientes relatou que as primeiras lesões apareceram há mais de 10 anos (60%) e apenas 9% relataram o aparecimento das lesões há menos de um ano. Silva et al (2006) também descreveram a maioria de sua amostra com mais de cinco anos de doença (65%). Estes dados contrastam com os dados de Tejada et al (2011) pois no estudo destes autores, a maioria dos pacientes apresentava a doença há menos de um ano e apenas 11,6% tinham a doença há mais de dez anos. Isto pode ter ocorrido devido ao fato de que os pacientes do estudo citado eram pacientes que estavam em sua primeira consulta no serviço mencionado. Os pacientes avaliados na presente pesquisa podiam ser novos no serviço ou não.

Em relação ao quadro clínico, a maioria dos pacientes referiu possuir outros problemas de saúde além da psoríase e uma grande parte relatou possuir mais de um tipo de problema de saúde. Tais problemas incluíam doenças metabólicas, endocrinológicas, cardiovasculares, manifestações osteo-articulares, entre outros (Tabela 4). A porcentagem de pacientes com comorbidades orgânicas foi bem maior neste estudo que no estudo de Lin et al (2011), que encontraram 27,3% dos participantes com alguma outra doença além da dermatose, sendo 14,6% com hipertensão, 14% com outras doenças, 7,8% com hepatite e 7,3% com diabetes. A presença de uma porcentagem maior de comorbidades nos participantes deste estudo pode estar associada ao fato dos dados terem sido colhidos em um hospital terciário, que atende casos complexos. Como a psoríase apresenta associação com diversas doenças, a gravidade do quadro destes pacientes pode não somente estar associada à psoríase mas também à presença de comorbidades. Porém, ao mesmo tempo, a literatura mostra que as comorbidades mais frequentemente apresentadas pelos pacientes do presente estudo são aquelas mais comuns em pacientes com psoríase, como as doenças cardiovasculares e a síndrome metabólica, que envolve questões cardiovasculares e endocrinológicas (Gottlieb & Dann, 2009; Nisa & Qazi, 2010). Em seu estudo de revisão, Gottlieb & Dann (2009) afirmam que a psoríase é uma doença sistêmica, que não afeta somente a pele, e que, diante disso, os profissionais responsáveis pelo paciente devem ficar atentos para diagnosticar e tratar precocemente as comorbidades, o que contribui para uma melhor qualidade de vida.

Também foram investigadas algumas comorbidades psiquiátricas: ansiedade, depressão, consumo de álcool e tabaco. Os resultados referentes à ansiedade e depressão serão apresentados no item 4.1.8.

Pouco mais da metade dos pacientes negou consumir álcool e apenas 8% relataram consumir entre dois e três dias na semana. Este resultado indicando baixo consumo de álcool

é bastante relevante considerando que o álcool está associado ao aparecimento da psoríase, tem um efeito de exacerbação da dermatose e a abstinência produz uma melhora do quadro. Além disso, seu consumo excessivo está relacionado com ansiedade e depressão (Hayes e Koo, 2010).

Os dados desta pesquisa diferem da literatura, que mostra uma prevalência de consumo excessivo de álcool maior em pacientes com psoríase que na população saudável, sendo esta por volta de 56% no estudo de revisão de Hayes e Koo (2010), 32% no estudo de McAleer et al (2011) e 21,7% no estudo de Lin (2011). Esta divergência pode ter sido produzida por vários fatores: fornecimento de informação e encorajamento para diminuição ou interrupção do consumo de álcool durante as consultas médicas e o grupo psicoeducativo; percepção dos próprios pacientes dos efeitos do álcool sobre as lesões da psoríase e interrupção do consumo; um viés na coleta de dados, já que os pacientes sabem que é esperado que eles não consumam bebida alcoólica e podem ter respondido negativamente para se livrar de uma possível repreensão.

A maior parte dos pacientes relatou não fumar, sendo que destes, 2% relataram já ter fumado em algum momento, mas ter parado. Entre aqueles que fumam, 9% relataram não ter planos de parar de fumar. Diferentemente do que aconteceu com os resultados sobre o consumo de álcool, o dado em relação à porcentagem de fumantes corrobora os dados da literatura (Lin, 2011). Isto pode ter se dado pela dificuldade de esconder o consumo de tabaco, já que o odor e outras características são facilmente observáveis ou ainda uma idéia de maior aceitação social do consumo de cigarro que do consumo excessivo de álcool.

Em relação à psoríase, foi perguntado aos pacientes se conheciam algum familiar, falecido ou vivo, com psoríase. A maior parte dos entrevistados (59%) relatou não ter nenhum parente conhecido com diagnóstico de psoríase, 1% relatou não saber e 40% relataram possuir algum familiar com a dermatose ($p \leq 0,05$). Em seu estudo, Lin et al (2011) encontraram 25,5% dos pacientes com história familiar positiva para psoríase.

Sobre conhecimento da doença antes do diagnóstico, a maioria dos participantes relatou que não conhecia. Em relação ao conhecimento atual, 20% da amostra relatou ter bons conhecimentos e estar satisfeita com eles, enquanto 29% relataram possuir ainda muitas dúvidas, ou considerar que não sabiam nada sobre a dermatose ($p \leq 0,01$).

Quando perguntados sobre o que conheciam como fatores que influenciam na doença, os dois fatores mais citados foram os aspectos emocionais e o fato de ser uma doença crônica, portanto, sem cura. Em estudo sobre aspectos psicológicos de pacientes com diversas dermatoses, Ludwig et al (2006) não encontraram diferença entre a porcentagem de pacientes

que percebiam influência de fatores emocionais e os que não percebiam, o que pode ter acontecido devido à variedade de dermatoses avaliadas no estudo das autoras, já que de fato algumas não apresentam relação com fatores emocionais.

Também foi investigado o conhecimento do paciente sobre os fatores relacionados à piora e melhora das crises da dermatose. A maioria dos pacientes relatou identificar quais são os fatores causadores da melhora e piora das crises. Dentre estes fatores, o mais citado, tanto para a piora como para a melhora, foi o fator emocional. A maioria dos pacientes relatou apenas identificar fatores que pioram e 12% relataram não saber quais são os fatores que pioram ou melhoram as crises.

Os pacientes também foram questionados sobre a comunicação do diagnóstico da psoríase. Quase toda a amostra relatou ter recebido o diagnóstico durante a consulta médica (93%), sendo que 15% relatou ter recebido diversos diagnósticos diferentes antes de receber o atual ($p \leq 0,01$). Além deste dado, 18% dos pacientes relataram que o aparecimento das primeiras lesões da psoríase coincidiu com algum evento de grande impacto emocional em suas vidas.

Em estudo sobre estratégias de *coping* e estresse em pacientes com psoríase, Silva et al (2006) questionaram os participantes sobre a existência de uma situação estressante quando do surgimento da doença e 68% de sua amostra respondeu afirmativamente. No presente estudo este número foi bastante baixo, porém, considera-se que isto deve ter ocorrido pelo fato da pergunta não deixar claro o interesse neste fator, mas apenas na forma como foi realizado o diagnóstico. Esta hipótese foi formulada baseada nos relatos dos pacientes durante os grupos psicoeducativos, momento em que muitas vezes eles relatavam o período de início da doença e apontavam as dificuldades que estavam vivendo naquela época.

4.1.3 Tratamento

Foram investigados os tipos de tratamentos a que os pacientes vinham sendo submetidos, a existência de dificuldades para realizá-los e quais eram essas dificuldades (Tabela 5).

Diante da questão “O que seu médico mandou você fazer?” a maioria dos pacientes relatou a utilização de medicamentos tópicos. Porém, grande parte dos pacientes encontrava-se submetida à uma combinação de tratamentos. A combinação mais frequentemente relatada

era de medicamento tópico, medicamento sistêmico e seguimento de orientações quanto aos fatores agravantes da doença. Estes dados diferem dos encontrados por Fortune et al (2002). Em seu trabalho de avaliação dos efeitos de uma intervenção cognitivo-comportamental sobre algumas variáveis psicológicas e sobre a extensão clínica da psoríase, por volta de 50% dos pacientes utilizavam apenas medicações tópicas, pouco mais de 30% estavam submetidos a tratamento sistêmico e aproximadamente 10% a uma combinação de tratamento tópico e sistêmico.

Tabela 5 – Informações relacionadas aos tratamentos dos paciente com psoríase na 1ª avaliação (n=100)

| | TRATAMENTO | % | p |
|------------------------------------|--|----|-------|
| Tipo de tratamento | Tratamento tópico | 84 | ≤0,01 |
| | Tratamento sistêmico | 63 | --- |
| | Orientações gerais quanto aos fatores agravantes da doença | 62 | --- |
| | Tratamento Multidisciplinar | 3 | ≤0,01 |
| | Sem medicação | 4 | ≤0,01 |
| Dificuldades com o tratamento | Sem dificuldades | 62 | --- |
| | Fazer o tratamento (usar a medicação) | 13 | ≤0,01 |
| | Tomar sol | 9 | ≤0,01 |
| | Dificuldades financeiras (comprar medicação) | 6 | ≤0,01 |
| | Ir às consultas/acesso aos médicos | 6 | ≤0,01 |
| | Outros | 6 | ≤0,01 |
| Aspecto mais difícil do tratamento | Não acha difícil | 40 | --- |
| | Tomar sol | 24 | ≤0,01 |
| | Usar medicação tópica | 10 | ≤0,01 |
| | Ir às consultas | 7 | ≤0,01 |
| | Usar medicação oral | 6 | ≤0,01 |
| | Ansiedade/nervosismo | 5 | 0,046 |
| | Alimentação | 5 | ≤0,01 |

Os pacientes foram questionados sobre suas dificuldades em seguir o tratamento e grande parte deles relatou não possuir nenhum tipo de dificuldade na realização do tratamento. Dentre as dificuldades citadas, a mais frequente foi o uso da medicação.

Porém, quando questionados sobre qual aspecto do tratamento era mais difícil fazer, a porcentagem de pacientes que relatou não ter nenhuma dificuldade diminuiu 20% e a dificuldade relatada com maior frequência foi tomar sol.

4.1.4 Lazer e suporte social

Quanto à realização de atividades de lazer, a maioria dos pacientes respondeu possuir atividades de lazer em sua rotina e 55% referiu possuir apenas um tipo de atividade de lazer. As atividades frequentemente citados foram, aquelas que não envolvem esforço físico, como fazer crochê, assistir televisão e ouvir música, e aquelas com predomínio de interação social, incluindo conversar e sair com amigos e familiares.

Também foi investigada a frequência com que os pacientes realizavam atividades de lazer. Os dados indicam que a maioria dos pacientes realiza ao menos uma atividade de lazer todos os dias.

Os pacientes também foram questionados sobre se possuíam religião e se a praticavam. Quase a totalidade dos pacientes relataram possuir alguma religião e, do total, aproximadamente metade relatou praticar a religião sempre.

Em relação ao suporte social recebido, foi perguntado aos pacientes se eles possuíam pessoas com quem conversar ou desabafar e a maioria respondeu afirmativamente.

Eles também foram questionados sobre a contribuição da família na realização do tratamento. Em resposta a esta questão, 70% dos entrevistados afirmaram receber ajuda da família e o tipo de ajuda mais frequente são conselhos, apoio, incentivo e demonstração de interesse. Na Tabela 6 estão apresentados os dados sobre lazer e suporte social.

Tabela 6 – Aspectos de lazer e suporte social dos pacientes com psoríase, investigados na 1ª avaliação (n=100)

| LAZER E SUPORTE SOCIAL | | % | p |
|-------------------------|---------------------------------------|----|-------|
| Tipo de lazer | Sem esforço físico | 57 | --- |
| | Com predomínio de interação social | 50 | --- |
| | Com esforço físico | 21 | ≤0,01 |
| | Com predomínio de aspectos religiosos | 8 | ≤0,01 |
| | Não tem lazer* | 19 | ≤0,01 |
| Frequência lazer | Todos os dias | 41 | |
| | Até três vezes na semana | 22 | 0,03 |
| | Uma vez por semana | 18 | |
| | Não tem lazer | 19 | |
| Contribuição da família | Apoio/conselhos/incentivo/interesse | 48 | --- |
| | Acompanham nas consultas | 17 | ≤0,01 |
| | Ajudam a passar/lembrar do remédio | 15 | ≤0,01 |
| | Financeira | 14 | ≤0,01 |
| | Evitam deixar o paciente nervoso | 6 | ≤0,01 |
| | Outros tipos de ajuda | 5 | ≤0,01 |
| | Não recebe ajuda | 30 | ≤0,01 |
| Prática a religião | Sim | 52 | |
| | Não | 23 | ≤0,01 |
| | Às vezes | 14 | |
| | Não tem religião | 11 | |

4.1.5 Fatores emocionais

A maioria dos pacientes respondeu afirmativamente quanto à existência de situações causadoras de estresse em sua rotina. Responderam mais frequentemente que o motivo do estresse são problemas familiares e situações de frustração e falta de controle.

Em relação às situações de estresse crônico, a maioria dos pacientes respondeu afirmativamente, mencionando problemas familiares ou no relacionamento amoroso e dificuldades financeiras como as principais situações geradoras de estresse crônico. Estes dados encontram-se representados na Tabela 7.

Na literatura observa-se que é bastante comum a utilização de instrumentos para avaliação de estresse, assim como se faz com ansiedade, depressão e qualidade de vida. No presente trabalho não foi utilizado um instrumento para este fim, mas foi avaliada a percepção de estresse dos pacientes por meio de questões da entrevista. Diante disto, a seguir, os dados sobre estresse, obtidos por meio da entrevista estruturada, serão comparados aos resultados dos instrumentos relatados na literatura.

Os estudos mostram, com alta frequência, que pacientes com doenças dermatológicas, inclusive a psoríase, apresentam altos níveis de estresse (Ludwig et al, 2006; Hayes e Koo, 2010). Estes últimos autores relataram em seu estudo de revisão que pacientes com elevados níveis de estresse apresentam psoríase com mais frequência que pacientes com baixos níveis de estresse. Na avaliação de estresse de pacientes dermatológicos, Ludwig et al (2006) encontraram 60,3% dos participantes com diagnóstico positivo para estresse, avaliado por meio do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL). Na amostra do presente trabalho, 70% dos participantes relataram vivenciar situações de estresse em sua rotina, o que parece coincidir com os resultados obtidos por aplicação de instrumentos relatados na literatura.

Para pesquisas futuras, sugere-se que esta mesma população seja avaliada quanto ao estresse por instrumentos frequentemente utilizados para uma comparação mais precisa.

Em relação às estratégias de enfrentamento, o tipo de estratégia mais frequentemente mencionado pelos pacientes foi o de afastamento/distração negativa, seguido pela estratégia de afastamento/distração positiva.

Assim como na avaliação de estresse, não foi utilizado instrumento para avaliação das estratégias de enfrentamento, mas sim, questões da entrevista estruturada. Estes dados serão comparados com os dados obtidos em estudos encontrados na literatura da área que utilizaram instrumentos específicos para avaliar as estratégias de enfrentamento, pois esta é a forma mais frequentemente adotada.

Em estudo de revisão, Hayes e Koo (2010) apresentam dois tipos de estratégia de enfrentamento, avaliadas como não adaptativas, que são utilizadas com frequência pelos pacientes com psoríase: estratégias focadas na emoção e estratégias de evitação. Observando os resultados obtidos nas questões da entrevista, parece haver semelhança entre os tipos de estratégias utilizadas pelos pacientes do presente estudo e as identificadas como as mais frequentes na literatura.

Tabela 7 - Fatores emocionais relatados pelos pacientes com psoríase na 1ª avaliação (n=100)

| FATORES EMOCIONAIS | | % | p |
|--------------------------------|---|----|-------|
| Situação causadora de estresse | Problemas familiares | 40 | 0,028 |
| | Frustrações/Falta de controle | 23 | ≤0,01 |
| | Trabalho | 19 | ≤0,01 |
| | Outros | 16 | ≤0,01 |
| | Não há | 6 | ≤0,01 |
| | Questão financeira | 6 | ≤0,01 |
| | Tudo | 6 | ≤0,01 |
| | Psoríase | 5 | ≤0,01 |
| Situações de estresse crônico | Problemas familiares/relacionamento amoroso | 46 | --- |
| | Não há | 30 | ≤0,01 |
| | Questões financeiras | 12 | ≤0,01 |
| | Outros | 6 | ≤0,01 |
| | Trabalho | 5 | ≤0,01 |
| | Saúde em geral | 3 | ≤0,01 |
| | Psoríase | 2 | ≤0,01 |
| Estratégias de enfrentamento | Estratégias de distração negativas | 55 | --- |
| | Estratégias de distração positivas | 40 | 0,046 |
| | Chorar | 23 | ≤0,01 |
| | Estratégias confrontativas (brigar/xingar/gritar) | 13 | ≤0,01 |
| | Estratégias de resolução | 11 | ≤0,01 |

Um estudo que utilizou o Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus encontrou os seguintes resultados para os pacientes com psoríase: a estratégia de autocontrole foi a mais utilizada; alta frequência de uso de estratégia de fuga e esquivas e baixa utilização da estratégia de confronto (Silva et al, 2006). Estes dados são semelhantes aos encontrados no presente estudo, que teve como estratégias mais utilizadas as de afastamento e distração negativas e positivas que parecem equivaler às estratégias de fuga e esquivas do instrumento mencionado, e também apresentou baixa frequência de estratégias de confrontação que parecem ser equivalentes às estratégias de confronto avaliadas pelo instrumento.

Silva et al, (2006) apontam que os pacientes com psoríase utilizam-se muito mais de estratégias de autocontrole e de fuga e esquivas que sujeitos controle e isso pode ter se dado pelo fato de estes pacientes estarem evitando o confronto com a situação estressante e tentando manter o controle da situação. No presente estudo, levando em conta as respostas dos pacientes à questão sobre as estratégias de enfrentamento e os relatos deles nos grupos psicoeducativos realizados, foi observado o mesmo tipo de comportamento. Os pacientes pareciam tentar controlar as situações e quando não tinham sucesso com este tipo de comportamento relatavam altos níveis de estresse – inclusive um dos tipos mais frequentes de

situação causadora de estresse foram as situações de frustração e falta de controle. Não foi possível identificar as razões para este tipo de padrão comportamental tão freqüente e sugere-se que estudos sejam realizados a fim de avaliar padrões comportamentais recorrentes em pacientes com psoríase e outras dermatoses, com o objetivo de planejar intervenções que auxiliem a mudança comportamental.

No que se refere à percepção dos pacientes sobre a existência de relação entre as crises da psoríase e o estresse, grande parte dos pacientes (82%) relata perceber relação entre o aparecimento e piora das crises da dermatose e os momentos de mais estresse em sua vida ($p \leq 0,01$). Apesar deste dado se assemelhar ao que a literatura aponta (Kotrulja et al, 2010), ainda não se sabe qual o mecanismo de relação entre o estresse e a psoríase (Langley et al, 2011).

Além disso, a literatura aponta que pacientes com psoríase e altos níveis de estresse apresentam mais sintomas de fadiga, um maior impacto na vida diária, pensamentos de desamparo, menor aceitação da dermatose e menor contato social (Evers et al, 2005). Como no presente estudo não foi possível avaliar os sintomas físicos, sugere-se que em um próximo, esta população seja avaliada em relação ao estresse e à presença de sintomas físicos.

4.1.6 Histórico de acompanhamento psicológico e psiquiátrico

Aproximadamente metade dos pacientes (45%) já passaram por acompanhamento psicológico ou psiquiátrico e 12% se encontravam em acompanhamento na momento da 1ª avaliação. Para 55% dos pacientes a entrevista da pesquisa e suas participações no grupo psicoeducativo do Ambulatório DPS foram os primeiros contatos com um profissional da saúde mental, pois nunca haviam sido sequer avaliados por um psicólogo ou psiquiatra. Em relação aos pacientes que buscaram atendimento psicológico/psiquiátrico no passado, as razões relatadas foram: queixas psiquiátricas (18%), a própria psoríase (15%), encaminhamentos médicos e protocolos de atendimentos de serviços pelos quais passaram (9%), não sabem ou não se lembram (3%).

Levando em conta os dados sobre histórico de acompanhamento psicológico mencionados acima e os resultados dos testes de ansiedade, depressão e qualidade de vida, pode-se concluir que apesar de nunca terem sido submetidos ou não estarem em acompanhamento psicológico no momento da avaliação, os pacientes necessitavam de

acompanhamento, seja individual ou em grupo. É possível que os pacientes não estejam sendo diagnosticados pelos médicos quanto às dificuldades psicológicas ou que, apesar de estarem recebendo diagnóstico e encaminhamentos eles não tem procurado os serviços, ou os serviços não tem tido capacidade para acolher estes casos.

4.1.7 Impacto da psoríase

Outro aspecto investigado foi a forma como a psoríase afetou a vida do paciente, ou seja, quais foram as mudanças provocadas pela dermatose. Aproximadamente metade dos pacientes relatou dificuldades em relação à autoestima e autoconfiança, como decorrência do problema de saúde, 17% relataram não ter ocorrido nenhuma mudança decorrente da psoríase; 3% relataram que sua vida mudou totalmente e 5% relataram que houve mudanças positivas.

Tabela 8 – Impactos da dermatose relatados pelos pacientes com psoríase na 1ª avaliação (n=100)

| Impactos da Psoríase | % | p |
|--------------------------|----|-------|
| Nenhum | 17 | ≤0,05 |
| Autoestima/autoconfiança | 58 | --- |
| Afastamento das pessoas | 22 | ≤0,05 |
| Trabalho | 21 | ≤0,05 |
| Abandono de atividades | 19 | ≤0,05 |
| Dor/coceira | 7 | ≤0,05 |
| Mudanças positivas | 5 | ≤0,05 |
| Tudo | 3 | ≤0,05 |

4.1.8 Avaliação de ansiedade e depressão

Os sintomas de ansiedade, medidos pelo BAI, estão representados na Tabela 9. Pode-se observar que 25% dos sujeitos apresentam indicativos de ansiedade (escores moderado e grave) e praticamente metade da amostra apresenta níveis mínimos de ansiedade.

Tabela 9 - Caracterização da amostra de pacientes quanto à gravidade dos sintomas ansiosos avaliados pelo BAI (n=100)

| ESCORE BAI | % |
|------------|----|
| Mínimo | 49 |
| Leve | 26 |
| Moderado | 16 |
| Grave | 9 |

Outros estudos que utilizaram o mesmo instrumento mostram resultados semelhantes a este, como por exemplo, Ludwig et al (2006), que avaliando pacientes com variadas dermatoses encontraram 59,61% de pacientes com níveis mínimos de ansiedade.

Estudos analisados em artigo de revisão mostram que a prevalência de ansiedade em pacientes com psoríase é de 43%, maior que na população com outras doenças crônicas. A ansiedade costuma estar relacionada ao sentimento de estigmatização e às dificuldades de relacionamento interpessoal (Hayes & Koo, 2010). O presente estudo não apresenta este mesmo resultado, o que pode ter ocorrido devido ao instrumento utilizado. Como o BAI contém questões que avaliam principalmente sintomas físicos de ansiedade (tontura, formigamento, taquicardia, falta de ar, entre outros), os pacientes podem ter pontuado baixo por não apresentar muitos deles com tanta frequência ou intensidade. Sua pontuação nas questões que envolviam sintomas psicológicos foi frequentemente alta.

Na literatura, principalmente internacional, muitos estudos se utilizam de outros instrumentos como o HADS e o IDATE para avaliação da ansiedade (Laguna et al, 2006; Karanikas et al, 2009; McAleer et al, 2011). Seria interessante a realização de pesquisas utilizando o HADS a fim de verificar se a incidência de ansiedade segundo este instrumento seria diferente que a medida pelo BAI, e para permitir uma melhor comparação com os estudos que o utilizam. O uso do HADS evitaria a confusão entre os sintomas físicos de ansiedade e os sintomas de doenças orgânicas, pois o instrumento descreve os sintomas comportamentais apenas.

Os dados dos sintomas depressivos avaliados pelo BDI, tanto no seu modelo convencional como na subescala BDI-13, podem ser observados na Tabela 10.

Tabela 10 - Caracterização da amostra de pacientes quanto à gravidade dos sintomas depressivos e presença de sintomas cognitivos e afetivos da depressão (n=100)

| ESCORE BDI | % |
|----------------------------------|----|
| Mínimo | 63 |
| Leve | 20 |
| Moderado | 15 |
| Grave | 2 |
| Escore BDI-13 | % |
| Ausência de sintomas depressivos | 78 |
| Presença de sintomas depressivos | 22 |

Os dados obtidos com a correção convencional do BDI mostram que 17% dos pacientes apresentam sintomas indicativos de depressão, ou seja, encontram-se nos níveis moderado e grave. Quando é realizada a correção considerando apenas os sintomas cognitivos e afetivos (BDI-13), 22% dos participantes apresentam sintomas indicativos de depressão. Também para os níveis de depressão, os resultados deste estudo se assemelham aos de Ludwig et al (2006), que encontraram 56,3% da amostra com níveis mínimos de depressão.

Karanikas et al (2009) realizaram estudo em que avaliaram depressão utilizando o BDI e afirmaram que pacientes com psoríase apresentam níveis mais altos de depressão em relação aos indivíduos controle. Hayes & Koo (2010), em estudo de revisão, também encontraram que pacientes com psoríase apresentam maiores níveis de depressão que pacientes com outras patologias dermatológicas e apontam que é importante avaliar estes pacientes em relação à depressão e não somente em relação à severidade clínica da psoríase. Os autores apontam que os fatores relacionados à depressão nestes pacientes permeiam as questões de qualidade de vida e que o impacto da dermatose na qualidade de vida é um preditor de morbidade psiquiátrica.

Em estudo sobre os impactos de doenças de pele, os autores encontraram, em pacientes com psoríase, escores de depressão tão ou mais altos que em pacientes com diagnóstico psiquiátrico de depressão, o mesmo acontecendo com os escores de ansiedade (Evers et al, 2005).

Outro ponto importante em relação à depressão, mostrado no estudo de Reich, Hrehorow & Szepietowski (2010), é a relação entre escores mais elevados de depressão e prurido. Os autores relatam que pacientes com prurido pareciam ser mais depressivos que

pacientes sem prurido e que todos os pacientes com escore no BDI acima de 10 apresentavam prurido durante as crises da psoríase contra 76% daqueles com escore menor que 10.

Levando em conta a literatura sobre depressão e psoríase, é necessária atenção aos escores de depressão destes pacientes pois, mais de 20% apresentam sintomas deste transtorno, o que justifica uma atenção psicológica especializada.

As comorbidades psiquiátricas devem ser tratadas pois interferem no tratamento da psoríase, levando a piores resultados, o que pode levar à piora das lesões ou ao reaparecimento das mesmas depois de um período de remissão (Gottlieb & Dann, 2009; Hayes & Koo, 2010).

4.1.9 Avaliação de qualidade de vida

A qualidade de vida, medida por meio do impacto da dermatose e do tratamento na vida do paciente, foi avaliada utilizando o DLQI.

Tabela 11 - Caracterização da amostra de pacientes quanto à qualidade de vida medida pelo instrumento DLQI (n=100)

| IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA - DLQI | % |
|-------------------------------------|----|
| Nenhum | 37 |
| Pouco | 25 |
| Moderado | 19 |
| Muito | 18 |
| Muitíssimo | 1 |

Os dados encontrados diferem da literatura da área que mostra maiores porcentagens de pacientes nas categorias moderado e muito entre 60% e 70% e nas categorias nada e pouco, entre 18% e 30% (Reich et al, 2010; Lin et al; 2011).

A média de pontuação no DLQI foi de 3,44 que, assim como no estudo de Ludwig et al (2006) – média de 3,69 – ficou abaixo da média de outros estudos nacionais e internacionais que apresentam médias entre 7,12 e 12,71 (Zogbi et al, 2005; Shikiar et al, 2006; Reich et al, 2010; Lin et al, 2011). As primeiras autoras atribuem os baixos escores à hipótese da dermatose não incomodar o paciente, visto que eles já convivem com a doença há muito tempo.

Neste estudo, o que se observou foi que, apesar dos baixos escores nos instrumentos, estes pacientes relataram grandes prejuízos em sua qualidade de vida, de acordo com as informações das entrevistas, assim como mostram os dados da literatura (Langley et al, 2011). Assim, a hipótese é de que o instrumento não foi sensível o suficiente para mostrar este impacto, já que muitos pacientes pareciam apresentar uma percepção de prejuízos muito altos em apenas uma ou duas áreas, o que no escore final, não aparecia como um impacto significativo. Diante disso, conclui-se que somente a aplicação do instrumento não é suficiente para avaliar a percepção de impacto na qualidade de vida destes pacientes, sendo necessário, como aconteceu neste estudo, a realização de uma entrevista abordando as dificuldades do paciente de forma mais aprofundada.

Os resultados da avaliação de qualidade de vida realizada por meio do PDI serão apresentados separadamente para cada domínio e para o impacto total na Tabela 12.

Tabela 12 - Média, desvio padrão, mínimo e máximo pontuado pelos pacientes no Instrumento Índice de Incapacidade Provocado pela Psoríase (n=100)

| DOMÍNIOS | MÉDIA | DP | MÍNIMO | MÁXIMO |
|--------------------------|-------|------|--------|--------|
| Atividades diárias | 2,69 | 3,15 | 0 | 12 |
| Escola ou trabalho | 1,53 | 2,29 | 0 | 8 |
| Lazer | 1,48 | 2,29 | 0 | 11 |
| Relacionamentos pessoais | 0,74 | 1,47 | 0 | 6 |
| Total | 6,47 | 7,91 | 0 | 37 |

Estes dados corroboram o que é encontrado na literatura sobre os domínios em que a qualidade de vida é mais afetada pela psoríase, segundo o DLQI. O estudo de Manjula et al (2011) encontrou exatamente a mesma ordem de impacto na qualidade de vida que o presente estudo e também não encontrou relação entre o escore total e idade ou gênero. Porém, a média dos escores totais foi bem maior (14,5) no estudo de Manjula et al (2011) e estes autores encontraram associação entre o escore total do PDI e a duração da doença, o que não ocorreu neste trabalho.

4.1.10 Relação entre dados demográficos e psicossociais e medidas psicológicas

Foram realizadas análises estatísticas utilizando o teste exato de Fisher para avaliar a existência de associação entre os dados psicossociais e as medidas psicológicas e entre as diferentes medidas psicológicas obtidas na 1ª avaliação.

Não foram encontradas associações entre dados sociodemográficos como sexo, idade, estado civil, escolaridade e renda e aspectos psicológicos avaliados na entrevista ou os resultados dos instrumentos. Em estudo semelhante, Ludwig et al (2006) também não encontraram este tipo de associação, exceto para os níveis de estresse, medidos pelo ISSL, que apresentaram associação com a variável sexo. Segundo as autoras, esta ausência de associação corrobora os dados da literatura internacional que não demonstra diferenças em relação aos prejuízos provocados pelas dermatoses em função de características sociodemográficas, evidenciando a intensidade do impacto, independente de outras variáveis.

Em relação aos resultados do BAI, os testes evidenciaram associação entre ansiedade e conhecimento dos fatores que influenciam na melhora e piora da psoríase ($p=0,02$) e entre ansiedade e impacto da psoríase na vida social e no lazer ($p<0,01$). Os dados apontam que níveis mínimos de ansiedade estão associados ao maior conhecimento dos fatores de melhora/piora da dermatose e à ausência de impacto na vida social e no lazer.

Já para os resultados do BDI, os testes evidenciaram associação entre depressão e situação empregatícia ($p=0,03$), entre depressão e estresse crônico ($p<0,01$) e entre depressão e impacto da dermatose no trabalho ($p=0,04$). Evidencia-se que menores níveis de depressão estão associados a estar empregado, à ausência de estresse crônico e a não existência de impacto da dermatose no trabalho. Os dados de relação entre depressão e estresse corroboram o que é encontrado na literatura, inclusive em estudo que utilizou o mesmo instrumento para avaliação de depressão (Kotrulja et al, 2010).

Também para os dados de depressão avaliados por meio do BDI-13, há evidência de associação entre depressão e estresse crônico ($p=0,01$) apontando para uma relação entre presença de depressão e existência de estresse crônico.

Em se tratando da avaliação de qualidade de vida, os testes mostraram evidência de associação entre os resultados do DLQI e estar ou não empregado ($p=0,04$) e do DLQI com impacto da dermatose na vida social e lazer ($p<0,01$), na autoestima ($p=0,05$) e na vida em geral ($p=0,02$). Os dados apontaram que melhor qualidade de vida está associada a estar empregado e relatar ausência de impacto na vida social e lazer, na autoestima e na vida em

geral. Estudos como de Tejada et al (2011) mostraram haver relação entre idade, renda, estado civil, duração da doença e qualidade de vida.

Os testes também mostraram evidência de associação entre os resultados do PDI e estresse crônico ($p < 0,01$) e entre PDI e impacto na vida social e lazer ($p < 0,01$) e no trabalho ($p = 0,03$). Os dados apontaram que pacientes com menor impacto da psoríase na qualidade de vida não relatavam vivenciar situações crônicas de estresse, nem interferência da psoríase na vida social, no lazer ou no trabalho.

Quando analisadas as relações entre as medidas psicológicas, os testes mostraram evidência de associação entre ansiedade e depressão, tanto medida por meio do BDI ($p < 0,01$) como por meio da correção não convencional BDI-13 ($p < 0,01$). Também mostraram associação entre ansiedade e qualidade de vida, tanto medida por meio do DLQI ($p < 0,01$) como por meio do PDI ($p < 0,01$). Houve ainda associação entre qualidade de vida medida pelo DLQI e depressão medida pelo BDI ($p < 0,01$) e pelo BDI-13 ($p < 0,01$) e entre qualidade de vida medida pelo PDI e depressão pelo BDI ($p = 0,02$).

Os dados dos instrumentos apontam que quanto menores os níveis de ansiedade menores os níveis de depressão, seja na correção convencional, seja na correção que leva em conta apenas os sintomas cognitivos e afetivos (BDI-13); apontam também que quanto menores os níveis de ansiedade, menor o impacto na qualidade de vida, tanto medido pelo DLQI como pelo PDI. O mesmo foi encontrado para os dados de depressão: quanto menores os níveis de depressão, medidos tanto pelo BDI como pelo BDI-13, menor o impacto na qualidade de vida, segundo o DLQI. Em relação à qualidade de vida medida por meio do PDI, os dados mostram que quanto menor impacto na qualidade de vida, menores os níveis de depressão medidos por meio da correção convencional do BDI.

Estes dados corroboram o que é encontrado na literatura. Ludwig et al (2006), utilizando os mesmos instrumentos que nesta pesquisa, encontraram correlação entre depressão e ansiedade e entre depressão e qualidade de vida. As autoras também encontraram relação entre os níveis de estresse e os níveis de ansiedade, depressão e qualidade de vida (segundo o DLQI); porém no presente trabalho só foi encontrada relação entre estresse e depressão e estresse e qualidade de vida (segundo o PDI). É possível que este resultado tenha se dado desta forma pois a avaliação de estresse foi realizada por meio de uma questões e não de um instrumento validado para isto.

4.2 Comparação dos dados da 1ª e 2ª avaliações

Do total de pacientes que passaram pela primeira avaliação, 70% foram reavaliados. Para fins de comparação, os dados da 1ª avaliação serão somente os dos pacientes que também realizaram a 2ª avaliação (n=70).

Testes estatísticos foram realizados para verificar a existência de mudanças da 1ª para a 2ª avaliação, não produzidas pelo acaso. Os dados cujos testes demonstraram evidências de efeito de intervenção serão apresentados e discutidos. Os demais serão apenas comparados nas tabelas abaixo. Não foi encontrada literatura que permitisse discutir os dados sobre avaliação dos aspectos psicológicos de pacientes com psoríase pré e pós-intervenção psicológica. Na Tabela 13 estão representadas as características sociodemográficas.

Tabela 13 – Comparação dos dados sociodemográficos, sobre lazer e suporte social da 1ª e 2ª avaliações dos pacientes com psoríase (n=70)

| | CATEGORIAS | 1ª avaliação (%) | 2ª avaliação (%) |
|----------------------------|-------------------------------------|------------------|------------------|
| Estado civil | Com companheiro | 68,6 | 67,1 |
| | Sem companheiro | 31,4 | 32,9 |
| Situação de trabalho | Empregado | 50 | 52,9 |
| | Desempregado | 31,4 | 30 |
| | Aposentado | 18,6 | 17,1 |
| Frequência de lazer | Todos os dias | 40 | 51,4 |
| | Até 3 vezes na semana | 21,4 | 22,9 |
| | Uma vez por semana | 18,6 | 18,6 |
| | Não tem | 20 | 7,1 |
| Tipo de atividade de lazer | Sem esforço físico | 54,3 | 67,1 |
| | Com predomínio de interação social | 52,9 | 60 |
| | Com predomínio de esforço físico | 22,86 | 25,7 |
| | Religiosa | 8,6 | 7,1 |
| | Não tem | 20 | 7,1 |
| Contribuição da família | Não recebe ajuda | 24,3 | 28,6 |
| | Apoio/conselhos/incentivo/interesse | 62,3 | 52,9 |
| | Acompanham nas consultas | 18,6 | 17,1 |
| | Ajudam com o remédio | 18,6 | 12,9 |
| | Evitam deixar o paciente nervoso | 11,4 | 5,7 |
| | Financeira | 10 | 11,4 |

Na Tabela 14 abaixo, estão representados os dados sobre os aspectos psicológicos como fatores causadores de estresse, fatores causadores de estresse crônico, estratégias de enfrentamento, impactos da psoríase, atendimento psicológico e psiquiátrico e atual e motivos para a busca de atendimento psicológico e psiquiátrico.

Tabela 14 – Comparação dos aspectos psicológicos relatados pelos pacientes com psoríase na 1ª e 2ª avaliações (n=70)

| FATORES EMOCIONAIS E ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO/PSIQUIÁTRICO | | 1ª avaliação (%) | 2ª avaliação (%) |
|--|--|------------------|------------------|
| Fatores causadores de estresse | Problemas familiares | 41,4 | 37,1 |
| | frustrações e situações de falta de controle | 21,4 | 22,9 |
| | Questões com trabalho | 18,6 | 12,9 |
| | Outros | 14,3 | 8,6 |
| | Problemas financeiros | 7,1 | 10 |
| | Questões relacionadas à psoríase | 7,1 | 2,9 |
| | Não há | 7,1 | 15,7 |
| Fatores causadores de estresse crônico | Não há | 28,6 | 47,1 |
| | Questões familiares/ relacionamento amoroso | 45,7 | 21,4 |
| | Questões financeiras | 12,9 | 1,4 |
| | Outros | 7,14 | 5,71 |
| | Questões com trabalho | 5,71 | 2,9 |
| | Frustrações e situações de falta de controle | 4,3 | 5,71 |
| | Questões relacionadas à psoríase | 2,9 | 15,7 |
| Estratégias de enfrentamento | Estratégias de afastamento/distração negativas | 54,3 | 38,6 |
| | Estratégias de afastamento/distração positivas | 42,8 | 52,9 |
| | Chorar | 15,7 | 14,9 |
| | Estratégias de resolução | 11,4 | 20 |
| | Confrontativas (brigar, xingar, gritar) | 11,4 | 14,9 |
| Impactos da psoríase | Vida social e lazer | 38 | 54,3 |
| | Forma de vestir | 18 | 25,7 |
| | Não atrapalha | 24 | 34,3 |
| | Trabalho | 15 | 37,5 |
| | Auto-estima | 0 | 0 |
| | Relacionamento amoroso | 6 | 8,6 |
| | Outros | 17 | 24,3 |
| Atendimento psicológico/psiquiátrico anterior | Sim | 48,6 | 51,4 |
| | Não | 51,4 | 48,6 |
| Motivos para o atendimento | Não faz acompanhamento | 51,5 | 50 |
| | Queixas psiquiátricas | 18,6 | 18,6 |
| | Por causa da psoríase | 17,1 | 17,1 |
| | Encaminhamentos | 7,1 | 12,9 |
| | Outros | 5,7 | 1,4 |

Na Tabela 15, encontram-se dados sobre comorbidades apresentadas pelos pacientes, conhecimento sobre a psoríase, seus fatores de melhora e piora e aspectos do tratamento.

Tabela 15 – Comparação dos dados sobre quadro clínico e os tratamentos relatados pelos pacientes com psoríase na 1ª e 2ª avaliações (n=70)

| ASPECTOS MÉDICOS E TRATAMENTO | | 1ª avaliação (%) | 2ª avaliação (%) |
|--|--|------------------|------------------|
| Doenças associadas | Nenhuma | 38,6 | 25,7 |
| | Alterações cardio-vasculares | 37,1 | 40 |
| | Metabólicas/endocrinológicas | 22,9 | 25,7 |
| | Manifestações osteo-articulares | 21,4 | 25,7 |
| | Outras | 17,1 | 18,6 |
| | Hepatopatias | 5,7 | 4,3 |
| | Psiquiátricas | 2,9 | 5,7 |
| Consumo de álcool | Nunca | 58,6 | 61,4 |
| | De 2 a 4 vezes por mês | 15,7 | 17,1 |
| | Mensalmente ou menos | 14,3 | 12,9 |
| | De 2 a 3 vezes por semana | 8,6 | 7,1 |
| | 4 ou mais vezes por semana | 2,9 | 1,43 |
| Consumo de tabaco | Não | 77,1 | 77,1 |
| | Sim | 22,9 | 22,9 |
| Nível de conhecimento sobre a psoríase | Conhece um pouco | 55,7 | 40 |
| | Conhece bem | 34,3 | 58,6 |
| | Conhece quase nada | 10 | 1,4 |
| Fatores sobre a psoríase conhecidos | Tem influência do emocional | 42,9 | 35,7 |
| | Não tem cura | 31,4 | 22,9 |
| | Tem dúvidas | 30 | 25,7 |
| | Considera-se bem informado | 22,9 | 41,4 |
| | Tem tratamento | 21,4 | 24,3 |
| | Fator genético | 20 | 10 |
| | Não é contagioso | 12,9 | 31,4 |
| | Outros (tomar sol/ bebida alcoólica) | 7,1 | 24,3 |
| Percepção de fatores de melhora e piora das crises | Não sabe | 9 | 12,9 |
| | <i>Fatores que pioram</i> | | |
| | Emocionais | 50 | 71,4 |
| | Frio | 15 | 21,4 |
| | Outros | 6 | 8,6 |
| | Comportamentais (alimentação, álcool, cigarro, sono) | 3 | 4,3 |
| | Calor/Sol | 3 | 4,3 |
| | <i>Fatores que melhoram</i> | | |
| | Emocionais | 13 | 18,6 |
| | Seguir tratamento | 7 | 10 |
| | Sol e calor | 3 | 4,3 |
| | Atividades de lazer | 2 | 2,9 |
| Outros | 2 | 2,9 | |

Continua

| ASPECTOS MÉDICOS E TRATAMENTO | | Continuação | |
|------------------------------------|--|------------------|------------------|
| | | 1ª avaliação (%) | 2ª avaliação (%) |
| Tipos de tratamento | Tratamento tópico | 82,9 | 81,4 |
| | Tratamento sistêmico | 70 | 74,3 |
| | Orientações gerais quando aos fatores agravantes da doença | 62,9 | 67,1 |
| | Tratamento multidisciplinar | 2,9 | 1,42 |
| | Sem medicação | 4,9 | 4,9 |
| | Nada | 0 | 1,42 |
| Dificuldades com o tratamento | Sem dificuldades | 64,3 | 55,7 |
| | Usar medicação | 14,3 | 8,6 |
| | Tomar sol | 11,4 | 22,9 |
| | Ir às consultas | 4,3 | 4,3 |
| | Financeira | 4,3 | 1,4 |
| | Outros | 4,3 | 7,1 |
| Aspecto mais difícil do tratamento | Não acha difícil | 41,4 | 44,3 |
| | Tomar sol | 24,3 | 27,1 |
| | Usar medicação oral | 8,6 | 2,9 |
| | Controlar emocional | 7,1 | 4,3 |
| | Alimentação/bebida | 7,1 | 2,9 |
| | Ir às consultas | 5,7 | 8,6 |
| | Usar tópico/hidratante | 5,7 | 5,7 |
| | Outros | 5,7 | 4,3 |
| | Financeira | 0 | 2,9 |

Conclusão

O conhecimento sobre a psoríase foi avaliado com o objetivo de identificar se os pacientes haviam aprendido informações novas sobre a dermatose e, consequentemente, entendido melhor seu quadro (Gráfico 1).

Os pacientes relataram com maior frequência que conhecem bem a psoríase e com menor frequência que conhecem um pouco ou quase nada. O aumento do nível de conhecimento da primeira para a segunda avaliação, segundo o teste estatístico de McNemar, foi produto de intervenção e não uma variação populacional aleatória ($p=0,02$). Este resultado tem relevância para o estudo já que um dos objetivos do grupo era fornecer informações para o paciente sobre a doença e os fatores relacionados à mesma.

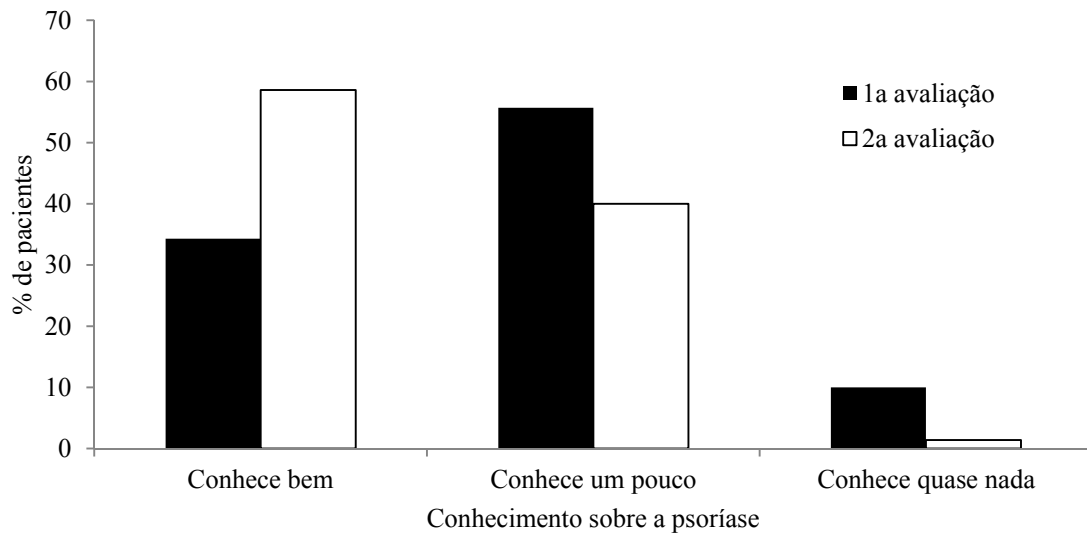


Gráfico 1. Frequência de verbalizações indicando o conhecimento sobre a psoríase relatado pelos pacientes na 1ª e na 2ª avaliação (n=70)

4.2.1 Avaliação de ansiedade e depressão

Na Tabela 16 abaixo, encontra-se a comparação entre as medidas de ansiedade dos 70 pacientes que passaram pela 1ª e 2ª avaliações.

Tabela 16 – Comparação da presença de sintomas de ansiedade apresentados pelos pacientes com psoríase na 1ª e na 2ª avaliação, segundo o BAI (n=70)

| Escore BAI | 1ª avaliação (%) | 2ª avaliação (%) |
|------------|------------------|------------------|
| Mínimo | 54,3 | 60 |
| Leve | 24,3 | 24,3 |
| Moderado | 12,9 | 12,9 |
| Grave | 8,6 | 2,8 |

No momento da reavaliação apenas 15,7% dos pacientes apresentavam indicativos de ansiedade, segundo as normas do instrumento (escores moderado e grave) e 60% encontravam-se no nível mínimo de ansiedade, o que mostra um discreto aumento da porcentagem de pacientes com níveis mínimos de ansiedade e uma discreta diminuição de pacientes com níveis graves. Apesar desta leve oscilação na porcentagem de pacientes com níveis mínimos e graves, os testes estatísticos mostraram que não houve interferência de

intervenção nesta variação, sendo a mesma uma variação populacional normal. Um estudo comparou os escores de ansiedade em um momento inicial e em um segundo momento após tratamento e, apesar de uma leve redução da média do escore, também não encontrou diferenças associadas ao tratamento (Lee et al, 2010).

Os sintomas depressivos foram novamente avaliados por meio do BDI, tanto em sua correção convencional como na correção que considera apenas os sintomas cognitivos e afetivos (BDI-13) e estes dados encontram-se na Tabela 17.

Observa-se importante redução dos níveis de depressão, tanto medidos pela correção convencional do BDI como pela correção BDI-13. Os testes estatísticos mostram que tal mudança não é produto da variação populacional normal, mas sim de alguma intervenção e é possível que tenha sido produzida pela participação dos pacientes no Grupo Psicoeducativo. Lee et al (2010) também avaliaram a depressão em dois momentos, utilizando o BDI. Os dados do presente estudo não corroboram os destes autores.

Tabela 17 - Comparação da presença de sintomas de depressão e de sintomas cognitivos e afetivos de depressão apresentados pelos pacientes com psoríase na 1ª e na 2ª avaliação avaliados pelo BDI e BDI-13 (n=70) -

| BDI* | 1ª avaliação (%) | 2ª avaliação (%) |
|----------------------------------|------------------|------------------|
| Mínimo | 62,9 | 82,9 |
| Leve | 22,9 | 12,9 |
| Moderado | 14,2 | 4,2 |
| Grave | 0 | 0 |
| BDI-13* | 1ª avaliação (%) | 2ª avaliação (%) |
| Ausência de sintomas depressivos | 78,6 | 90 |
| Presença de sintomas depressivos | 21,4 | 10 |

*p≤0,05

4.2.2 Avaliação de qualidade de vida

A qualidade de vida foi reavaliada através dos mesmos dois instrumentos: o DLQI e o PDI. Em relação ao DLQI, houve pequena oscilação da 1ª para a 2ª avaliação, com leve aumento da frequência das categorias pouco ou nenhum impacto, e leve diminuição das categorias muito impacto e impacto moderado (Gráfico 2). Apesar dos resultados dos testes

estatísticos mostrarem que esta é uma variação populacional normal, estas mudanças são clinicamente importantes, já indicando uma melhora da qualidade de vida dos pacientes.

Existem estudos na literatura que mostram variações significativas nos escores do DLQI produzidas pelo uso de medicações, produzindo melhoras clínicas que interferem diretamente na qualidade de vida. Shikiar et al (2006) apresentaram uma variação da média do escore do DLQI de 12,71 para 5,28, 12 semanas após o início do uso do medicamento. Não foram encontrados estudos que demonstrassem mudanças nos escores deste instrumento após intervenções psicológicas ou psicoeducativas.

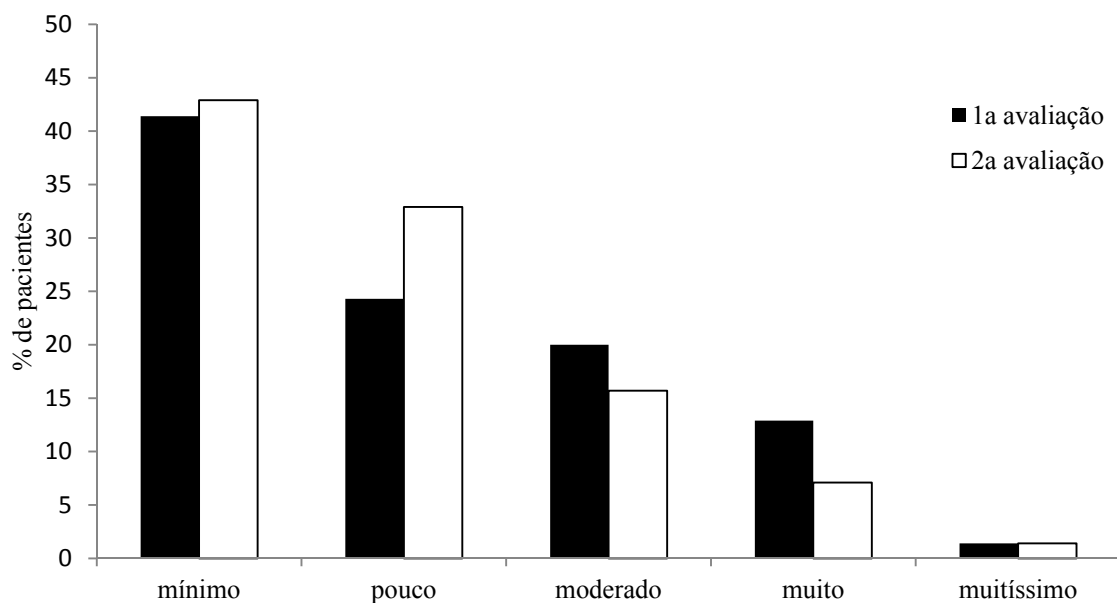


Gráfico 2. Distribuição das porcentagens de pacientes em cada nível de impacto da psoríase na qualidade de vida segundo o DLQI, na reavaliação (n=70)

Em relação ao impacto geral na qualidade de vida, medido pelo PDI, os dados obtidos na avaliação dos 70 pacientes demonstram majoritariamente impacto baixo ou nenhum impacto tanto em cada um dos domínios específicos, como na qualidade de vida geral. A média dos pacientes na 1ª avaliação foi de 6,1 (DV=7,6), enquanto na 2ª foi 3 (DV=5,58), indicando baixo impacto da dermatose na qualidade de vida geral. Os testes estatísticos mostraram que a variação de três pontos na média da 1ª para a 2ª avaliação foi efeito de intervenção, o que mostra que mesmo considerando uma qualidade de vida com poucos impactos da doença, o grupo pode melhorá-la ainda mais. As médias e desvio padrão das duas avaliações estão representadas na Tabela 18, a seguir.

Tabela 18 – Comparação entre os valores de média, desvio padrão, mínimo e máximo pontuado pelos pacientes no Instrumento Índice de Incapacidade Provocado pela Psoríase na 1ª e 2ª avaliações (n=70)

| Avaliações | 1ª | 2ª | 1ª | 2ª |
|--------------------------|-------|-------|------|------|
| Domínios | Média | Média | DP | DP |
| Atividades diárias | 2,6 | 1,27 | 3,04 | 1,91 |
| Escola ou trabalho | 1,41 | 0,81 | 2,11 | 1,84 |
| Relacionamentos pessoais | 0,76 | 0,19 | 1,55 | 0,67 |
| Lazer | 1,32 | 0,57 | 2,08 | 1,43 |
| Total | 6,1* | 3 | 7,6 | 5,58 |

* $p \leq 0,01$

4.3 Dados sobre o Grupo Psicoeducativo

Na entrevista da 2ª avaliação, os participantes foram questionados sobre sua participação no grupo psicoeducativo, sobre sua frequência de participação e sua avaliação do grupo. Além disso, a frequência de participação foi registrada a cada sessão.

Mais de 60% dos pacientes relataram comparecer nos grupos apenas quando vinham às consultas médicas agendadas, aproximadamente a cada três meses. Encontrou-se que 30% dos pacientes participaram do grupo apenas uma vez, 45,8% compareceram entre duas e quatro vezes e apenas 4,2% compareceram oito vezes ou mais (Gráfico 3).

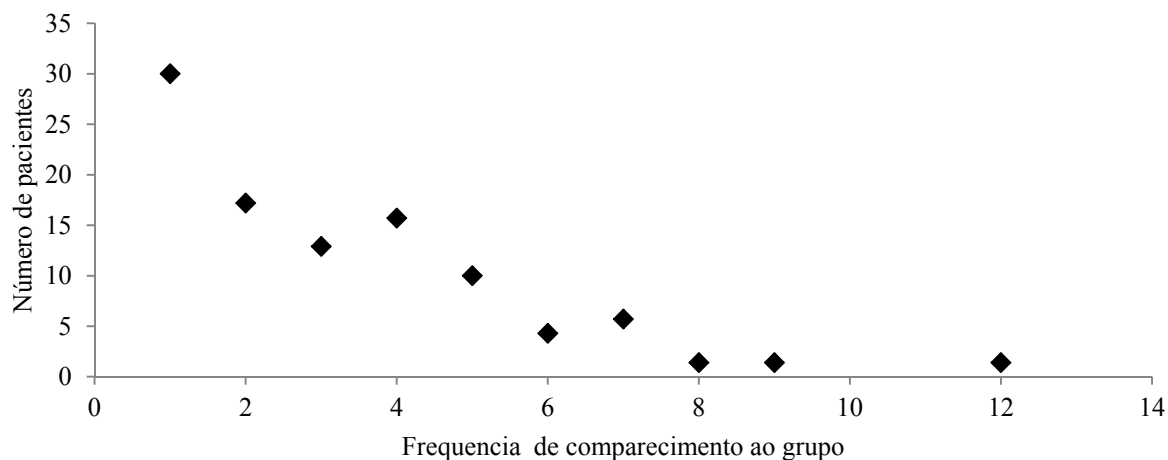


Gráfico 3. Distribuição da frequência de comparecimento dos pacientes ao Grupo Psicoeducativo do ambulatório DPS (n=70)

A avaliação do grupo pelos pacientes foi majoritariamente positiva (87,1%). Apenas 8,6% dos participantes avaliaram como negativo e 4,3% avaliaram o grupo como contendo aspectos positivos e negativos. Quando questionados sobre qual função o grupo teve para sua vida, 70% dos pacientes relataram que aprenderam comportamentos novos ($p \leq 0,05$). Os dados sobre a avaliação do grupo encontram-se no Gráfico 4 abaixo.

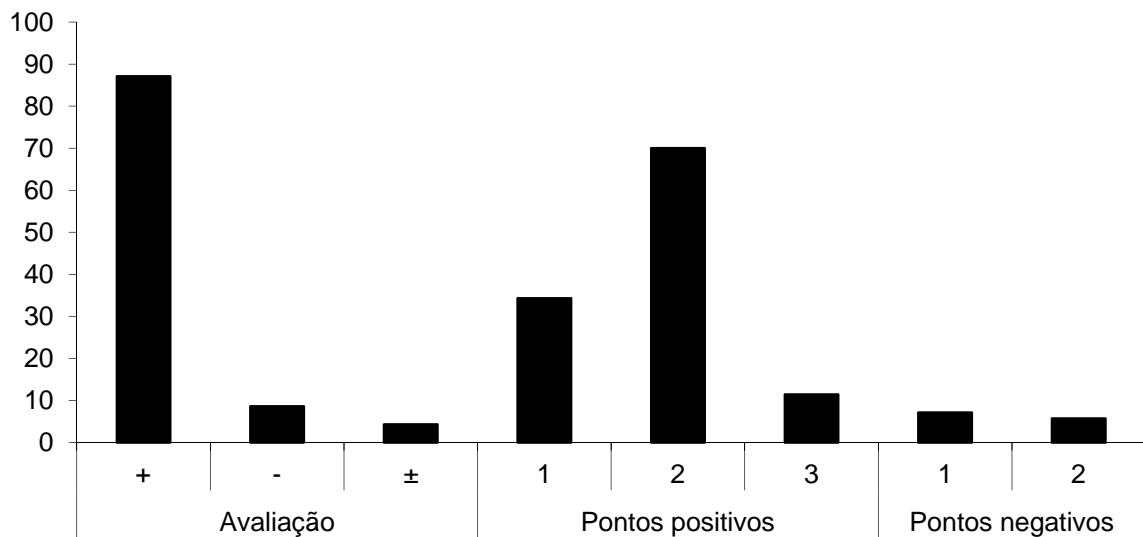


Gráfico 4. Avaliação dos pacientes sobre o grupo psicoeducativo do ambulatório de psoríase e pontos positivos e negativos apontados (n=70)

Legenda: *Avaliação*: + Avaliação positiva; - Avaliação negativa; ± Avaliação positiva e negativa. *Pontos positivos*: 1- Identificação com dificuldades de outros pacientes; 2- Aprendizagem de comportamentos novos; 3- Apoio e compreensão. *Pontos negativos*: 1- Não aprendeu nada; 2- Exposição exagerada de alguns pacientes.

Além disso, foram realizadas análises estatísticas a fim de avaliar se houve efeito do grupo na mudança dos índices de ansiedade, depressão e qualidade de vida. As análises foram realizadas no sentido de verificar se quanto maior o número de sessões de grupo frequentadas pelos pacientes, maior a melhora nas medidas psicológicas.

Os testes estatísticos aplicados mostraram que não houve efeito do número de sessões na melhora das medidas psicológicas, mas sim efeito da variável conhecimento sobre a psoríase sobre as medidas de ansiedade, depressão (medida tanto pelo BDI como pelo BDI13) e qualidade de vida (medida pelo DLQI).

Em relação à medida de ansiedade, a análise mostra que os pacientes que aumentaram seu conhecimento sobre a dermatose tem três vezes a chance de diminuir os níveis de ansiedade em relação àqueles que não melhoraram seu conhecimento, ajustado pelo número

de sessões, ou seja, não foi o número de sessões frequentadas pelo paciente que possivelmente produziu melhora, mas sim, o aumento do conhecimento sobre a doença.

Em relação à medida de depressão, a análise também evidencia que quem melhorou o conhecimento tem quatro vezes a chance de diminuir seus escores de depressão, obtidos por meio da correção convencional do BDI e quase duas vezes a chance de diminuir seus escores de depressão, obtidos por meio da correção BDI-13, comparado a quem não melhorou o conhecimento, ajustado pelo número de sessões.

E em se tratando do índice de qualidade de vida, medido pelo DLQI, aqueles que tiveram aumento de seu conhecimento sobre a doença tem duas vezes a chance de ter seu escore de qualidade de vida melhorado em relação a quem não apresentou aumento do conhecimento sobre a doença, também ajustado pelo número de sessões.

Estes dados mostram que o comparecimento a um elevado número de sessões não foi o determinante da melhora dos níveis de depressão e da diminuição do impacto na qualidade de vida observada. Porém, estes resultados justificam a alta porcentagem de participantes que apresentaram melhora na 2ª avaliação em relação à 1ª. Deve-se considerar que mais de 70% deles compareceram no máximo a quatro sessões do grupo.

Considerando que os objetivos do grupo eram fornecer informações sobre a dermatose, seu tratamento e favorecer a melhora da qualidade de vida dos pacientes, pode-se dizer que ele tem importância significativa no tratamento, mesmo sendo um grupo aberto, em que os pacientes comparecem geralmente apenas em suas consultas, a cada três meses. Além disso, pensando no atendimento psicológico hospitalar como uma intervenção breve e focada no problema, pode-se dizer que este grupo cumpre seu papel enquanto grupo psicoeducativo para pacientes.

Este resultado é de grande valia pois, além de implicar em menores custos para os serviços de saúde, as intervenções psicológicas mais breves favorecem a adesão do paciente maximizando os resultados da intervenção.

Poucos estudos relatam os efeitos de intervenções psicológicas com pacientes com psoríase e outras dermatoses e seus resultados. Fortune et al (2002) realizaram estudo que avaliou os efeitos de um programa cognitivo-comportamental nos níveis de ansiedade, depressão, qualidade de vida, estresse, estratégias de enfrentamento e pensamentos sobre a psoríase e encontraram resultados favoráveis que apontam que este tipo de intervenção produz melhores resultados no tratamento da psoríase que apenas intervenções convencionais com medicação. Em seu trabalho, Long et al (2006) os autores relatam um programa de tratamento psicológico desenvolvido para o tratamento de dermatoses que provocam prurido, porém não

apresentam os resultados de sua aplicação. Waxman (1973) apresentou um estudo de caso de uma mulher de 38, que apresentava psoríase desde os 20 anos e desde então nunca havia apresentado um período de remissão total das lesões. Após intervenção psicológica comportamental, além da melhora de suas dificuldades emocionais, a paciente apresentou pela primeira vez remissão total das lesões da psoríase. No Brasil, Culau et al (2010) descreveram um trabalho que se constitui na realização de um grupo de apoio fechado a pacientes com psoríase e avaliação pré e pós-grupo da qualidade de vida, de características relacionais e de expressão da raiva. Os autores descreveram neste trabalho apenas o grupo e suas conclusões sobre seu efeito levando em conta os relatos dos pacientes. Referem que o grupo trouxe mudanças positivas para a vida dos participantes e que estes valorizavam o grupo e sua importância.

Existem poucos trabalhos na literatura que relatam intervenções com pacientes com psoríase. Em geral, não há descrição dos procedimentos utilizados, tampouco medidas objetivas dos resultados produzidos pelas intervenções. Diante disso, conclui-se que é importante o planejamento de pesquisas que visem o desenvolvimento de modelos de intervenção sistematizada para esta população, preferencialmente com curta duração e com foco na psicoeducação. Também é imprescindível que estes modelos sejam avaliados em relação a sua eficácia.

Diante destes resultados e dos dados da literatura que mostram que a psoríase é uma doença multifatorial (Fortune et al, 2002), torna-se importante organizar equipes multiprofissionais com psicólogos para o atendimento destes pacientes (Hayes & Koo, 2010), garantindo aos mesmos uma melhor qualidade de vida.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Levando em conta os dados apresentados, pode-se concluir que dermatoses, como a psoríase, podem provocar problemas psicológicos, como ansiedade e depressão, e afetar a qualidade de vida dos indivíduos que as desenvolvem. Por isso, há necessidade de atenção especializada a esses pacientes e a realização de avaliações dos aspectos psicológicos.

O estudo permitiu traçar um perfil dos pacientes atendidos no Ambulatório DPS, o que pode possibilitar o desenvolvimento de um protocolo de avaliação e um modelo de intervenção apropriado às necessidades deste grupo. Sugere-se a continuidade desta pesquisa para o desenvolvimento do protocolo e do procedimento de intervenção.

Verificou-se a importância da utilização de entrevistas semiestruturadas para a avaliação dos pacientes, pois foi por meio destas que foi possível conhecer melhor os pacientes e suas dificuldades de forma mais aprofundada. As informações coletadas nas entrevistas também foram importantes para o preparo dos temas do grupo.

O contato com a rotina do ambulatório permitiu à pesquisadora conhecer o tratamento fornecido aos pacientes e, a partir disso, as demandas para intervenção psicológica. Observou-se que a intervenção em grupo aberto mostrou-se eficaz na produção de melhoras dos níveis de depressão e de qualidade de vida dos pacientes e no aumento do conhecimento dos mesmos sobre sua doença. Diante disso, é interessante que grupos como este possam acontecer em ambulatórios onde são atendidos pacientes com doenças dermatológicas com o objetivo de fornecer informações para os pacientes no momento de diagnóstico e realizar intervenções que auxiliem a melhora da qualidade de vida. Além disso, estes grupos podem ser uma primeira oportunidade para o psicólogo identificar demandas para outros tipos de acompanhamento.

Assim, pode-se afirmar que os grupos auxiliaram na melhora de aspectos tão importantes quanto a condição clínica do paciente, como os mencionados acima, e podem auxiliar na melhora de outros, se planejados com objetivos específicos. Intervenções em grupo fechado, mesmo que com curta duração, são modalidades de intervenção que devem ser testadas e avaliadas.

Em relação às avaliações, sugere-se a utilização de outros instrumentos como o HADS para avaliação de ansiedade e depressão e a comparação dos resultados com os obtidos por meio dos inventários Beck, a fim de avaliar qual deles é o mais adequado. Também é importante que outros instrumentos sejam adaptados e/ou desenvolvidos para a população

brasileira, não só para avaliar ansiedade e depressão, mas também para estresse e estratégias de enfrentamento, por exemplo.

Por fim, considera-se importante que sejam realizados estudos no Brasil com a população de pacientes portadores de dermatoses diversas, já que existem poucas pesquisas no país que abordem aspectos psicológicos destes pacientes.

REFERÊNCIAS¹

- Abuabara, K., Azfar, R.S., Shin, D.B., Neimann, A.L., Troxel, A.B., Gelfand, J.M. (2010). Cause-specific mortality in patients with severe psoriasis: a population-based cohort study in the United Kingdom. *Br J Dermatol.*, 163(3), 586-592.
- Aghaei, S., Sodaifi, M., Jafari, P. Mazharinia, N. & Finlay, A.Y. (2004). DLQI scores in vitiligo: reliability and validity of the Persian version. *BMC Dermatol.*, 4:8
- Albert, A. & Anderson, J.A. (1984). On the Existence of Maximum Likelihood Estimates in Logistic Regression Models, *Biometrika*, 71, 1 -10.
- Basra, M.K.; Fenech, R.; Gatt, R.M.; Salek, M.S.& Finlay, A.I. (2008). The Dermatology Quality of Life Index 1994-2007: a comprehensive review of variation data and clinical results. *Br. J Dermatol*, 159(5), 997-1035.
- Biasoli-Alves, Z.M.M. (1998). A pesquisa psicológica: análise de métodos e estratégias na construção de um conhecimento que se pretende científico. In: G. Romanelli & Z.M.M. Biasoli-Alves (Orgs), *Diálogos metodológicos sobre prática de pesquisa*, Ribeirão Preto.
- Cartwright, T., Endean, N. & Porter, A. (2009). Illness perceptions, coping and quality of life in patients with alopecia. *Br J Dermatol*, 160(5), 1034-1039.
- Cohen, A.D., Weitzman, D., Dreiherr, J. (2010). Psoriasis and hypertension: a case-control study. *Acta Derm Venereol*,90(1), 23-26.
- Christophers, E. (2001). Psoriasis-epidemiology and clinical spectrum. *Clin Exp Dermatol*, 26(4), 314-20.
- Culau, F., Tomm, E, Model, L, Caeran, J. Dornelles, A. Peixoto, M & Rubin, R. (2010). *Quando a pele fala: o olhar da psicologia através de grupo de apoio ao portador de psoríase*. Trabalho apresentado no XIV Simpósio de ensino, pesquisa e extensão do Centro Universitário Franciscano de Santa Maria. Recuperado em 01 de julho de 2012 de <http://www.unifra.br/eventos/sepe2010/2010/Trabalhos/humanas/Completo/5667.pdf>.

¹ De acordo com as “Diretrizes para Apresentação de Dissertações e Teses da USP: documento eletrônico e impresso – Parte II (APA)”.

- Cunha, J.A. (2001). Manual da versão em português das escalas de Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Evers, A.W.M., Lu, Y., Duller, P., van der Valk, P.G.M., Kraaimaat, F.W. & van de Kerkhof, P.C.M. (2005). Common burden of chronic skin diseases? Contributos to psychological distress in adults with psoriasis and atopic dermatitis. *British Journal of Dermatology*, 152, 1275-1281.
- Evers, A.W., Duller, P., Van De Kerkhof, P.C., Van Der Valk, P.G., De Jong, E.M., Gerritsen, M.J., Otero, E., Verhoeven, C.M. & Kraalmaat, F.W. (2007). The impact of chronic skin disease on daily life (ISDL): a generic and dermatology-specific health instrument. *Br. J Dermatol*, 158(1), 101-108.
- Ferreira, C.P., Martins, C.J, Issa, P.R., Vasconcelos Cavalhaes de Oliveira, R. & Da-Cruz, A.M. (2010). Psoriasis affects individuals of African descent and White Brazilians similarly. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 2010(3),230-234.
- Finlay, A.Y. & Coles, E.C. (1995). The effect of severe psoriasis on the quality of life of 369 patients. *Br J Dermatol*, 132, 236-44.
- Finlay A.Y. & Khan, G.K. (1994). Dermatology life quality index (DLQI) - a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol*, 19, 210-216.
- Fortune, D.G., Richards, H.L., Corrin, A., Taylor, R.J., Griffiths, C.E. & Main, C.J. (2003). Attentional bias for psoriasis-specific and psychosocial threat in patients with psoriasis. *J Behav Med*, 26(3), 211-24.
- Fortune, D.G.; Richards, H.L.; Kirby, B.; Bowcock, S.; Main, C.J. & Griffiths, C.E.M. (2002). A cognitive-behavioural symptom management programme as an adjunct in psoriasis therapy. *Br J Dermatol*, 146, 458-65.
- Fritzsche, K., Ott, J, Zschocke, I., Scheib, P., Burger, T. & Augustin, M. (2001). Psychosomatic liaison service in dermatology: need for psychotherapeutic interventions and their realization. *Dermatology*, 203(1), 27-31.
- Furlanetto, L.M., Mendlowicz, M.V., Bueno, J.R. (2005) The validity of the Beck Depression Inventory-Short Form as a screening and diagnostic instrument for moderate and severe depression in medical inpatients. *J Affect Disord*, 86, 87-91.

- Gon, M.C.C., Rocha, M.M. & Gon, A.S. (2005). Análise do conceito de stigma em crianças com dermatoses crônicas. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 7(1),15-20.
- Gottlieb, A.B. & Dann, F. (2009). Comorbidities in patients with psoriasis. *The American Journal of Medicine*, 122(12), 1150e1-1150e9.
- Gupta, A.K., Langley, R.G., Lynde, C., Barber, K., Gulliver, W., Lauzon, G., Aspeslet, L.J., Foster, R.T., Huizinga, R.B. & Yatscoff, R.W. (2008). ISA247: quality of life results from a phase II, randomized, placebo-controlled study. *J Cutan Med Surg*, 12(6), 268-75.
- Hayes, J. & Koo, J. (2010). Psoriasis: depression, anxiety, smoking, and drinking habits. *Dermatologic Therapy*, 23, 174-180.
- Heinen, M.M.; Bartholomew, L.K.; Wensing, M.; Van Der Kerkhof, P.; Van Achterberg, T. (2005). Supporting adherence and healthy lifestyles in leg ulcer patients: systematic development of the Lively Legs program for dermatology outpatient clinics. *Patient Educ Couns*, 61(2), 279-91.
- Hodari, K.T., Nanton, J.R, Carrol, C.L., Feldman, S.R. & Balkrishnan, R.. (2006). Adherence in dermatology: a review of the last 20 years. *J Dermatol Treat*,17(3), 136-42.
- Hrehorów, E., Salomon, J., Matusiaki, L., Reich, A. & Szepietowski, J.C. (2011). Patientes with psoriasis feel stigmatized. *Acta Derm Venereol*, 91, 1-6.
- Karanikas, E., Harsoulis, F., Giozepas, I., Griveas, I. & Chrisomallis, F. (2009). Neuroendocrine stimulatory tests of hypothalamus-pituitary-adrenal axis in psoriasis and correlative implications with psychopathological and immune parameters. *J Dermatol*, 36, 35-44.
- Kaymak, Y. & Taner, E. (2008). Anxiety and depression in patients with pityriasis rosea compared to patients with tine versicolor. *Dermatol Nur*, 20(5), 367-370.
- Kiéc-Swierczynska, M., Krecisz, B., Potocka, A., Swierczynska-Machura, D., Dudek, W. & Palczynski, C. (2008). Psychological factors in allergic skin diseases. *Med. Pr.*, 59(4), 279-285.
- Kimball, A.B., Guérin, A., Tsaneva, M., Yu, A.P., Wu, E.Q., Gupta, S.R., Bao, Y. & Mulani, P.M. (2010) Economic burden (onus economic) of comorbidities in patients with psoriasis is substantial. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 25(2), 157-163.

- Kolios A.G.A., Rusca, F., Reisenbauer, K., Cozzio, A., French, L.E. & Navarini, A.A. (2012). Topical treatments habits in psoriasis patients receiving Adalimumab. *Dermatology*, 224:228-230
- Kotrulja, L., Tadinac, M., Jokic-Begic, N. & Gregurek, R. (2010). A multivariate analysis of clinical severity, psychological distress and psychopathological traits in psoriatic patients. *Acta Derm Venereol*, 90, 251-256.
- Kurd, S.K., Troxel, A.B., Crits-Christoph, P. & Gelfand, J.M. (2010). The risk of depression, anxiety and suicidality in patients with psoriasis: a population-based cohort study. *Arch Dermatol.*, 146(8), 891-895.
- Laguna, E.V., Payero, M.L.P. & Márquez, A.V. (2006). Influencia de La ansiedad em diversas patologias dermatológicas. *Actas Dermosifiliogr.*, 97(10), 637-643.
- Langley, R.G.B., Krueger, G.G. & Griffiths, C.E.M. (2005). Psoriasis: epidemiology, clinical features, and quality of life. *Ann Rheum Dis*, 64, 18-23.
- Lee, Y.W., Park, E.J., Kwon, I.H., Kim, K.H. & Kim, K.J. (2010). Impact of psoriasis on quality of life: relationship between clinical response to therapy and change in health-related quality of life. *Ann Dermatol*, 22(4), 389-397.
- Lewis, V.J. & Finlay, A.Y. (2005). Two decades experience of the psoriasis disability index dermatology. *Dermatology*, 210(4), 261-268.
- Lin, T.Y., See, L.C., Shen, Y.M., Liang, C.Y., Chang, H.N. & Lin, Y.K. (2011). Quality of life in patients with psoriasis in northern Taiwan. *Chang Gung Medical Journal*, 34(2), 186-196.
- Long, D., Long, R.A., Grillo, M.P. & Marshman, G. (2006). Development of a psychological treatment service for pruritic skin conditions. *Aus J Dermatol*, 47, 237-41.
- Ludwig, M.W.B., Redivo, L.B., Zogbi, H., Hauber, L., Facchin, T.H. & Müller, M.C. (2006). Aspectos psicológicos em dermatologia: avaliação de índices de ansiedade, depressão, estresse e qualidade de vida. *Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 7(2), 69-76.
- Ludwig, M.W.B. (2007). *O adoecimento da pele: um estudo de qualidade de vida, estresse e localização da lesão dermatológica*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

- Ludwig, M.W.B., Oliveira, M.S., Müller, M.C. & Gonçalves, A.M.B.F. (2008). Localização da lesão e níveis de *stress* em pacientes dermatológicos. *Estudos de Psicologia*, 25(3), 343-352.
- Magin, P.J., Pond, C.D., Smith, W.T., Watson, A.B. & Goode, S.M. (2008). A cross-sectional study of psychological morbidity in patients with acne, psoriasis and atopic dermatitis in specialist dermatology and general practices. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 22(12),1435-44.
- Manjula, V.D., Sreekiran, S., Surendran Saril, P. & Sreekanth, M.P. (2011). A study of psoriasis and quality of life in a tertiary care teaching hospital of Kottayam, Kerala. *Indian Journal of Dermatology*, 56(4).
- Martins, G. A., Arruda, L. & Mugnaini, A. S. B. (2004). Validação de questionários de avaliação da qualidade de vida em pacientes de psoríase. *An Bras Dermatol*, 79(5), 521-35.
- McAleer, M.A., Mason, D.L., Cunningham, S., O’Shea, S.J., McCormick, P.A., Stone, C., Collins, P., Rogers, S. & Kirby, B. (2011). Alcohol misuse in patients with psoriasis: identification and relationship to disease severity and psychological distress. *British Journal of Dermatology*, 164, 1256-1261.
- McNemar, Q. (1947). Note on the Sampling Error of the Difference between Correlated Proportions or Percentages", *Psychometrika*, 12, 153 - 157.
- Mehta, C.R. & Patel, N.R. (1995). Exact Logistic Regression: Theory and Examples. *Statistics in Medicine*, 14, 2143–2160.
- Menter, A., Smith, C. & Barker, J. (2008). *Fast Facts: Psoriasis*. Health Press.
- Mingorance, R. C., Loureiro, S. R., Okino, L., & Foss, N. (2001). Pacientes com psoríase: adaptação psicossocial e características de personalidade. *Medicina*, 34 (3/4), 315-324.
- Mingorance, R.C., Loureiro, S.R. & Okino, L. (2002) Pacientes com psoríase: qualidade de vida e adaptação psicossocial. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 77(2), 147-159.
- Misery, L., Thomas, L., Jullien, D., Cambazard, F., Humbert, P., Dehen, L., Macy, G., Bousseta, S. & Taieb, C. (2008). Comparative study of stress and quality of life in outpatients consulting for different dermatoses in 5 academic departments of dermatology. *Eur J Dermatol*, 18(4), 412-415.

- Mota, C.M.S., Gon, M.C.C. & Gon, A.S. (2009). Análise comportamental de problemas de interação social de indivíduos com psoríase. *Interação em Psicologia*, 13(1), 155-164.
- Naldi, L. (2004). Epidemiology of psoriasis. *Curr Drug Targets Inflamm Allergy*, 3, 121-128.
- Nisa, N. & Qazi, M. (2010). Prevalence of metabolic syndrome in patients with psoriasis. *Indian Journal of Dermatology, Venereology And Leprology*, 76(6), 662-665.
- Os-Medendorp, H.V.; Ros, W.J., Eland-De Kok, P.C., Keneddy, C., Thio, B.H., Van Der Schuur-Van Der Zande, A., Grypdonck, M.H. & Bruijnzeel-Koomen, C.A. (2007). Effectiveness of the nursing programme 'Coping with itch': a randomized controlled study in adults with chronic pruritic skin disease *Br J Dermatol*, 156(6), 1235-1244.
- Öztürkcan, S., Ermertcan, A.T., Eser, E. & Sahin, M.T. (2006). Cross validation of the Turkish version of dermatology life quality index. *International Journal of Dermatology*, 45, 1300-1307.
- Pakran, J., Riyaz, N. & Nandakumar, G (2011). Determinants of quality of life in psoriasis patients: a cluster analysis of 50 patients. *Indian J Dermatol*, 56:689-93.
- Picardi, A., Pasquini, P., Abeni, D., Fassone, G., Mazzoti, E. & Fava, G.A. (2005). Psychosomatic Assessment of Skin Diseases in Clinical Practice. *Psychother Psychosom*, 74, 315-322.
- Potocka, A., Turczyn-Jablonska, K. & Kiéc-Swierczynska, M. (2008). Self-image and quality of life of dermatology patients. *Int. J. Occup Med Environ Health*, 21(4), 309-317.
- Reich, A., Hrehorów, E. & Szepietowski, J.C. (2010). Pruritus is an important factor negatively influencing the well-being of psoriatic patients. *Acta Derm Venereol*, 90, 257-263.
- Richards, H.L., Ray, D.W., Kirby, B., Mason, D., Plant, D., Main, C.J., Fortune, D.G. & Griffiths, C.E.M. (2005). Response of the hipotalamic-pituitary-adrenal axis to psychological stress in patients with psoriasis. *British Journal of Dermatology*, 153, 1114-1120.
- Sampogna, F., Raskovic, D., Guerra, L., Pedicelli, C. Tabolli, S., Leoni, L. & Abeni, D. (2008). Identification of categories at risk for high quality of life impairment in patients with vitiligo. *Br J Dermatol*, 159(2), 351-359.

- Shenefelt, P.D. (2008). Therapeutic management of psychodermatological disorders. *Expert Opin Pharmacother*, 9(6), 973-985.
- Shikiar, R., Willian, M.K., Okun, M.M., Thompson, C.S. & Revicki, D.A. (2006). The validity and responsiveness of three quality of life measures in the assessment of psoriasis patients: results of a phase II study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 4:71, Disponível em <http://www.hqlo.com/content/1/1/71>. Acessado em 26/06/2012.
- Sigolo, S. R. R. L. & Biasoli-Alves, Z. M. M. (1998). Análise de dados de interação mãe-criança: Construção de sistemas de categorias. In: G. Romanelli & Z. M. M. Biasoli-Alves (Orgs.), *Diálogos Metodológicos sobre Prática de Pesquisa*, Ribeirão Preto, Legis Summa.
- Silva, J.D.T., Müller, M.C. & Bonamigo, R.R. (2006). Estratégias de *coping* e níveis de estresse em pacientes portadores de psoríase. *An Bras Dermatol*, 81(2), 143-149.
- Silva, J.D.T. & Müller, M.C. (2007). Uma integração teórica entre psicossomática, stress e doenças crônicas de pele. *Estudos de Psicologia: Campinas*, 24(2), 247-256.
- Silva, K.S. & Silva, E.A.T. (2007). Psoríase e sua relação com aspectos psicológicos, *stress* e eventos da vida. *Estudos de Psicologia: Campinas*, 24(2), 257-266.
- Silvares, M.R.C., Fortes, M.R.P. & Miot, H.A. (2011). Quality of life in chronic urticaria: a survey at a public university outpatient clinic, Botucatu (Brazil). *Rev Assoc Med Bras*, 57(5), 565-569.
- Sociedade Brasileira de Dermatologia – SBD (2006). Consenso Brasileiro de Psoríase e Guias de Tratamento. Sociedade Brasileira de Dermatologia. Recuperado em 22 de junho de 2012, de <http://www.solapso.org/archivos/consbra.pdf>.
- Souza, A.P. F.S., Carvalho, F.T., Rocha, K.B., Lages, M.N., Calvetti, P.U. & Castoldi, L. (2005). Associação de eventos estressores ao surgimento ou agravamento de vitiligo e psoríase. *Psico*, 36(2), 167-174.
- Takahashi, N., Suzukamo, Y., Nakamura, M., Miyachi, Y., Green, J., Ohya, Y., Finlay, A. & Fukuhara, S. (2006). Japanese version of the Dermatology Life Quality Index: validity and reliability in patients with acne. *Health and Quality of Life Outcomes*, 4:46.

Taylor, A., Pawaskar, M., Blakrishnan, R. & Feldman, S.R. (2008). Prevalence of pigmentary disorders and their impact on quality of life: a prospective cohort study. *J Cosmet Dermatol*, 7(3), 164-168.

Tejada, C.S., Mendoza-Sassi, R.A., Almeida Jr, H.L., Figueiredo, PN. & Tejada, V.F.S. (2011). Impact on the quality of life of dermatological patients in southern Brazil. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 86(6), 1113-21.

Tey H.L., Ee, H.L., Tan, A.S., Theng, T.S., Wong, S.N. & Khoo S.W. (2010). Risk factors associated with having psoriatic arthritis in patients with cutaneous psoriasis. *J Dermatol*, 37(5), 426-430.

Torres, R.A.T., Magalhães, R.F., Velho, P.E.N.F., Silva, S.A. & Morcillo, A.M. (2011). Comparação entre questionário de qualidade de vida e sua correlação com a evolução clínica de pacientes com psoríase. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 86(1),45-9.

Trujillo, I.A., García, M.A.D., Gemeil, O.T., Barbosa, F.T., Lincheta, L.F. & Hernández, M.P. (2002). Psoriasis vulgar: estudio descriptivo de 200 pacientes. *Rev cubana med*, 41(1), 12-15.

Waxman, D. (1973). Behavior therapy of psoriasis – a hypnoanalytic and counter-conditioning technique. *Postgraduate Medical Journal*; 49: 591-595.

Zachariae, R., Zachariae, C.O.C, Lei, U. & Pedersen, A. (2008). Affective and sensory dimensions os pruritus severity: associations with psychological symptoms and quality of life in psoriasis patients. *Acta Derm Venereol*, 88, 121-127.

Zogbi, H., Müller, M.C., Protas, J.S., Kieling, C.M. & Driemeier, F.M. (2005) Dermatologia e Psicossomática: adaptação e validação DLQI (Dermatology Life Quality Index) para uma amostra brasileira. Portal de Psiquiatria: Psiqweb-Psiquiatria Geral [On-line]. Disponível em <http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?art=116&sec=30>. Acessado em 29/06/2012.

APÊNDICES**APÊNDICE A – Roteiro de entrevista semiestruturado utilizado na 1ª avaliação**
ROTEIRO DE ENTREVISTA – 1ª avaliação

Data: _____

Entrevistador: _____

I-) Identificação e Dados sócio-demográficos

1-

Nome: _____

2- Sexo: M () F () 3- Idade: _____

4-Telefone: _____

5- Escolaridade:

 Analfabeto Ensino Médio completo Ensino Fundamental Incompleto Ensino Superior incompleto Ensino Fundamental completo Ensino Superior completo Ensino Médio incompleto

6-Estado civil:

 com companheiro(a) sem companheiro(a)

7- Encontra-se empregado?

 Sim Não Aposentado

8- Se não, qual o motivo?

a) Nunca trabalhou

c) Desempregado antes da doença

b) Afastado

d) Desempregado após doença

9- Ocupação: _____

10- Renda familiar:

- a) Menos de 1 salário (menos que R\$ 450,00)
- b) de 1 a 2 salários (entre R\$ 450,00 e R\$ 900,00)
- c) de 2 a 3 salários (entre R\$ 900,00 e R\$ 1.350,00)
- d) de 3 a 5 salários (entre R\$ 1.350,00 e R\$ 2.250,00)
- e) 5 ou mais salários(mais que R\$ 2.250,00)

II-) Lazer e rede de suporte social

11- Atividades de Lazer (Existem atividades que o Sr (a) faça fora do horário de trabalho, fora de casa ou mesmo em casa, mas com o intuito de se distrair?)

Sim

Não, por quê? _____

12- Se sim, que tipo de atividade?

13- Com que frequência?

- a) uma vez por semana
- b) duas a três vezes na semana
- c) três a cinco vezes na semana
- d) todos os dias da semana

14- Tem amigos ou pessoas da família com quem possa conversar sobre a vida, bater papo ou pedir ajuda em caso de problemas ou dificuldades?

Sim

Não

15- Você tem religião?

Sim

Não

16- Pratica a sua religião?

Sim

Não

As vezes

III-) História Médica e Quadro Clínico Atual

17- Outras doenças associadas? _____

18- Como tomou conhecimento da psoríase? Há quanto tempo?

19- O que seu médico mandou você fazer? Você tem feito? Como? Com que frequência?

20- O que é mais difícil fazer?

21- Você conhecia a doença antes de receber o diagnóstico?

22- O que você sabe sobre a doença hoje (etiologia, curso, tratamento e prognóstico)?

23- Você teve dificuldade em seguir o tratamento?

() Sim

() Não

24- Se sim, quais dificuldades foram essas? _____

25- Sua família contribuiu/contribui de alguma maneira com o seu tratamento?

() Sim

() Não

26- Se sim, de que maneira?

27- Você consegue identificar que fatores influenciam na piora ou melhora das crises da doença?

Sim Não

28- Se sim, quais são eles e como eles influenciam?

IV-) Histórico familiar

29- Alguém da sua família tem ou teve (alguém falecido) psoríase?

Sim Não

V-) Conhecimento e Manejo dos Fatores Emocionais

30- Existe alguma situação específica que te deixe estressado?

Sim Não

31- Se sim, qual seria essa situação?

32- Existe algo que te preocupa ou te desagrada há muito tempo?

Sim Não

33- Se sim, o que seria?

34- O que costuma fazer quando acontece algo que lhe deixa nervoso/estressado?

35- Você vê alguma relação entre estresse e piora da psoríase?

VI-) Hábitos de Vida

Álcool

36- Com que frequência você consome bebida alcoólica?

- a) nunca
b) mensalmente ou menos
c) de 2 a 4 vezes por mês
d) de 2 a 3 vezes por semana
e) 4 ou mais vezes por semana

Tabagismo

37- Você fuma?

- () Sim () Não

38- Se sim, há quanto tempo? _____

39- Tem planos para parar de fumar?

- () Sim () Não

VII-) Antecedentes Psicológicos

40- Alguma vez já foi atendido por um psiquiatra/psicólogo? () Sim () Não

41- Se sim, qual a razão? _____

42- Está em atendimento atualmente?

() Sim

() Não

43- Em que a doença afeta sua vida? O que mudou em sua vida?

44- Você gostaria de acrescentar algo que eu não tenha perguntado?

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista semiestruturado utilizado na 2ª avaliação
ROTEIRO DE ENTREVISTA – 2ª avaliação

Data: _____

Entrevistador: _____

I-) Identificação e Dados sócio-demográficos

1- Nome: _____

2- Estado civil:

com companheiro(a)

sem companheiro(a)

3- Encontra-se empregado?

Sim

Não

Aposentado

4- Se não, qual o motivo?

a) Nunca trabalhou

c) Desempregado antes da doença

b) Afastado

d) Desempregado após doença

II-) Lazer e rede de suporte social

5- Atividades de Lazer (Existem atividades que o Sr (a) faça fora do horário de trabalho, fora de casa ou mesmo em casa, mas com o intuito de se distrair?)

Sim, o que? _____

Não, por quê? _____

III-) História Médica e Quadro Clínico Atual

6- Outras doenças associadas: _____

7- Como o Sr (a) está se sentindo em relação à psoríase?

8- O que seu médico mandou você fazer? Você tem feito? Como? Com que frequência?

9- O que é mais difícil fazer?

10- O que você sabe sobre a doença hoje (etiologia, curso, tratamento e prognóstico)?

11- Você tem dificuldade em seguir o tratamento?

Sim

Não

12- Se sim, quais dificuldades foram essas? _____

13- Sua família contribui de alguma maneira com o seu tratamento?

Sim

Não

14- Se sim, de que maneira?

15- Você consegue identificar que fatores influenciam na piora ou melhora das crises da doença?

Sim

Não

16- Se sim, quais são eles e como eles influenciam?

IV-) Conhecimento e Manejo dos Fatores Emocionais

17- Existe alguma situação específica que te deixe estressado?

() Sim

() Não

18- Se sim, qual seria essa situação?

19- Existe algo que te incomodava e que agora não incomoda mais?

() Sim

() Não

20- Se sim, o que era?

21- O que costuma fazer quando acontece algo que lhe deixa nervoso/estressado?

22- Você vê alguma relação entre estresse e piora da psoríase?

V-) Hábitos de Vida

Álcool

23- Com que frequência você consome bebida alcoólica?

a) nunca

d) de 2 a 3 vezes por semana

b) mensalmente ou menos

e) 4 ou mais vezes por semana

c) de 2 a 4 vezes por mês

Tabagismo

24- Você fuma?

Sim

Não

25- Se sim, há quanto tempo? _____

26- Tem planos para parar de fumar?

Sim

Não

VI-) Antecedentes Psicológicos

27- Alguma vez já foi atendido por um psiquiatra/psicólogo? Sim Não

28- Se sim, qual a razão? _____

29- Está em atendimento atualmente?

Sim

Não

30- Você participa dos grupos psicoeducativos que acontecem semanalmente antes das consultas médicas no ambulatório?

Sim

Não

31- Com que frequência? _____

32- O grupo foi útil de alguma forma para sua vida? Se sim, em que?

33- Em que a doença afeta sua vida? O que mudou em sua vida?

34- Você gostaria de acrescentar algo que eu não tenha perguntado?

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Caroline da Cruz Pavan, sou psicóloga, aluna do programa de pós graduação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras – USP de Ribeirão Preto em nível de mestrado, sob a orientação do Prof. Dr. Ricardo Gorayeb do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Estou desenvolvendo uma pesquisa denominada “Caracterização sócio-demográfica e efeitos de um grupo psicoeducativo sobre ansiedade, depressão e qualidade de vida de pacientes com psoríase”. Os progressos na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo desta pesquisa é identificar características sociais e demográficas e avaliar os níveis de qualidade de vida, depressão e ansiedade de pacientes portadores de psoríase. Pretende-se também avaliar o impacto de sua participação em sessões de grupo psicoeducativo na melhoria dos sintomas.

Ao participar do estudo você terá, primeiramente, que responder a alguns questionários duas vezes, no início e no final da pesquisa. O questionário que perguntará sobre sua saúde contém questões que dizem respeito a: *identificação* (endereço, idade, etc.), *dados sócio-demográficos* (anos de estudo, estado civil, renda familiar, local de residência, atividade profissional e atividades de lazer), *hábitos de vida* (alimentação, tabagismo, consumo de álcool, etc.), *antecedentes pessoais e histórico familiar, quadro clínico* (informações que você possui sobre sua doença e tratamento). Também será perguntado para o Sr(a) sobre depressão, ansiedade e qualidade de vida. O médico também irá avaliar o Sr(a) a fim de identificar como está a psoríase naquele momento. Além disso, também como parte do estudo, você está convidado a participar dos grupos psicoeducativos, coordenados por mim e pela médica responsável pelo ambulatório, que acontecem semanalmente no ambulatório, uma hora antes do início das consultas médicas. Estes grupos são abertos, ou seja, o Sr(a) e os outros pacientes do ambulatório poderão vir quando puderem ou quiserem e serão muito bem-vindos se quiserem comparecer com frequência.

Caso aceite participar deste estudo, você precisa saber que:

O Sr (a) tem o direito de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida a respeito dos procedimentos, riscos, benefícios e de outras situações relacionadas com a pesquisa.

Tem o direito de deixar de participar do estudo, a qualquer momento, sem que isso traga prejuízo para o seu atendimento no Ambulatório de Psoríase ou em qualquer outro setor do hospital.

Os questionários serão gravados com o objetivo de documentar o trabalho, mas serão mantidos em local seguro para garantir sigilo e anonimato das informações.

Os dados obtidos na pesquisa serão utilizados em posteriores publicações, contudo será mantido o anonimato.

Não há nenhum risco significativo em participar do estudo, a não ser o desconforto de preencher os questionários em dois momentos, o que levará aproximadamente 45 minutos.

Os participantes que apresentarem necessidades e/ou interesse de atendimento psicoterápico, verificada durante o estudo, serão encaminhados pela pesquisadora ao Serviço de Psicologia do HCFMRP-USP.

Declaro ter sido esclarecido sobre as condições do estudo, especialmente no que diz respeito ao objetivo da pesquisa, aos procedimentos a que serei submetido, aos riscos e benefícios do trabalho, declaro que tenho pleno conhecimento dos direitos e condições que me foram assegurados e que manifesto livremente minha vontade de participar do referido estudo. Minha assinatura demonstra que concordei livremente em participar deste estudo.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 20__

Nome do participante:

Assinatura:

Data:

Nome da pesquisadora: *Caroline da Cruz Pavan - CRP: 06/82944*

Assinatura:

Telefone para contato com a pesquisadora: (16) 3602-2547 (Serviço de Psicologia do Hospital das Clínicas)

APÊNDICE D - Categorização das Respostas dos Roteiros de Entrevista Semiestruturados

A seguir serão apresentadas as questões abertas dos roteiros de avaliação e reavaliação com seus respectivos números, abaixo de cada uma das questões estão as categorias elaboradas, seguidas pelas respostas dos pacientes que foram incluídas naquela categoria. Aquelas questões que apresentaram exatamente as mesmas categorias na avaliação e na reavaliação foram apresentadas apenas na avaliação.

Entrevista de Avaliação

Questão 12 – Que tipo de atividade de lazer?

Com predomínio de esforço físico: caminhada, futebol, carpir, cortar grama, dançar

Sem predomínio de esforço físico: assistir televisão, ouvir música, fazer crochê, navegar na internet, ler

Com predomínio de interação social: conversar com amigos, visitar familiares, sair com o marido, viajar com a família, bater papo com as pessoas, brincar com filhos/netos

Com predomínio de aspectos religiosos: ler livro religioso, ir à igreja, participar de atividade religiosa

Questão 17 – Outras doenças associadas?

Metabólicas/endocrinológicas: diabetes, colesterol, triglicérides, ácido úrico, hipotireoidismo

Alterações cardiovasculares: hipertensão, doença cardíaca, infarto, coração

Psiquiátricas: ansiedade, depressão

Hepatopáticas: hepatite, hepatite B, hepatite alcoólica, problemas no fígado, cirrose, gordura no fígado

Manifestações osteoarticulares: hérnia de disco, artrite, tendinite, artrose, desgaste no joelho, na coluna

Outras: enxaqueca, catarata, surdez, doença neurológica

Questão 18 - Como tomou conhecimento da psoríase? Há quanto tempo?

Buscou médico: diagnóstico médico, procurou o médico e fez biópsia, foi ao médico

Mencionou aspectos psicológicos na ocasião da descoberta: "a psoríase apareceu quando soube que a namorada estava grávida", "apareceu quando o marido teve diagnóstico de

câncer", "teve acidente de moto e logo depois apareceu no couro-cabeludo, "apareceu depois que perdeu o pai e logo depois a mãe"

Teve dificuldades para receber um, diagnóstico fechado: "foi tratada como sarna até vir para o HC", "foi diagnosticado como seborréia, depois da biópsia recebeu o diagnóstico de psoríase", "fui em vários médicos e cada um falava uma coisa"

Questão 19 - O que seu médico mandou você fazer? Você tem feito? Como? Com que frequência?

Tratamento tópico: loção, pomada, xampu, creme manipulado, banho de sol, tomar sol

Tratamento sistêmico: medicação oral, medicamento injetável, Embrel

Orientações gerais quanto aos fatores agravantes da doença: hidratante, diminuição do consumo de álcool, cuidados com a alimentação, evitar fumar

Tratamento multidisciplinar: "tomar calmante", psicoterapia, tranquilizante

Nada: está sem medicação no momento, não está usando nada

Questão 20 – O que é mais difícil fazer?

Não acha difícil: “não é difícil”; “nunca fui revoltado, faço tudo sem reclamar”

Tomar sol: “tomar sol é difícil por causa do meu trabalho”; “não tenho tempo pra tomar sol”; “tomar sol é mais difícil porque nem sempre o clima está propício”

Usar medicação tópica : “pomada é o mais difícil... tenho que pedir ajuda”; usar pomada, porque quando está atacada tem que passar em muitos lugares”; “passar pomada duas vezes por dia me faz lembrar que eu tenho psoríase duas vezes por dia”

Outros: “os exames: ultrason e de sangue”; “suportar a dor. Não consigo mais andar nem sentar”

Ir às consultas: “vir aqui nas clínicas, porque moro longe agora”; “perder um dia de trabalho para vir às consultas”

Usar medicação oral: “o remédio que está dando reações”; “tomar o remédio... porque é de 8 em 8 dias, então acabo esquecendo”

Controlar a ansiedade/nervosismo: “quando eu fico nervoso é difícil fazer qualquer coisa”; “cuidar do emocional”, “controlar a ansiedade”

Controlar a alimentação: “não consigo emagrecer”; “o mais difícil é fazer a dieta”

Questão 22 – O que você sabe sobre a doença hoje (etiologia, curso, tratamento e prognóstico)?

Fator emocional: “causa emocional”; “pode estar associada ao emocional”; “influência do emocional”

Não tem cura: “não tem cura”

Tem dúvidas/ não sabe nada: “não sei nada”; “não conheço muita coisa”

Considera-se bem informado/ sem dúvidas: “não tenho mais dúvidas... sempre eu leio coisas novas, procuro na internet”; “aprendi tudo no grupo, até a enfrentar a psoríase”

Fator genético: “é hereditário”; “transmitido entre gerações”

Possui tratamento/controla: “o tratamento é importante”; “tem tratamento”

Contágio: “não é contagiosa”

Possuem informações erradas sobre a dermatose: “eu não acho que é hereditário, não”; “tem cura”

Bebida alcoólica: “não pode bebida alcoólica”; “bebida piora”

Trata com remédio:

Tomar sol

Questão 24 – Se sim, quais foram essas dificuldades? (para seguir o tratamento)

Fazer o tratamento (usar a medicação): “usar remédio com efeito colateral”; “usar pomada que gruda na roupa e no lençol”

Sem dificuldades: “não foi difícil, não”

Tomar sol: “somente tomar sol”;

Dificuldades financeiras (comprar a medicação): “comprar os remédios caros”

Ir às consultas/ acesso aos médicos: “as viagens são duras”; “foi difícil arrumar um dermatologista até vir parar aqui”

Outros: “estou longe da minha família e do meu filho de um mês porque estou internada”

Questão 26 – Se sim, de que maneira? (a família contribui)

Apoio/ conselhos/ incentivo/ interesse: “tenho muito apoio da minha mãe, que parou de trabalhar para me ajudar, e do meu marido que pediu afastamento do trabalho também”; “eles me incentivam a continuar o tratamento”; “dão apoio moral, especialmente em relação à autoestima”

Não recebe ajuda: “não preciso de ajuda”, “minha mulher reclama de me ajudar porque dá conta das coisas dela sozinha”

Acompanham nas consultas: “sempre vem alguém comigo na consulta”

Ajudam a passar/ lembrar do remédio: “eles me lembram de tomar os remédios no dia certo”; “passam a pomada nas minhas costas”

Financeira: “minha filha me dá dinheiro para comprar o remédio”; “o que eu precisar meus filhos compram”

Evitam deixar o paciente nervoso: “fazem de tudo pra eu não ficar nervosa”; “eles tentam me acalmar”

Outros tipos de ajuda: “minha mãe me ajuda a lavar minhas roupas”

Questão 28 – Se sim, quais são eles e como eles influenciam? (em relação aos fatores que influenciam na melhora e piora das crises da doença)

Fatores que pioram:

Emocionais: “ansiedade e exigência pioram”; “sentir raiva. Eu não sei desabafar, sou fechado demais”

Comportamentais (álcool, sono, alimentação, cigarro): “alguns alimentos, o camarão... esses pioram”; “não dormir direito e bebida alcoólica pioram”

Frio: “no frio sempre piora”; “clima frio”

Outros: “andar faz piorar”; “quando eu mexo na terra piora”

Sol e calor: “piora no calor”; “eu não posso com sol”

Medicações (ausência/ troca/ uso incorreto): “tomar uns remédios aí piora”; “quando eu esqueço de tomar o remédio da psoríase piora”

Fatores que melhoram:

Emocionais: “vida calma, tranquilidade”; “autocontrole”; “eu tenho que manter a calma e expor o que eu sinto”

Seguir tratamento: “usar a pomada e o hidratante”; “o tratamento melhora”

Sol e calor: “melhora com o sol”; “tomar sol”

Atividades de lazer: “melhora com a água do mar”; “melhora quando eu posso ir nas aulas de pintura”

Questão 31 – Se sim, qual seria essa situação? (que deixa o paciente estressado)

Problemas familiares: “o comportamento da minha filha”; “a família da minha mulher que não deixa ela”

Situações de frustração e falta de controle: “quando as coisas saem do meu controle”, “não tenho paciência com gente fazendo coisa errada”

Questões relacionadas ao trabalho: “a época da colheita do café”; “a rotina do trabalho me estressa”

Outros: “gente lerda e burra”, “falta de educação”

Questão financeira: “falta de dinheiro”; “não tenho dinheiro para o tratamento”

Tudo: “qualquer coisa me estressa, já acordo mal humorado”; “acho que tudo me deixa estressada”

Não há: “nada me deixa nervoso”

Questões relacionadas à psoríase: “quando a psoríase piora e racha debaixo do seio”; “quando me perguntam o que eu tenho”

Questão 33 – Se sim, o que seria? (em relação à existência de algo que preocupa ou desagrada o paciente há muito tempo)

Questões familiares/ relacionamento amoroso: “a esposa do vizinho... arrumei um rolo com essa e agora não consigo sair dessa”; “a prisão do meu filho”; “o meu marido...”

Não há: “não tem nada”

Questões financeiras: “fico pensando se vou conseguir criar minhas filhas”; “a aposentadoria... preciso do dinheiro pra comprar remédios”

Outros: “barulho, briga”, “ahhh, não quero falar”

Questões com o trabalho: “fico pensando se vou conseguir outro trabalho”; “estou desempregado e não consigo emprego”

Questões com a saúde: “tenho me sentido fracassada... estou tentando engravidar e não consigo”; “o cardiologista disse pra mim que eu estou morto”

Questões relacionadas à psoríase: “a psoríase, que me deixa feia”; “minhas unhas descoladas, tenho vergonha de ir no salão. Eu era muito vaidosa”

Questão 34 – O que costuma fazer quando acontece algo que lhe deixa nervoso/estressado?

Estratégias de afastamento/ distração negativas: “vou pro bar e encho a cara”; “como e bebo refrigerante”; “bebo uma cerveja ou fumo”

Estratégias de afastamento/ distração positivas: “converso com alguém para distrair”; “vou pescar quando dá e conversar com uns amigos”

Chorar: “choro muito”, “se eu estiver sozinha, eu choro”

Estratégias confrontativas (brigar/ xingar/ gritar): “eu fico muito brava”; “se é alguma coisa que alguém fez, eu vou logo brigando”

Estratégias de resolução: “penso na situação e tento resolver”; “faço alguma coisa pra relaxar e tento resolver o problema quando estiver mais calmo”

Questão 41 – Qual a razão? (de ter sido atendido por um psicólogo ou psiquiatra)

Queixas psiquiátricas: “depressão e síndrome do pânico”; “por causa do nervoso”

A psoríase: “quando apareceu a psoríase”; “porque não aceitava a doença”

Encaminhamentos médicos/ protocolos de atendimentos de serviços pelos quais passaram: “a dermatologista encaminhou para o psiquiatra”; “quando fez redução de estômago tinha que passar”

Não sabem/ não se lembram: “não lembro, já faz tempo”

Questão 43 – Em que a doença afeta a sua vida? O que mudou em sua vida?

Auto-estima/ autoconfiança: “afetou minha auto-estima”; “não saio mais de casa, não tiro a camisa na frente das pessoas”

Afastamento das pessoas: “as pessoas não chegam perto”; “perdi muitos colegas por causa disso”

Trabalho: “atrapalha meu trabalho porque eu uso luva”; “perdi meu emprego”

Abandono de atividades: “parei a academia, parei de sair de casa”; “já deixei de ir em passeio da terceira idade, eu não entro na piscina do clube”

Nada: “eu não me sinto doente”; “não afeta minha vida”; “a doença não trouxe mudanças significativas”

Dor/ coceira:

Mudanças positivas: “me senti querida e apoiada pelas pessoas”; “eu aprendi a me conhecer e hoje me conheço muito bem”

Tudo: “eu não tenho mais vida”; “atrapalhou tudo que eu fazia”

Entrevista de Reavaliação

Questão 9 – O que é mais difícil fazer?

Tomar sol: “tomar sol, porque até terminar de cuidar do meu marido que está acamado o sol já ficou quente”; “não tenho um lugar pra tomar sol”

Não acha difícil: “nada incomoda”; “nada, já faz parte da minha rotina”

Usar a medicação tópica/ hidratante: “usar a pomada pra dormir porque gruda no lençol”; “usar creme e pomada porque sai na roupa”

Usar medicação via oral: “tomar o remédio que dá náusea”; “agüentar os efeitos colaterais do remédio

Ir às consultas: “é complicado sair do trabalho pra ir na consulta”

Outras dificuldades: “o exame de sangue é difícil porque tenho medo de descobrir alguma coisa ruim”

Dificuldades financeiras: “dinheiro pra comprar o remédio”

Controlar a alimentação e o consumo de álcool: “quando saio tenho vontade de comer e beber”

Questão 10 - O que você sabe sobre a doença hoje (etiologia, curso, tratamento e prognóstico)?

Influência do fator emocional: “começou seis meses depois que eu perdi minha avó. Hoje eu entendo que isso foi fator determinante”; “tem fundo emocional”

Bem informado/ sem dúvidas: “não tenho dúvidas, sempre que aparece alguma eu procuro resolver”

Não é contagiosa: “não pega”, “não é contagioso”

Tem tratamento: “precisa fazer o tratamento”

Não tem cura: “não tem cura”

Outros fatores: “não sei se é alguma comida que a gente come”; “é feio”; “precisa controlar o peso e evitar bebida alcoólica”

Tem muitas dúvidas: “às vezes tenho várias dúvidas”; “acho que não sei tudo, não”

Influência do fator genético: “pode ser genética”; “herança genética”

Questão 12 - Se sim, quais foram essas dificuldades? (para seguir o tratamento)

Sem dificuldades: “não é difícil”

Tomar sol: “tempo para tomar sol”; “não tem jeito de tomar sol na minha casa”

Usar medicação via oral: “dor de estômago por causa do remédio”; “efeitos colaterais”

Usar medicação tópica: “esqueço de passar a pomada”

Ir às consultas: “vir na consulta”

Financeiras: “o dinheiro pra comprar o remédio”

Outros: “quando tive as primeiras crises ficava muito nervoso achando que não ia passar”

Questão 14 – Se sim, de que maneira? (a família contribui)

Apoio/ conselhos/ incentivo/ interesse: “ajuda muito, principalmente dando apoio”; “minha irmã cuida muito de mim... ajuda em casa, incentiva que eu faça o tratamento”

Não recebe ajuda: “não preciso de ajuda”

Acompanham nas consultas: “meus filhos me trazem na consulta quando não tem transporte”; “sempre tem acompanhante nas consultas”

Ajudam a passar/ lembrar do remédio: “lembra do remédio e me ajuda a passar”; “confere se estou tomando os remédios”

Financeira: “compram os remédios”; “ajudam a comprar os remédios e pagam o plano de saúde”

Evitam deixar o paciente nervoso: “percebo que eles tomam cuidado para não me irritar”; “fazer de tudo para não me deixar nervosa”

Questão 16 – Se sim, quais são eles e como eles influenciam? (em relação aos fatores que influenciam na melhora e piora das crises da doença)

Fatores que pioram:

Emocionais: “eu sou muito irritadinha, aí piora”; “o que mais piora é estresse e ficar nervoso”

Tempo frio/ seco: “piora no inverno”; “frio resseca mais”

Comportamentais (sono, alimentação, álcool, cigarro): “carne vermelha piora”; “pimenta piora”

Outros: “resina acrílica provoca as crises”; “sujeira no corpo (terra), piora”

Sol e calor: “tomar sol piora”

Fatores que melhoram:

Emocionais: “ficar descontraído”; “apoio das pessoas ajuda”

Seguir tratamento: “só melhora com o remédio”; “melhorou quando mudou o remédio”

Outros: “tocar instrumento musical ajuda”; “ir no grupo da igreja é bom”

Comportamentais (sono, alimentação, cigarro, álcool): “a água do mar melhora”; “dormir bem ajuda muito”

Questão 18 – Se sim, qual seria essa situação? (que deixa o paciente estressado)

Problemas familiares: “os gastos dos meus filhos”; “meu gênio não bate com o da minha esposa”

Situações de frustração e falta de controle: “injustiça me deixa muito nervosa”; “quando alguém não cumpre um combinado”

Questões relacionadas ao trabalho: “o meu trabalho me deixa estressado todo dia”; “estar desempregado”

Não há: “não tem”

Outros: “quando alguém em casa fica doente”; “umas pintinhas que apareceram e eu não sei o que é”

Problemas financeiros: “quando eu preciso comprar uma coisa e não tenho dinheiro”; “meu marido desempregado e a falta de dinheiro”

Questão 20 – Se sim, o que era? (em relação à existência de algo que incomodava o paciente mas não incomoda mais)

Não há: “não”

Problemas familiares: “minha separação e ficar longe da minha filha”; “a traição do marido”

Questões relacionadas à psoríase: “ficava nervoso com a psoríase, hoje não fico mais”; “o preconceito das pessoas contra a psoríase”

Situações de frustração e falta de controle: “quando as coisas eram diferentes do que eu queria”

Outras: “não conseguia falar não e ficava mal com isso”

Problemas financeiros: “quando passei dificuldade financeira porque a fábrica estava em crise”

Questões relacionadas ao trabalho: “meu trabalho me deixava nervoso”

Questão 28 – Qual a razão? (de ter sido atendido por um psicólogo ou psiquiatra)

Queixas psiquiátricas: “nervosismo”, “tive depressão”

A psoríase: “dificuldade de lidar com a psoríase”; “por causa da psoríase”

Encaminhamentos médicos/ protocolos de atendimentos de serviços pelos quais passaram: “a doutora me encaminhou”

Não sabem/ não se lembram: “não me lembro”

Curiosidade de conhecer o que é psicoterapia: “queria saber o que era fazer terapia”

Questão 32 – O grupo foi útil de alguma forma para sua vida? Se sim, em que?

Pontos positivos:

Aprendizagem de comportamentos novos: “ajudou a aprender como enfrentar o preconceito”; “ajudou a conhecer mais a doença e fazer o tratamento”

Identificação com a dificuldade de outros pacientes: “ver gente com problema como a gente... a gente não sente sozinha”; “vi que não estava sozinha lutando contra isso”

Apoio e compreensão: “ah, não deixa de ser um apoio”; “quando eu cheguei me senti muito acolhida”

Pontos negativos:

Não aprendeu nada: “não me lembro de ter aprendido nada”

Exposição exagerada de alguns pacientes: “uma coisa que é ruim é quando as pessoas começam a chorar. É ruim pra própria pessoa que se expõe”

Questão 33 – Em que a doença afeta a sua vida? O que mudou em sua vida?

Vida social/ lazer: “quando tudo começou eu me fechei para as coisas”; “parei de ir ao clube”; “não saía de casa”

Forma de vestir: “mudei as roupas”; “eu passei a usar roupa mais fechada”

Hoje não atrapalha mais em nada: “hoje em dia não atrapalha mais em nada”

Preconceito: “eu ficava incomodado com o olhar das pessoas”; “eu fiquei me sentido rejeitada porque muita gente se afastou”

Trabalho: “tive que parar de trabalhar”; “quando a artrite está atacada eu não trabalho do mesmo jeito. Eu tinha vontade de sair do país de novo e arrumar emprego, mas não consigo”

Relacionamento amoroso: “depois disso não consigo arrumar uma namorada”

Aspecto financeiro: “mudou a condição financeira da família”; “já gastei muito dinheiro com isso”

Tudo: “infelizmente essa tal de psoríase me atrapalhou em tudo, no geral”.

ANEXOS

ANEXO A – Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa



Ribeirão Preto, 13 de abril de 2010

Ofício nº 1109/2010
CEP/MGV


Prezados Senhores,

O trabalho intitulado **“CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA E EFEITOS DE UM GRUPO PSICO-EDUCATIVO SOBRE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM PSORÍASE”** foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 305ª Reunião Ordinária realizada em 12/04/2010 e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP nº 1211/2010.

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (IGH-GCP), bem como a Resolução nº 196/96 CNS/MS.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.

Atenciosamente.


DRª MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimos Senhores

CAROLINE DA CRUZ PAVAN

PROF. DR. RICARDO GORAYEB

Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto-USP – Depto. de Psicologia e Educação

ANEXO B – Capa Manual BAI e BDI



ANEXO C – Índice de Qualidade de Vida em Dermatologia (DLQI)**ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA EM DERMATOLOGIA (DLQI)****Nome do Paciente:****Data:**

O objetivo deste questionário é medir o quanto seu problema de pele afetou sua vida no decorrer da última semana. Marque com um **X** a melhor resposta para cada pergunta.

1. Na última semana, quanto sua pele coçou, esteve sensível, dolorida ou ardida?

MUITÍSSIMO MUITO UM POUCO NADA

2. Na última semana, você ficou com vergonha ou se preocupou com sua aparência por causa de sua pele?

MUITÍSSIMO MUITO UM POUCO NADA

3. Na última semana, quanto sua pele interferiu em suas compras ou em suas atividades dentro e fora de casa?

MUITÍSSIMO MUITO UM POUCO NADA NÃO RELEVANTE

4. Na última semana, quanto sua pele influenciou a escolha das roupas que você vestiu?

MUITÍSSIMO MUITO UM POUCO NADA NÃO RELEVANTE

5. Na última semana, quanto sua pele afetou as atividades sociais ou de lazer?

MUITÍSSIMO MUITO UM POUCO NADA NÃO RELEVANTE

6. Na última semana, quanto sua pele atrapalhou a prática de esportes?

MUITÍSSIMO MUITO UM POUCO NADA NÃO RELEVANTE

7. Na última semana, sua pele o impediu de trabalhar ou ir à escola?

SIM NÃO NÃO RELEVANTE

Caso sua resposta seja NÃO, na última semana quanto sua pele lhe causou problemas no trabalho ou na escola?

MUITO UM POUCO NADA

8. Na última semana, quanto sua pele lhe causou problemas com seu parceiro ou amigos mais próximos e parentes?

MUITÍSSIMO MUITO UM POUCO NADA NÃO RELEVANTE

9. Na última semana, quanto seu problema de pele lhe causou dificuldades sexuais?

MUITÍSSIMO MUITO UM POUCO NADA NÃO RELEVANTE

10. Na última semana, quanto seu tratamento de pele foi um problema, deixando sua casa desorganizada ou tomando muito de seu

tempo?

MUITÍSSIMO Muito Um pouco Nada Não relevante

ANEXO D - Índice de Incapacidade Provocada pela Psoríase (PDI)**ÍNDICE DE INCAPACIDADE PROVOCADA PELA PSORÍASE (PDI)****Nome do Paciente:****Data:**

O objetivo deste questionário é medir o quanto seu problema de pele afetou sua vida nas últimas quatro semanas. Marque com um **X** a melhor resposta para cada pergunta.

ATIVIDADES DIÁRIAS:

1. Quanto sua psoríase interferiu na realização de suas atividades dentro e fora de casa?

MUITÍSSIMO MUITO UM POUCO NADA

2. Com que frequência você vestiu diferentes tipos ou cores de roupas por causa de sua psoríase?

MUITÍSSIMO MUITO UM POUCO NADA

3. Você teve que trocar de roupas ou lavá-las mais frequentemente do que faria?

MUITÍSSIMO MUITO UM POUCO NADA

4. Quanto sua psoríase foi para você um problema no cabeleireiro ou barbeiro?

MUITÍSSIMO MUITO UM POUCO NADA

5. Sua psoríase fez com que tomasse mais banhos do que de costume?

MUITÍSSIMO MUITO UM POUCO NADA

ESCOLA OU TRABALHO (se aplicável):

6. Quanto sua psoríase fez você perder dias de trabalho ou de aula nas últimas quatro semanas?

MUITÍSSIMO MUITO UM POUCO NADA

7. Quanto sua psoríase o(a) impediu de realizar alguma atividade no trabalho ou na escola nas últimas quatro semanas?

MUITÍSSIMO MUITO UM POUCO NADA

8. Sua carreira foi afetada por sua psoríase? (exemplos: promoção recusada, perda de emprego, solicitação para mudar de emprego).

MUITÍSSIMO MUITO UM POUCO NADA

SE VOCÊ NÃO ESTÁ NA ESCOLA OU NÃO TRABALHA: PERGUNTAS ALTERNATIVAS

6. Quanto sua psoríase fez com que deixasse de realizar suas atividades diárias normais nas últimas quatro semanas?

MUITÍSSIMO MUITO UM POUCO NADA

7. Quanto sua psoríase mudou seu jeito de realizar as atividades diárias nas últimas quatro semanas?

MUITÍSSIMO MUITO UM POUCO NADA

8. Sua carreira foi afetada por sua psoríase? (exemplos: promoção recusada, perda de emprego, solicitação para mudar de emprego).

MUITÍSSIMO MUITO UM POUCO NADA

RELACIONAMENTOS PESSOAIS:

9. Quanto sua psoríase lhe causou dificuldades sexuais nas últimas quatro semanas?

MUITÍSSIMO MUITO UM POUCO NADA

10. Quanto sua psoríase lhe causou algum problema com seu (sua) parceiro(a), amigos mais próximos ou parentes?

MUITÍSSIMO MUITO UM POUCO NADA

LAZER:

11. Quanto sua psoríase impediu você de sair socialmente ou de realizar qualquer outra atividade?

MUITÍSSIMO MUITO UM POUCO NADA

12. Quanto sua psoríase dificulta a prática de algum esporte?

MUITÍSSIMO MUITO UM POUCO NADA

13. Quanto você não conseguiu usar, foi criticado ou impedido de usar banheiros públicos ou vestiários por causa de sua psoríase?

MUITÍSSIMO MUITO UM POUCO NADA

14. Quanto sua psoríase fez com que fumasse ou bebesse (bebidas alcoólicas) mais do que de costume?

MUITÍSSIMO MUITO UM POUCO NADA

15. Até que ponto sua psoríase ou seu tratamento fez com que sua casa ficasse desorganizada ou bagunçada?

MUITÍSSIMO MUITO UM POUCO NADA