

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

*Pacientes com Psoríase: Características de Personalidade,
Nível de Estresse e Adaptação Psicossocial*

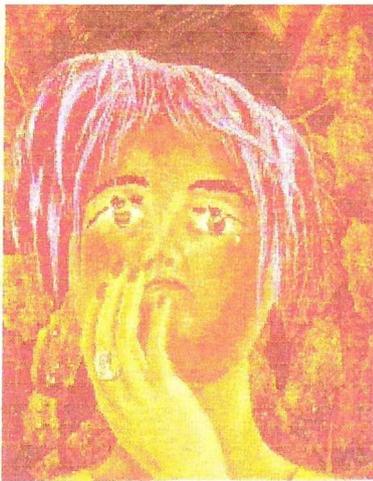
Regina Claudia Mingorance

Prof^a Dr^a Sonia Regina Loureiro

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

RIBEIRÃO PRETO - SP

- 1999 -



*“ Meu corpo não é meu corpo,
é ilusão de outro ser.
Sabe a arte de esconder-se
e é de tal modo sagaz
que a mim de mim ele oculta.*

*Meu corpo, não meu agente,
meu envelope selado,
meu revólver de assustar
tornou-se meu carcereiro,
me sabe mais que me sei.*

*Meu corpo apaga a lembrança
que eu tinha de minha mente.
Inocula-me seu patos,
me ataca, fere e condena
por crimes não cometidos. ”*

(Carlos Drummond de Andrade)

*Aos pacientes com psoríase, pela atenção e confiança
em partilhar seus segredos mais íntimos, possibilitando
a realização deste trabalho e meu crescimento pessoal.*

Agradecimentos

☞ À Prof^a Dr^a Sonia Regina Loureiro, pela presença constante e atenciosa, possibilitando a realização deste trabalho e meu desenvolvimento enquanto profissional e pessoa.

☞ Ao Departamento de Dermatologia da FMRP-USP, pelo acolhimento recebido.

☞ À Walkiria N. Rocha Pinto, pela gentileza em partilhar seus conhecimentos teóricos e materiais de trabalho.

☞ Ao Geraldo Cássio dos Reis, pela acessoria em todo procedimento estatístico.

☞ À minha família, pelo carinho e estímulo desde meus primeiros passos.

☞ À Prof^a Dr^a Mara I. Campos de Carvalho, Prof. Dr. André Jacquemin e Guiomar P. de Moraes, pelo incentivo e apoio ao longo do trabalho.

☞ À Márcia C. Zuardi e Miriam Viana, por me auxiliarem a resgatar o melhor de mim.

☞ Aos meus amigos: Dri, Dé, Gi, Lu, Dani, Taiza, Márcio, Rê, Gra, Ângela, Albano, Ri, Fer, Tiemi, Karina, Claudia, Roney, Zé, Liyoko sempre presentes me apoiando e ajudando.

☞ À CAPES, que possibilitou a viabilização de meus estudos e dessa pesquisa.

Índice

| | |
|--|----|
| Resumo | 02 |
| Summary | 03 |
| Introdução | 04 |
| I. A interdependência soma-psique nas manifestações somáticas..... | 04 |
| II. A psicossomática e as manifestações inconscientes..... | 06 |
| III. A pele e as manifestações psíquicas..... | 14 |
| IV. Psoríase: aspectos clínicos e psicossomáticos..... | 16 |
| V. Instrumentos de avaliação psicológica e as manifestações dermatológicas..... | 19 |
| | |
| Objetivo | 24 |
| | |
| Metodologia | 25 |
| I. Caracterização da situação de estudo..... | 25 |
| II. Aspectos éticos..... | 25 |
| III. Sujeitos..... | 25 |
| IV. Instrumentos..... | 27 |
| V. Procedimento..... | 29 |
| VI. Tratamento dos dados..... | 34 |
| | |
| Resultados | 40 |
| I. Caracterização do quadro geral dos pacientes..... | 41 |
| II. Caracterização do Nível de Estresse..... | 50 |
| III. Caracterização dos Traços de Personalidade..... | 52 |
| IV. Caracterização da Qualidade de Vida..... | 56 |
| V. Comparação entre nível de estresse e traços de personalidade..... | 60 |
| VI. Comparação entre nível de estresse e qualidade de vida..... | 63 |
| VII. Comparação entre traços de personalidade e qualidade de vida..... | 66 |
| VIII. Comparação entre qualidade de vida avaliada através das entrevistas e do PDI..... | 70 |

| | |
|--|-----|
| Discussão | 72 |
| I. Condições clínicas e adaptação psicossocial..... | 72 |
| II. As manifestações de estresse e o quadro clínico..... | 79 |
| III. Características de personalidade e o nível de ajustamento..... | 83 |
| IV. Qualidade de vida - percepções das dificuldades e a adaptação a situações do cotidiano..... | 89 |
| V. Integração dos instrumentos..... | 93 |
| | |
| Comentários e Conclusões | 95 |
| | |
| Referências bibliográficas | 97 |
| | |
| Anexos | 104 |

Resumo

A psoríase, uma patologia dermatológica sem etiologia definida, vem sendo objeto de vários estudos que enfatizam suas características psicossomáticas. Objetiva-se, no presente trabalho, caracterizar aspectos psicológicos de pacientes com psoríase avaliando, através do uso de entrevistas e inventários, o funcionamento mental, a suscetibilidade a situações estressantes e a adaptação psicossocial, destacando-se as variáveis gênero, idade e peculiaridades clínicas da doença. Foram avaliados 60 pacientes, com diagnóstico médico de psoríase, idade entre 20-50 anos, de ambos os sexos, em seguimento no Ambulatório de Dermatologia do HC da FMRP-USP. Procedeu-se a avaliação individual dos pacientes através de uma entrevista semi-estruturada, do Inventário de Sintoma de Estresse (ISS), Inventário Simplificado de Personalidade (ISP), Inventário de Qualidade de Vida (PDI), sendo os dados complementados com a análise de prontuários médicos. Os protocolos foram cotados, segundo as normas de cada instrumento, procedendo-se ainda a leitura e categorização das informações das entrevistas e prontuários. Posteriormente, procedeu-se a quantificação e ao tratamento estatístico dos dados. Os resultados indicaram que 76.7% dos pacientes apresentaram indicadores de elevado nível de estresse, 83.3% indicadores de desvios de personalidade e uma diversidade de dificuldades de adaptação psicossocial envolvendo principalmente as áreas de atividades rotineiras, lazer e relacionamentos superficiais. Na análise comparativa não se observou diferenças entre os sexos. Contudo, observou-se maior nível de defensividade na faixa etária de 31-40 anos ($p < 0.05$), o tempo de doença de 1-10 anos mostrou-se relacionado a maiores dificuldades emocionais ($p < 0.05$); a extensão e tipo de manifestação psoriática, os sintomas de estresse nas fases de alerta e exaustão, e os desvios de Insanidade e Neuroticidade mostraram-se associados a prejuízos em áreas específicas da adaptação psicossocial, compreendendo atividades rotineiras, relações pessoais e lazer.

Summary

Psoriasis, a dermatological disease without a definite etiology, has become the object of several studies in psychosomatic approaches. This study aims to characterize psychological aspects of 60 patients with the diagnosis of psoriasis. The sample consisted of men and women aging 20 to 50 years old, in follow up treatment in the Dermatology department of the University Hospital, Faculty of Medicine, University of São Paulo, in the city of Ribeirão Preto. The patients' mental functioning, sensibility to stressing situations and psychosocial adaptation were evaluated through interviews and inventories. Sex, age and disease particularities were considered as variables in this study. The individual evaluation was carried out through a semi-structured interview, Stress Symptoms Inventory (ISS), Simplified Personality Inventory (ISP), Life Quality Inventory (PDI). Complementary data were taken from patients' medical records. The protocols were rated according to the normalization of each instrument, and the data in the patients' medical records were categorized. The data were quantified and then processed statistically. High level of stress was detected in 76.7% of the patients and 83.3% had personality deviations. A diversity of difficulties in psychosocial adaptation was detected, specially related to everyday activities, superficial relationships and leisure. No differences in comparative analysis between sexes were observed. However, there was a higher level of defensiveness ($p < 0.05$) in the 31-40-year-old band; the 1-10 year disease span was related to higher emotional difficulties ($p < 0.05$). The type and extension of psoriatic manifestation, the stress symptoms in alert and exhaustion occasions, the insane and neurotic deviations were associated to losses in specific areas of psychosocial adaptation, among which are everyday activities, personal relationship and leisure.



O Núcleo da Criação.

Frida Kahlo, 1945

INTRODUÇÃO

I. A interdependência soma-psique nas manifestações somáticas

A relação corpo-mente sempre foi objeto de inúmeras discussões suscitadas em diversos contextos e épocas, envolvendo desde ambientes acadêmicos até situações informais.

O termo soma já era utilizado entre os gregos para a definição do corpo como tal, o cadáver; já a força vital, o sopro que animava o corpo, era denominado como psique (Ávila, 1996). Tal distinção iniciou-se com Anaxágoras em 500-428 a.C., sendo reforçado por Descartes (conforme citado por Giles, 1979; Abbagnano, 1984; Schultz & Schultz, 1992). O dualismo cartesiano, século XVII, postulava a divisão corpo-alma, como unidades funcionando separadamente, *res extensa*, para a matéria e *res cogitans*, alma pensante, sendo a pituitária o ponto de união entre ambas (Descartes, 1641/1973).

Segundo Chiozza (1987), as categorias denominadas como soma e psique derivam do fato de que o conhecimento humano consciente se estrutura ao redor de duas organizações conceituais, uma física, que dá origem às ciências naturais, e outra histórica, que sustenta as ciências cujo objeto de estudo é o espírito ou a cultura. Contudo, segundo o referido autor, a distinção é puramente lingüística, pois mente e corpo são partes integrantes do ser como um todo, sendo impossível a alteração de uma parte sem que a outra seja influenciada.

A visão holística mente-corpo remonta há pelo menos 4.500 anos, sendo atribuída ao Imperador Amarelo da China, Huang Ti, ao comentar que a frustração poderia ser um fator fundamental no adoecimento físico da pessoa. “Seus desejos e idéias deverão ser investigados e acompanhados... e então... aqueles que tenham atingido a satisfação espiritual serão prósperos e vicejantes...” (Howard & Lewis, 1993, p.7).

Hipócrates em 500 a.C. (conforme citado por Howard & Lewis, 1993) já abordava questões referentes à predisposições de certos tipos de personalidade à determinadas moléstias. Este sugeriu a existência de uma relação entre moléstia e temperamentos, concebendo o desenvolvimento das patologias também sob a perspectiva psíquica, acreditando não haver doenças e sim doentes, com determinadas características.

No século XX, Von Bergman e Von Veizeck, deram início à medicina psicossomática, subentendendo a lesão orgânica como produto de fenômenos psíquicos.

Bergman sugeriu que o estado emocional acarretaria em uma alteração funcional que, por sua vez, lesaria o órgão. Já Veizeck mapeou o caminho pelo qual ocorreria a transformação do emocional em orgânico. Seu modelo esquemático resumia-se em: excitação psíquica, alteração funcional, desregulação motora excretora, inflamação, ulceração, neurose visceral e morte do tecido ou órgão (conforme citado por Lollo, 1989).

William James, precursor da Psicologia Experimental, juntamente com Lange em 1922 (conforme citado por Shultz & Shultz, 1992; Howard e Lewis, 1993), desenvolveram uma teoria referentes às emoções. Segundo esses pesquisadores, o estímulo levaria à uma resposta fisiológica e esses fenômenos corpóreos seriam então manifestados sob a forma de emoções, reconhecendo, assim, a origem física das emoções.

Cannon, na década de trinta, ofereceu grandes contribuições para a psicossomática. Juntamente com seus colaboradores, demonstraram a existência de fatores químicos, mais especificamente a adrenalina, mediando as mudanças emocionais e neurais em órgãos distantes (conforme citado por Pacheco e Silva, 1976; Alexander, 1987/1989). Este autor afirmava que as reações bioquímicas funcionavam em harmonia, que poderia ser quebrada por experiências normais da vida como puberdade, adolescência, trabalhos árduos, fadiga, favorecendo o desenvolvimento de doenças físicas (Carvalho, 1997).

A ênfase nos aspectos físico-químicos influenciando os fenômenos psicossomáticos, pontuou as relações entre as modificações corpóreas e a produção das emoções. Assim, a expressão psicossomática foi inicialmente utilizada para referir-se à doenças cujas correlações psicofísicas eram muito nítidas, como a úlcera péptica e a asma brônquica entre outras. À medida que se prosseguiram as observações de pacientes com enfermidades diversas, os pesquisadores perceberam que tal conceituação seria potencialmente válida para qualquer doença, dentro da concepção de homem como um sistema (Mello Filho, 1979). Desta forma não existiria doença psicossomática, pois todas as patologias seriam psicossomáticas. Na relação soma-mente encontrar-se-iam doenças físicas que, impondo tensão sobre a organização psicológica do paciente, provocariam distúrbios emocionais secundários em relação ao processo inicial da doença. Do mesmo modo, fatores emocionais poderiam desempenhar um papel proeminente, levando a instauração ou o agravamento dos sintomas físicos (Nemiah, 1961/1981). No desenvolvimento de patologias físicas aspectos psíquicos e inconscientes poderiam exercer um papel relevante no processo de somatização.

II. *A psicossomática e as manifestações inconscientes*

Com a descoberta dos vírus e bactérias realizadas por Pasteur e atualmente com o grande avanço do conhecimento dentro da área médica, ampliou-se a área de diagnóstico, prevenção e tratamento. Porém, isto também representou a confirmação de que cada doença poderia ser remetida a uma causa específica, determinada, contribuindo assim para o abandono das teorias globalizantes. À medida que a medicina evoluiu em sua capacidade de responder ao como a doença se constitui, tornou-se cada vez mais irresoluta a questão relativa a sua causa específica. Assim, se coloca a antiga pergunta, freqüentemente relegada ao inconsciente, com a qual a doença sempre nos confronta - *por que aconteceu?* (Ávila, 1996).

Com o desenvolvimento da psicanálise, Freud introduziu uma nova visão de homem, não mais como um ser puramente biológico e sim como resultado da interdependência entre o biológico e o mental. As doenças psicossomáticas começaram a ser vistas não apenas como resultado de fenômenos físico-químicos, incluindo aqui o aspecto psíquico. Unindo subjetividade e objetividade, o adoecer passou a ser analisado na esfera física e psíquica.

A introdução do conceito de inconsciente dinâmico foi de fundamental importância para a compreensão do comportamento humano (Freud, 1915/ 1995a). Segundo Mello Filho (1979), Freud observou, no contato com pacientes histéricas, que grande parte da vida mental era regida por processo dos quais não se tinha conhecimento. Este seria resultado de forças instintivas e emoções profundas que influenciavam permanentemente as atitudes. Caberia ao inconsciente também a responsabilidade de aprisionar conteúdos mentais, como as fantasias, que à nível consciente seriam insuportáveis ao indivíduo. A esse fenômeno Freud (1915/ 1995a) conceituou de repressão. Assim, foi possível elucidar fenômenos tais como os sonhos, os lapsos de memória e a gênese de muitos sintomas corporais, como os fenômenos histéricos, até então inexplicáveis.

O comportamento humano passou a ser compreendido e não somente descrito, como ocorria até então. A psicanálise demonstrou que os fenômenos humanos têm sempre motivações e significações, podendo estes serem estudados de modo mais superficial ou

um dos campos de atuação do *Isso*. Groddeck acreditava que as doenças obedeciam significações, eram expressivas, representando intenções. No entanto seriam intenções inconscientes que coordenariam estas manifestações. O inconsciente atuaria na escolha da doença e no desejo de ficar doente. Segundo Ávila (1996), para Freud o *Isso* seria a base do inconsciente psicanalítico do Id.

As concepções de Groddeck permitiram abordar o adoecer sob um outro prisma, investigando as motivações inconscientes que estariam por trás da aparente aleatoriedade dos processos patológicos nas pessoas. Com o intuito de aliviar as tensões impostas pela repressão dos conflitos, o inconsciente poderia expressar-se por meio da linguagem fisiológica. A doença deixaria de ser um acontecimento alheio, à mercê de agentes externos para se tornar representante da trama inconsciente. O homem deixaria a posição passiva de ficar doente, tornando-se o sujeito da ação, responsável pelo seu adoecer.

Fenichel (1945/1981) abordou a psicossomática de forma ampla, reeditando as diferenças entre as conversões histéricas e os sintomas psicossomáticos, já apontadas por Freud. A primeira, seria a expressão de uma fantasia em linguagem corporal, tendo uma significação inconsciente; enquanto a segunda de índole física, constituir-se-ia em alterações fisiológicas causadas pelo uso inadequado da função. Para classificar esta diferença, ele propôs quatro categorias de sintomas envolvendo, equivalentes de afetos; transtornos bioquímicos na pessoa insatisfeita; conseqüências físicas das atitudes inconscientes e disfunções hormonais e vegetativas.

Trillat (conforme citado por Ávila, 1996) também abordou o caráter simbólico do sintoma na histeria. O sintoma seria visto como algo mudo, uma somatização do afeto que não passaria pela linguagem. A emoção converter-se-ia em uma resposta fisiológica, passando a perturbar o organismo. Enquanto na conversão histérica o sintoma apresentase carregado de significações e afetos, na somatização, este surge desprovido de um correspondente simbólico, configurando-se como uma disfunção orgânica em resposta a estados emocionais.

Os estudos de Alexander (conforme citado por Mello Filho, 1979) constituíram um marco na evolução dos conceitos na psicossomática. Realizando trabalhos com pacientes hospitalizados, abrangendo tratamento analítico e entrevistas, Alexander propôs duas grandes categorias na formação de sintomas. A primeira denominada como estados conversivos, onde se situariam todos os sintomas somáticos do tipo histérico; a segunda, neuro-vegetativa, incluiria a grande maioria das doenças que começaram a ser chamadas

de psicossomáticas, como as várias afecções do aparelho digestivo, formas de alergias e outras. Posteriormente, o autor retoma a verdadeira correlação psicossomática como sendo a estabelecida entre as constelações emocionais e as respostas fisiológicas (Alexander, 1987/1989).

Segundo Santos Filho (1992), Alexander buscou correlacionar sete doenças classificadas como psicossomáticas à específicas constelações de personalidade. Desta forma, uma pessoa com determinado tipo de personalidade aliado a fatores constitucionais, diante de certos momentos vitais, deflagraria uma crise psicossomática. Pessoas com neurodermatite apresentariam grande carência de contato físico, problemas referentes à manipulação dos impulsos hostis apareceriam muitas vezes entre as vítimas de hipertensão (Alexander, 1987/1989).

Vários estudos foram realizados com o intuito de correlacionar perfil psicológico e determinadas perturbações orgânicas. Howard e Lewis (1993), descreveram dois estudos que buscaram comprovar um suposto embricamento entre estado físico e traços de personalidade.

No primeiro, realizado por Ring em 1957, foram avaliados mais de quatrocentas pessoas que sofriam de determinados distúrbios orgânicos, como, asma, hipertensão, colite ulcerativa, neurodermatites e outras, totalizando quatorze tipos de moléstias. Apenas com a análise da personalidade, por meio de entrevistas e sem que os pacientes fizessem qualquer menção à patologia física, foram identificados, 100% dos casos de hipertiroidismo, assim como 83% dos casos de úlcera péptica e artrite reumatóide, 71% das vítimas de oclusão coronária, e entre 60% e 76% dos portadores de asma, diabete, hipertensão e colite ulcerativa (conforme citado por Howard & Lewis, 1993).

Em um segundo estudo, realizado no Chicago Institute for Psychoanalysis em 1968, médicos e analistas trabalharam conjuntamente buscando correlacionar tipos específicos de personalidade a determinadas patologias. Foram avaliadas pessoas que apresentavam asma brônquica, úlcera péptica, artrite reumatóide, neurodermatites entre outras patologias. A porcentagem de acerto do diagnóstico foi de 41% dos casos, sendo uma média respeitável, tendo em vista que as análises foram realizadas apenas com base nos aspectos comportamentais e características psíquicas dos pacientes (conforme citado por Howard & Lewis, 1993).

Bergeret (1988) descreveu os caracteres psicossomáticos como relacionados a um modo de funcionamento mecanizado do pensamento, marcado pela racionalização dos

comportamentos e associação a causas exteriores, com pouco impacto dos afetos e não expressão de emoções. O modo de adaptação do caráter psicossomático seria marcado por uma sólida aderência à realidade, tendendo a ser considerado sensato e equilibrado, não dando muita importância aos problemas afetivos.

A esta dificuldade de contato e expressão dos afetos deu-se o nome de *Alexithymia*. Tal denominação, originária do grego (a - sem, lexis - palavra, thumus - ânimo ou afetividade), significa “ausência de palavras para nomear as emoções”. Este conceito, de origem norte-americana, estudado por Nemiah e Sifneos (conforme citado por Silva & Caldeira, 1992), corresponde a dificuldade em sentir e descrever as emoções, contrastando com a capacidade fantasiosa e notável colorido emocional do neurótico. Kristal (conforme citado por Silva & Caldeira, 1992) apontou ainda como característica psicossomática a dificuldade de viver as emoções prazerosas, o que chamou de anedonia.

Outra característica do funcionamento mental do paciente psicossomático diz respeito à presença de um pensamento mais mecanizado, denominado de *pensamento operatório*. Tal conceito, oriundo da Escola Psicossomática de Paris, refere-se ao predomínio de um mundo interno pobre, com investimento intenso na realidade externa, favorecendo a hiperadaptação. O pensamento restringe-se basicamente aos detalhes insignificantes do meio, abstendo-se de fantasias que normalmente acompanham e expressam sentimentos interiores e impulsos. Assim a falta de “fantasmáticação” caracterizaria o comprometimento psicossomático (McDougall, 1991; Marty e M’Uzan, 1994; Marty, 1996/1998).

A *alexithymia* e o *pensamento operatório* são descritos por Valabrega (conforme citado por Silva e Caldeira, 1992) como defesas arcaicas atuando em estruturas psíquicas, marcadas por uma carência presente em diversos níveis. Essas carências podem ser no plano: a) das relações objetivas, traduzido clinicamente pela inexistência ou pobreza das relações transferenciais; b) da significação da sintomatologia, ou seja, o sintoma apresenta-se destituído de significado; c) da “fantasmáticação”, pobre ou ineficiente; d) do pensamento basicamente operatório, sem organização simbólica. Pelo fato de possuir características próprias bastante estáveis, o pensamento operatório passou a ser visto por alguns autores como um sintoma acompanhando as manifestações somáticas (Marty, 1990/1993; Marty & M’Uzan, 1994).

Embora a *alexithymia* e o pensamento operatório apresentem-se nos quadros psicossomáticos, nem sempre encontram-se associados à este, podendo ser encontrados

em pessoas que não desenvolveram doenças psicossomáticas. Contudo, a problemática relativa aos aspectos afetivos e sua forma de expressão é marcante na vida do paciente somatizante (McDougall, 1991, 1996; Marty, 1990/1993).

Lollo (1989), em um estudo empírico com técnica projetiva, constatou que pacientes com diagnóstico de úlcera péptica se enquadravam nesta *Síndrome de Alexithymia*, sinalizando um funcionamento mental primitivo, com predomínio do formalismo, racionalização, estereotípi, imaturidade afetiva, coarção e pobreza de recursos.

Dificuldades no funcionamento mental também foram apresentados entre pacientes portadores de úlcera péptica em um estudo desenvolvido por Cabrera (1991). Procedeu a avaliação de características de personalidade dos pacientes através do Inventário Simplificado de Personalidade (ISP), elaborado e validado por Richar I. Lanyon (1970). O ISP permitiu a discriminação de características de personalidade destes pacientes, que apresentaram altos escores nas escalas de Neuroticidade e Insanidade.

Petot (1996) comentando vários trabalhos que demonstraram a presença da *alexithymia* durante períodos agudos da doença, com freqüente desaparecimento ou diminuição após a recuperação ou alívio do sintoma psicossomático, constatou que esta poderia ser vista como um concomitante ou um efeito da desordem somática.

Diante destas questões, a referida autora realizou um trabalho visando observar o tipo de funcionamento mental de pessoas alexithimicas que não apresentavam distúrbios somáticos. Participaram deste estudo 213 sujeitos, sendo utilizada para a coleta de dados a Escala de *Alexithymia* de Toronto (TAS) e a técnica projetiva de Rorschach. A TAS consiste em 26 itens de perguntas a respeito da auto-representação quanto ao funcionamento e características pessoais. O resultados foram surpreendentes, pois sujeitos *alexithimicos* comparados aos sujeitos com baixa *alexithymia* apresentaram características típicas de riqueza psicológica, assim como grande produtividade e mais recursos psíquicos, que os sujeitos com baixa *alexithymia*.

Segundo Marty (1989), o funcionamento mental do paciente psicossomático apresentaria dificuldades na elaboração de eventos traumatizantes, favorecendo a emergência de patologias físicas.

A psicossomática de Pierre Marty baseia-se na concepção de que a mente, em certas condições, pode não assimilar um traumatismo, havendo uma sobrecarga orgânica, resultando na somatização (Vieira, 1997). A esta capacidade de assimilação mental, Marty

denominou *mentalização*. A *mentalização* diz respeito à aspectos quantitativos e qualitativos das representações psíquicas que, no caso do paciente psicossomático, apresentam diferenças interindividuais e de acordo com o momento. Pessoas com maiores dificuldades de simbolização e presença de uma pobreza de representações seriam classificadas como neuróticos *mal mentalizados*, já a riqueza de representação e pensamento caracterizaria os neuróticos *bem mentalizados*, havendo ainda uma terceira classe, a das *mentalizações incertas*. Desta forma, segundo o autor, a gravidade da afecção somática apresentará uma estreita relação com o tipo de funcionamento mental, ou seja de mentalização da pessoa (Marty, 1996/1998).

Buscando ampliar a compreensão acerca do paciente psicossomático, McDougall (1996) propôs o termo *desafetação* em substituição aos de *pensamento operatório* e *alexithymia*. Segundo esta autora, o paciente psicossomático não se caracteriza pela incapacidade de vivenciar ou exprimir emoções e sim pela incapacidade de suportar a contenção de excesso de experiência afetiva, impossibilitando-o de refletir sobre a experiência. A *desafetação* corresponderia a expulsão, do psiquismo, de percepções, pensamentos e fantasias, como se houvesse uma rejeição por parte do ego ao evento traumático e ao afeto correspondente, produzindo, então, respostas somáticas.

Na relação soma-psique, assim como os processos psíquicos apresentam-se vinculados ao corpo, este também influencia a organização mental, constituindo-se o corpo físico e sua representação psíquica - imagem corporal - como fatores relevantes no desenvolvimento integral do indivíduo.

McDougall (1991) abordou a importância da representação corporal, da imagem psicossomática na constituição da identidade do ego. A forma como o corpo é pensado e a posição assumida frente a esse corpo influenciaria a relação estabelecida com o mundo circundante. De acordo com Capisano (1992), a formação da imagem corporal baseia-se não apenas na sensação ou imaginação, mas estrutura-se na mente num processo de auto-percepção e contato com o mundo circundante. Segundo o autor, imagem corporal e personalidade encontram-se em íntima relação, onde mudanças psíquicas proporcionariam alterações também na imagem corporal. Esta não se modificaria apenas em função de processos maturacionais ou mudanças orgânicas concretas, mas também por meio de transformações libidinais.

A importância do corpo físico na organização psíquica também é salientada por Anzieu (1989). Segundo o autor, a psique apresenta-se em estreita relação com aspectos

corporais, onde funções psíquicas desenvolver-se-iam com o suporte de uma função corporal cujo funcionamento se transpõe ao plano mental.

Em pacientes psicossomáticos, a figuração corporal no aparelho psíquico parece não ocorrer de forma satisfatória, prevalecendo a ignorância com relação ao próprio corpo e suas funções. O pensar sobre este corpo torna-se ansiogênico e assustador (Howard e Lewis, 1993).

Tendo em vista o enfoque dado até o presente momento, no trabalho com pacientes psicossomáticos, a abordagem do funcionamento mental mostra-se extremamente relevante. Através deste é possível uma melhor compreensão das manifestações da doença como expressão do funcionamento mental e de características de personalidade.

III. *A pele e as manifestações psíquicas*

Fenichel (1945/1981), ao discorrer sobre a conversão histérica pontuou os determinantes na escolha da região afetada como sendo: as fantasias sexuais inconscientes e erogeneidade correspondente da parte acometida; o fator puramente físico; a relação entre o órgão e a situação na qual ocorreu a repressão e a relação entre o funcionamento do órgão e sua capacidade de expressão simbólica do impulso inconsciente atuante.

Em função da reconhecida importância que alguns órgãos apresentam na psique, estabeleceu-se o conceito de *órgão de choque*, caracterizado pela supervalorização de um determinado órgão tornando-o preferencialmente susceptível as manifestações emocionais, em detrimento as outras regiões do organismo. Esta importância, muitas vezes adquirida por certos órgão, sistemas ou partes do corpo, advém do fato destes terem sido sede de doenças em determinados períodos cruciais do desenvolvimento da pessoa, ou por terem sido alvo da atenção do meio-ambiente, recebendo uma sobrecarga de significação afetiva (Mello Filho, 1979).

A utilização do corpo como canal de comunicação do conflito é o ponto principal da psicossomática. No caso específico das desordens dermatológicas, o conflito mostra-se visível, circunscrito na pele. Esta, aparentemente insignificante em relação à outros órgãos, é muito importante para a pessoa. Através da pele o indivíduo se identifica. Ela é o seu *cartão de visita*. No momento em que a pessoa apresenta-se com lesões na pele ela pode estar criando uma barreira dificultando a aproximação do outro. Subjacente a isto podem estar as dificuldades nos relacionamentos interpessoais.

Fenichel (1945/1981) descreveu quatro características da pele, que possibilitariam as influências de reações vasomotoras evocadas por impulsos inconsciente, a saber: a) a pele como membrana protetora examinando os estímulos que chegam e, se necessário, embotando-os ou rejeitando-os; b) a pele como zona erógena importante, quando da repressão dos impulsos, haveria uma tendência recorrente à estimulação cutânea que se expressaria por alterações cutâneas; c) a pele, como superfície, como parte que se vê externamente, podendo ser a sede da expressão de conflitos e de aspectos exibicionistas; d) a pele como local de expressão da ansiedade, em função das reações simpaticotônicas dos vasos sangüíneos.

Spitz (1965/1993), estudando recém-nascidos com eczemas, concluiu que esses geralmente demonstravam uma necessidade anormal e intensa de contato físico. Paralelamente, observou a precariedade do contato físico entre estas crianças e suas mães.

Segundo Alexander (1987/1989), a pele assume um papel importante na expressão das emoções. No caso específico da psoríase, sua gênese estaria relacionada a tendências exibicionistas, que, em contrapartida, despertariam sentimentos de culpa, levando ao surgimento das lesões como forma de punição.

Anzieu (1989) relata a ocorrência de diversas observações clínicas sugerindo uma relação proporcional entre a profundidade da alteração da pele e a profundidade do dano psíquico no paciente. Dentro de uma concepção analítica, Anzieu propõe a presença de conflitos específicos atuando na formação de diversas dermatoses. O prurido estaria ligado a desejos sexuais envolvendo culpabilidade, num jogo de auto-erotismo e auto-punição, sendo também uma forma de manter a atenção sobre si. O eczema generalizado poderia traduzir uma regressão ao estado infantil de completa dependência. O eritema estaria relacionado aos desejos sexuais e agressivos dos quais o paciente se envergonha.

Para Chiozza (1991), as funções da pele como superfície de contato, barreira limitante, bem como sua função simbólica de auto-representação, relacionam-se com as fantasias inconscientes específicas do órgão pele.

IV. Psoríase: aspectos clínicos e psicossomático

Dentre as dermatoses, destaca-se uma em especial, a *psoríase*. Uma espécie de lesão, sem etiologia definida. Esta erupção eritêmato-escamosa caracteriza-se por uma aceleração do índice de substituição da epiderme, apresentando uma evolução crônica, com períodos de exacerbação e de calma, cujas lesões podem restringir-se a uma área específica, ou ocupar todo o corpo (Sampaio, 1981; Azulay, 1985; Camisa, 1994). Seu aspecto, geralmente, caracteriza-se por manchas bem definidas rosadas ou avermelhadas, cobertas de escamas de diferentes graus, podendo ser salientes. Pode apresentar-se sob diferentes formas como a psoríase vulgar, eritrodérmica, pustulosa (Chiozza, 1991; Fitzpatrick, Eisen, Wolff, Freedberg & Austin, 1993).

A psoríase vulgar é o tipo de manifestação mais comum, com lesões em formas de gotas, círculos e placas com predomínio de eritema e/ou escamações. Localiza-se preferencialmente nos membros, cotovelos, joelhos, couro-cabeludo. A psoríase pustulosa caracteriza-se por pústulas podendo se disseminar pelo tronco, membros, palmas da mão e sola dos pés. A psoríase eritrodérmica pode afetar todo o corpo, incluindo a face, tronco, mãos, pés e extremidades, apresentando esfoliações (Sampaio, 1981; Azulay, 1985; Fitzpatrick e cols., 1993).

Apesar de ser uma doença sem etiologia conhecida, algumas hipóteses como, influências genéticas, fatores ambientais, doenças associadas e sistema imunológico, têm sido levantadas na busca de maiores esclarecimentos sobre sua gênese e evolução (Camisa, 1994). Atualmente a psoríase vem sendo considerada uma doença imunoalérgica, em decorrência da constatação da relação entre algumas funções metabólicas da epiderme e defesas imunológicas (Chiozza, 1991).

Tal dermatose possui base hereditária, provavelmente multifatorial, ou seja, é de herança poligênica, requerendo fatores ambientais para a sua expressão. É considerada como uma diatese constitucional (psoríase latente) em que fatores exógenos ou endógenos poderão desencadear o quadro eruptivo. Desta forma, os aspectos psíquicos, assim como o ambiente externo são fundamentais para a evolução de um quadro psoriático (Sampaio, 1981; Azulay, 1985).

Dentre as possíveis causas associadas ao estabelecimento e evolução da psoríase destaca-se o estresse. Este define-se como uma reação orgânica a situações, que causam

alto impacto emocional, levando ao aparecimento de sintomas físicos e psíquicos. Tal termo introduzido por Hans Selye, em 1936, designa uma síndrome produzida por vários agentes nocivos, com a manifestação de uma diversidade sintomática, que poderia ser desencadeada por qualquer situação geradora de tensão. Para este autor a doença não configurar-se-ia apenas pela submissão a agentes nocivos, mas também pela luta em defesa da saúde (Selye, 1956/1965; conforme citado por Howard e Lewis 1993, Lipp, 1996).

O estresse constitui-se em um processo que inicia-se no momento em que o indivíduo entra em contato com a situação estressora levando inicialmente a manifestações fisiológicas comuns. As causas desencadeantes do processo de estresse podem ser tanto malignas quanto benignas. O que caracteriza um evento como estressor é a sua capacidade de romper o equilíbrio interno do organismo, levando-o a um conjunto de reações na busca de adaptação à situação imposta. Assim, o indivíduo reage a estas situações estressantes por meio de sintomas, tanto físicos quanto psíquicos, na busca de certo equilíbrio interno e uma suposta adaptação (Selye, 1956/1965; Fine, 1990; Lipp, 1996).

Contudo, o desenvolvimento do processo do estresse diferencia-se no decorrer do tempo e em função das diferenças individuais (Lipp & Guevara, 1994; Lipp, 1996). Assim, a forma como as situações estressantes são vivenciadas e suas conseqüências à nível físico e psíquico, estão intimamente relacionadas com as características individuais.

Segundo Ewalt (s/d) a interpretação de uma situação como estressante depende da experiência vital da pessoa, do valor simbólico atribuído, consciente ou inconscientemente a tal acontecimento. Já Mandler (1984) pontua como essencial para a caracterização de uma situação como estressante o grau de mudança acarretada na vida da pessoa e sua discrepância com as expectativas iniciais, havendo neste caso também a influência de características individuais.

Vários estudos têm sido realizados abordando a influência de eventos estressores como catalizadores das manifestações psoriáticas, favorecendo seu surgimento, reincidência e agravamento (Fava, Perini, Santonastaso & Fornasa, 1980; Invernizzi e cols., 1988; Al'Abadie, Kent & Gawkrödger, 1994; Gupta e Gupta, 1995a; Harvima e cols., 1996).

Enquanto o estresse pode levar ao desenvolvimento da psoríase, esta por sua vez, tem como conseqüências não apenas o desconforto físico como também o social. Neste sentido, outro fator relevante a ser pontuado diz respeito ao seu impacto sobre a qualidade de vida (Brassine & Neys, 1986; Finlay & Coles, 1995; Kurwa & Finlay, 1995).

Ao se abordar a influência da psoríase na adaptação psicossocial, faz-se importante a discussão acerca do estigma. Tal termo, criado pelos gregos, refere-se a sinais corporais que possivelmente indicariam algo de extraordinário ou mau sobre o status moral do seu portador (Goffman, 1963/1988). Extrapolando os limites físicos, a estigmatização envolve a depreciação do diferente, sendo este julgado como inferior.

Vários são os trabalhos que abordam o impacto da psoríase e suas conseqüências na adaptação social do paciente (Ginsburg & Link, 1993; Gupta & Gupta, 1995b; Fried e cols., 1995; Schmid-Ott, Jaeger, Kuensebeck, Ott & Lamprecht, 1996; Mckenna & Stern, 1997). Ginsburg e Link (1993) avaliando 100 adultos com idade entre 20-70 anos, observaram que 99 paciente indicaram experiências de rejeição social franca, em lugares como academias de ginástica, piscinas, cabeleireiro e local de trabalho, suscitando sentimentos de discriminação. Em um estudo realizado por Mckenna e Stern (1997), os pacientes referiram grande prejuízo na adaptação social, com 40% do grupo relatando interferência da doença na vida social, 6% relatando problemas familiares em função da doença, 10% referindo moderada ou alta interferência no lazer, enquanto apenas 20% indicou pequeno efeito negativo na vida diária.

Buscando-se ampliar a compreensão acerca do quadro de psoríase, diversos trabalhos têm sido realizados tendo em vista a relevância do estresse, de aspectos psicológicos e a influência a adaptação psicossocial.

V. Instrumentos de avaliação psicológica e as manifestações dermatológicas

Diversos são os caminhos utilizados visando uma maior aproximação e compreensão dos aspectos psicológicos envolvidos nas manifestações dermatológicas. A elaboração e utilização de instrumentos desenvolvidos em contextos distintos, vêm proporcionar uma maior compreensão dos aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais/adaptativos de pacientes com doenças dermatológicas.

Pinto (1996), objetivando avaliar o nível de estresse e adaptação psicossocial de 24 pacientes de vitiligo, utilizou o Inventário de Sintoma de Stress e instrumentos de medida de Qualidade de Vida. Em suas investigações, os pacientes apresentaram déficit na qualidade de vida, principalmente com relação a saúde e adaptação social, além da presença de estresse em 54% do grupo avaliado.

Com relação à psoríase, estudos foram realizados visando uma maior compreensão da relação entre nível de estresse e desenvolvimento e evolução da doença, bem como das manifestações psicológicas envolvidas enquanto resultado de situações estressantes, e dos aspectos psíquicos dos seus portadores.

A avaliação da influência de eventos estressores e elevação do nível de estresse no estabelecimento e evolução da psoríase tem sido o foco de vários trabalhos (Fava e cols., 1980; Invernizzi e cols., 1988; Gaston, Crombez, Lassonde, Buzzanga & Hodgins, 1991; Al'Abadie e cols., 1994; Farber & Nall, 1993; Gupta & Gupta, 1995a; Harvima e cols., 1996).

À nível neuro-fisiológico, estudos clínicos têm apresentado discussões concernentes a relação entre o estresse e a manifestação psoriática, onde o primeiro poderia estar atuando na suscetibilidade à doença ou como causa da mesma. Como explicação geral, propõe-se que situações estressantes aumentariam o nível de um neuropeptídeo no organismo da pessoa conhecido como substância P. Em estudos realizados por Farber, Rein e Lanigan (1991) e Pincelli, Fantini, Magnoni e Giannetti (1994) observou-se que algumas características das lesões na psoríase poderia ser induzida

por esta substância. Assim, segundo estes autores, situações estressantes contribuiriam na elevação do nível da substância P, levando ao aparecimento da doença.

Entretanto, em um estudo realizado por Mazzetti e cols. (1994) com a participação de 80 pacientes com psoríase (38 mulheres e 42 homens), não foi observada uma relação significativa entre intensidade de estresse e condições de saúde do paciente. Os autores discutem como hipótese que a influência do estresse pode variar de acordo com a condição psíquica da pessoa. Utilizaram para a coleta dos dados questionário, entrevistas e as técnicas do Rorschach, MMPI e HTP. Segundo os referidos autores, o efeito da intensidade do estressor poderia variar de acordo com as condições psíquicas e a patologia psiquiátrica poderia propiciar uma maior suscetibilidade ao estresse. Os pacientes psoriáticos apresentaram uma estrutura de identidade precária, geralmente estabelecendo relações simbióticas. A crise de identidade permearia a problemática do paciente, que sentindo-se minado enquanto pessoa, faria da doença uma resposta compensadora, aliviando sua ansiedade. Desta forma, o paciente se defenderia da ansiedade e da desintegração interna marcando claramente as fronteiras do corpo.

Al'Abadie e cols. (1994), buscaram observar possíveis diferenças da influência de eventos estressores em diversas patologias dermatológicas. Para tal, foram avaliados 143 pacientes com psoríase, 83 com problemas como urticária e acne e 128 com problemas de fungo, carcinoma. Os resultados sugeriram que experiências estressantes estavam mais associadas a data de início entre os pacientes com psoríase em comparação aos demais.

Harvima e cols. (1996) realizaram um estudo avaliando nível de estresse psíquico e severidade das lesões psoriáticas em 38 pacientes. Procederam a divisão dos pacientes em dois grupos, um com alto nível de estresse (n= 21) e outro com baixo nível (n= 17), de acordo com as respostas fornecidas pelos pacientes a quatro questionário de avaliação (General Health Questionnaire, Somatization Questionnaire, Depression Questionnaire e Life Change Questionnaire). O grupo de pacientes com alto nível de estresse apresentou lesões mais graves em comparação ao grupo com baixo estresse. A expansão das lesões foi significativamente associada a eventos estressantes entre os homens em comparação às mulheres. O estudo sugeriu que o estresse psíquico está associado ao agravamento da doença.

Com relação ao funcionamento mental dos pacientes psoriáticos, na década de 80-90, estudos realizados apontaram alguns correlatos psíquicos na psoríase, como o choque emocional; o aumento de preocupações e ansiedades correspondendo à piora da lesão;

aumento de instabilidade emocional ou de insegurança; alto grau de neuroticidade; distúrbios no ambiente familiar; alta frequência de caráter esquizóide, inibição da agressividade resultando em depressão, entre outros (Rubino, Sonnino, Pezzarossa, Ciani & Bassi, 1995).

Fadden (1983), em um trabalho realizado no nosso meio, com o objetivo verificar aspectos psicológicos que poderiam estar relacionados à etiologia da psoríase, avaliou, através de entrevistas psicológicas e a técnica de Rorschach, 20 pacientes com diagnóstico de psoríase, sendo 15 mulheres e 5 homens, com idade variando entre 18 a 55 anos. Os resultados foram comparados com um grupo controle de sujeitos não portadores de psoríase. Os pacientes com o distúrbio demonstraram um trabalho mental imaturo, pouco criador, restrito a um pensamento concreto. A agressividade, labilidade de sentimentos, e impulsividade também foram observadas nestes pacientes, que apresentaram sérios distúrbios na esfera emocional da personalidade, dificultando a adaptação à realidade. Segundo a autora, estas dificuldades são de natureza profunda e grave, sendo possivelmente adquiridas durante o desenvolvimento, não se tratando, portanto, de uma reação em função da moléstia.

Características neuróticas diversas foram apresentadas por pacientes com psoríase em um estudo realizado por Lyketos, Stratigos, Tawil, Psaras e Lyketos (1985). Os autores procederam a aplicação do The Personality Deviance Scale, The States of Anxiety and Depression Scale, The Social Readjustment Rating Scale e o The Present State Examination, em 26 pacientes com psoríase, 26 com alopecia, 28 com urticária e 38 pacientes com outros diagnósticos dermatológicos, não considerados como psicossomáticos. Com relação aos pacientes com psoríase, observou-se a presença de elevada agressividade, ansiedade e depressão em comparação ao grupo controle.

Sorribas, Braude e Camona (1991), realizando psicodiagnósticos de 18 pacientes de ambos os sexos, com diagnóstico de psoríase e vitiligo, observaram entre os portadores de psoríase grande dificuldade elaborativa, com predomínio de dissociação e erupção brusca da impulsividade, vivida como desorganizante. Estes apresentaram fracasso no processo de simbolização e fortes impulsos agressivos e de morte.

Em outro estudo, Andreoli e cols. (1994), buscaram relacionar a psoríase a uma personalidade específica ou à características que poderiam produzir uma predisposição ao desenvolvimento da doença. Para tal foi aplicado a técnica de Rorschach em 80 pacientes, 40 mulheres e 40 homens. Foi observada a presença de pensamento concreto, inibição

específica ou global de potencialidades, bem como de reações afetivo-emocionais, especialmente aquelas controladas conscientemente. Desordens atípicas, evitação, dependência, confusão, também caracterizaram o quadro de personalidade destes pacientes.

A dificuldade nos relacionamentos interpessoais e com relação à imagem corporal foram também apresentadas entre pessoas com psoríase (Gupta e Gupta, 1997). Contudo, apesar da extensão e localização da lesão influenciarem e condicionarem a sexualidade do paciente, sua identidade sexual não se apresentou afetada (Polenghi e cols., 1994).

A análise de características psíquicas de pacientes psoriáticos também foi realizada por outros pesquisadores na Itália (Rubino, e cols., 1995). Este estudo contou com a colaboração de 192 pacientes com psoríase e 192 pacientes da clínica cirúrgica e dentária. Para a coleta dos dados foram utilizados dois instrumentos de avaliação, o Inventário Multiaxial da clínica de Milão - II e o Inventário de Condição - Sintoma - Alucinação. O primeiro constitui-se de 175 itens de questões sobre a pessoa, sendo respostas fechadas de sim ou não. Este possibilita avaliar as desordens psiquiátricas de acordo com o DSM III. O segundo composto de 84 itens avalia a presença de sintomas em uma escala de pontuação. Constataram correlação entre psoríase e desordens severas de personalidade, e os pacientes psoriáticos apresentaram mais patologias neuróticas e psicóticas, além de ansiedade moderada.

Com relação à qualidade de vida, estudos demonstram que a psoríase atua de forma negativa na relação da pessoa com seu meio (Finlay, Khan, Lunscombe & Salek, 1990; Kent & Al'Abadie, 1992; Ginsburg & Link, 1993; Gupta & Gupta, 1995b; Fried e cols., 1995; Finlay & Coles, 1995; Kurwa & Finlay, 1995; Schmid-Ott, e cols., 1996; Gupta & Gupta, 1997; McKenna & Stern, 1997).

Fried e cols. (1995), visando avaliar o grau de prejuízo psicossocial presente entre paciente com psoríase, elaboraram um questionário respondido por 64 pacientes em tratamento. Em praticamente 50% dos pacientes foi observado alto nível de ansiedade, depressão e raiva durante os períodos de piora da doença, que poderiam influenciar na adaptação psicossocial.

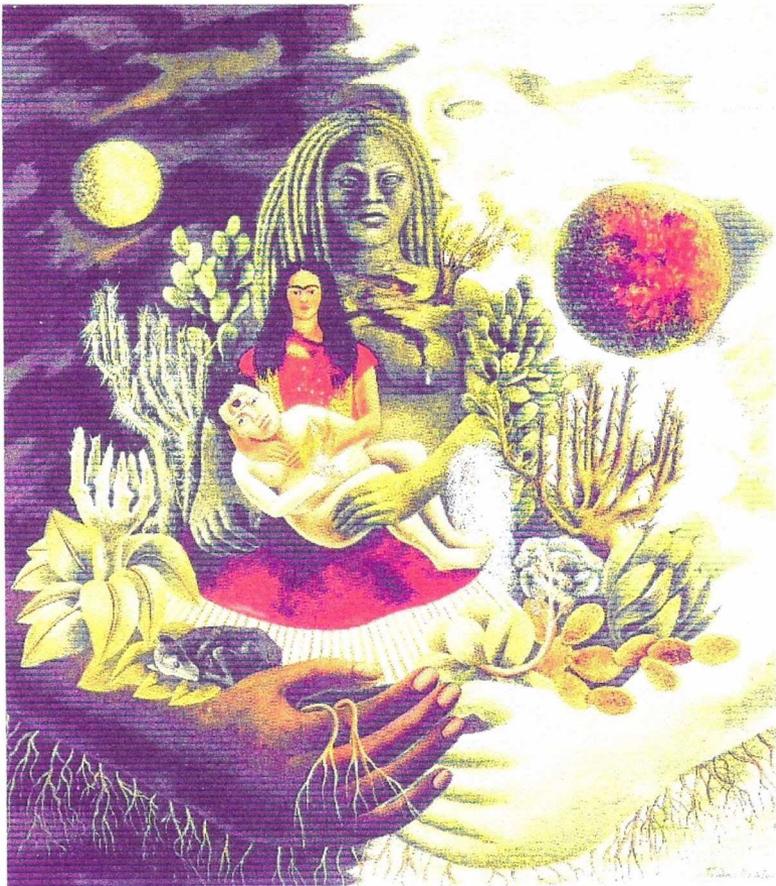
Visando avaliar o impacto da doença na qualidade de vida do paciente, Gupta & Gupta (1995b) avaliaram 110 pacientes do sexo masculino e 105 do feminino, com idade variando entre 19-87 anos. Estes responderam a uma lista compreendendo eventos experienciados no último mês. Os resultados apontaram diferenças significativas entre as

idades, com relação a adaptação social. Pacientes de ambos os sexos com idade entre 18-45 anos relataram maior frequência de problemas associados a aparência física e socialização. O grupo masculino apresentou maior medo de perder o emprego e maior discriminação social quando comparado ao grupo feminino.

Finlay e Coles (1995) realizaram um trabalho com 369 pacientes, utilizando quatro questionários diferentes. O primeiro com seis perguntas a respeito da história e situação presente do paciente; o segundo Psoriasis Disability Index (PDI) com quinze perguntas sobre o impacto da doença no mês anterior; o terceiro pedindo para o paciente comparar sua doença com outras, e por último quatro questões sobre o valor quantitativo que o paciente dava para sua doença. Os resultados apontaram que muitos dos pacientes têm tido problemas relacionados à amizades, carreira, profissão, companheirismo, e ainda referiram que a doença afetou aspectos da rotina como banho e vestuários.

Schmid-Ott e cols. (1996) avaliaram 187 pacientes com psoríase, visando identificar as dimensões de experiências estigmatizadoras através do Questionnaire no Experience with Skin Complaints, composto por 34 itens. Os pacientes referiram maiores problemas relativos a auto-estima, isolamento social e rejeição. Pacientes mais velhos, do sexo feminino e com longa história de doença referiram mais sentimentos de estigmatização. Segundo os autores, um aspecto central do sentimento de estigmatização é o estresse por ele ocasionado, influenciando o curso da doença.

Analisando-se os estudos relatados, observa-se que a relação entre aspectos psicológicos e manifestações dermatológicas, tem sido amplamente consideradas. No caso específico da psoríase, em geral os trabalhos avaliam separadamente as variáveis, nível de estresse, características de personalidade e a adaptação psicossocial, suscitando questionamentos acerca de possíveis relações entre tais aspectos envolvidos neste quadro psicossomático.

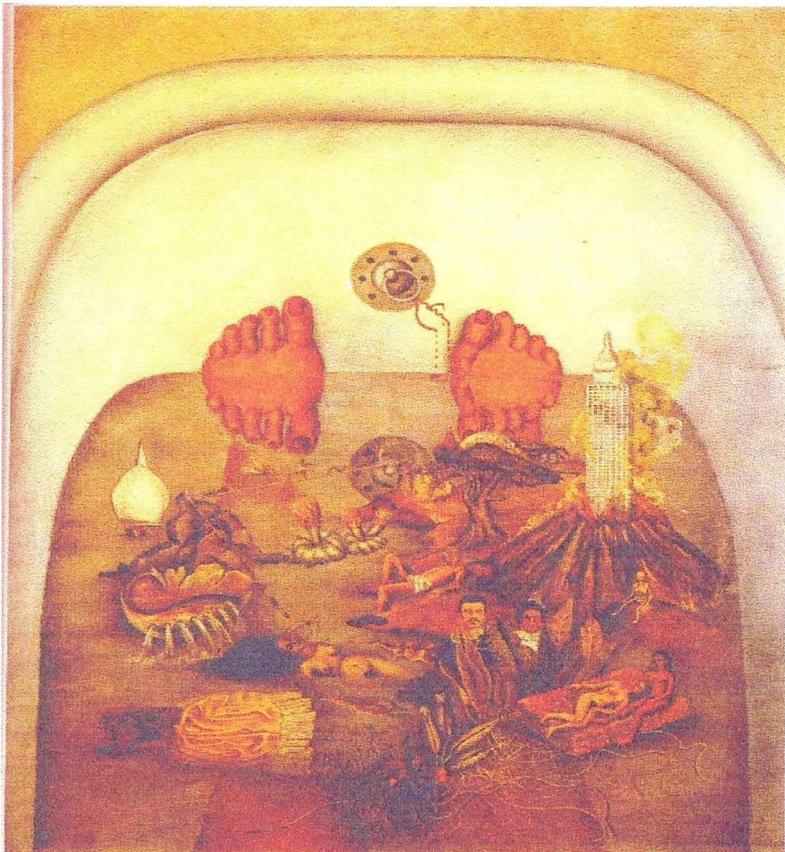


O abraço amoroso entre o Universo, a Terra,
Eu, o Diego e o Señor Xólotl.

Frida Kahlo, 1949.

OBJETIVO

No contexto clínico de atendimento a pacientes com psoríase, faz-se necessária a integração das diversas dimensões envolvidas de forma a poder estimar o impacto destas no cotidiano dos pacientes. Sob esta perspectiva, o presente trabalho tem por finalidade caracterizar aspectos psicológicos de pacientes com psoríase, através da avaliação de traços de personalidade, nível de estresse e qualidade de vida. Pretende-se avaliar através de entrevistas e inventários o funcionamento mental, a suscetibilidade a situações estressantes e a forma de ajustamento à condição atual, ou seja, como a psoríase está afetando a vida cotidiana, relacionando tais aspectos às variáveis, gênero, idade e peculiaridades clínicas.



O que vi na água ou, O que a água me deu.

Frida Kahlo, 1938.

METODOLOGIA

I. Caracterização da Situação de Estudo

O presente estudo foi realizado no Ambulatório de Dermatologia do Hospital da Clínicas da FMRP-USP. O ambulatório atende a pacientes, de Ribeirão Preto e região, portadores de diversas patologias dermatológicas, dentre elas a psoríase.

Os pacientes com psoríase são atendidos em um ambulatório especializado (ADPS), semanalmente, em um período específico do dia. Além do tratamento medicamentoso, o serviço oferece a possibilidade de participação em um programa de apoio psicológico. Este é realizado através de um grupo de psicoterapia focal, coordenado pela médica responsável pelo Ambulatório e por uma psicóloga.

II. Aspectos Éticos

O projeto em questão foi avaliado e aprovado pela Comissão Ética em Pesquisa do HCFMRP-USP (Anexo 1). Os pacientes foram contatados durante o retorno médico, onde foram-lhes explicados, pela pesquisadora e equipe médica, os objetivos e procedimentos da pesquisa, além do caráter voluntário da participação. Solicitou-se então o consentimento formal dos mesmos para a participação, conforme recomendações éticas para pesquisa com sujeitos humanos (Anexo 2).

III. Sujeitos

Foram sujeitos 60 pacientes adultos, em seguimento no Ambulatório de Dermatologia do HC da FMRP-USP, com idade variando entre 20 a 50 anos, sendo 30 do sexo masculino e 30 feminino, com diagnóstico médico de psoríase. Os pacientes participantes do presente trabalho, não estavam incluídos no programa de apoio psicológico, referido anteriormente.

Na Tabela I é apresentada a caracterização dos pacientes.

Tabela I: Caracterização demográfica dos pacientes com psoríase, discriminando os grupos masculino e feminino:

| <i>dados demográficos \sexo</i> | <i>masculino</i> | | <i>feminino</i> | | <i>Total</i> | | |
|---------------------------------|-----------------------------|----------|-----------------|----------|--------------|----------|-------|
| | <i>F</i> | <i>%</i> | <i>F</i> | <i>%</i> | <i>F</i> | <i>%</i> | |
| <i>Idade</i> | <i>20-30 anos</i> | 7 | 23.3% | 8 | 26.7% | 15 | 25% |
| | <i>31-40 anos</i> | 8 | 26.7% | 10 | 33.3% | 18 | 30% |
| | <i>41-50 anos</i> | 15 | 50% | 12 | 40% | 27 | 45% |
| <i>Estado Civil</i> | <i>casado*</i> | 22 | 73.3% | 20 | 66.7% | 42 | 70% |
| | <i>solteiro</i> | 7 | 23.3% | 6 | 20% | 13 | 21.7% |
| | <i>separado</i> | 1 | 3.3% | 4 | 13.3% | 5 | 8.3% |
| <i>Escolaridade</i> | <i>primário (1-5 anos)</i> | 18 | 60% | 20 | 66.7% | 38 | 63.3% |
| | <i>1º grau (6-8 anos)</i> | 8 | 26.7% | 3 | 10% | 11 | 18.3% |
| | <i>2º grau (8-11 anos)</i> | 2 | 6.7% | 4 | 13.3% | 6 | 10% |
| | <i>3º grau (12-15 anos)</i> | 2 | 6.7% | 3 | 10% | 5 | 8.3% |
| <i>Tipo de psoríase</i> | <i>vulgar</i> | 26 | 86.7% | 25 | 83.3% | 51 | 85% |
| | <i>pustulosa</i> | 1 | 3.3% | 3 | 10% | 4 | 6.7% |
| | <i>eritrodérmica</i> | 3 | 10% | 2 | 6.7% | 5 | 8.3% |

*Esta categoria incluiu pacientes casados legalmente ou que co-habitam com seus parceiros sem vínculo legal.

Observou-se que 75% dos pacientes avaliados encontraram-se na faixa etária entre 31 e 50 anos, 70% são casados e 21.7% solteiros. No que se refere a escolaridade, a maioria do grupo, 63.3% dos pacientes, possui entre 1 a 5 anos de escolaridade, correspondendo a parte inicial do primeiro grau e 18.3% possuem primeiro grau completo. Com relação a manifestação psoriática, houve um predomínio da psoríase vulgar, com 85% dos pacientes apresentando tal diagnóstico. Discriminando os grupos masculino e feminino, não foram observadas diferenças expressivas entre ambos. Com relação a idade, 76.7% dos homens e 73.3% das mulheres encontram-se na faixa etária de 31 e 50 anos. A maioria do grupo masculino, 73.3% e do feminino, 66.7%, é casada. Observou-se um

predomínio de baixo grau de escolaridade, 1 a 5 anos, tanto entre os homens (60%) como entre as mulheres (66.7%). Quanto ao tipo de psoríase, ambos os grupos apresentaram maior incidência de psoríase vulgar no momento da avaliação, 86.7% correspondendo ao grupo masculino e 83.3% ao feminino.

IV. Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos:

☞ Entrevista Semi-estruturada, elaborada em função dos objetivos do trabalho, abordando dados de identificação e questões relativas ao estado geral de saúde e adaptação social do paciente (Anexo 3).

☞ Inventário de Sintoma de Stress (ISS), proposto por Lipp (1989), validado empiricamente por Lipp e Guevara (1994) e adaptado à população de baixa escolaridade por Pinto (1996). Propõe-se a avaliar a presença ou ausência de sintomas de estresse, discriminando a gravidade da sintomatologia e sua área de manifestação - somática ou psíquica. O inventário é constituído por uma lista de indicadores sintomatológicos físicos e psíquicos de estresse, cabendo a pessoa assinalar quais vem apresentando num intervalo específico de tempo (um dia, uma semana). De acordo com o tempo de permanência e gravidade da sintomatologia, esta corresponde a três fases de estresse - *Alerta, Resistência e Exaustão* (Anexo 4).

No ISS, a fase de alerta refere-se ao primeiro processo de estresse caracterizando o momento do contato com a situação estressora, com manifestações somáticas e psíquicas. A fase de resistência corresponde a permanência da situação estressante, envolvendo manifestações diversas, na busca do restabelecimento do equilíbrio geral. A fase de exaustão caracteriza-se pela permanência dos agentes estressores de forma constante e intensa, com agravamento dos sintomas físicos e impossibilidade em lidar de forma efetiva com tal situação (Lipp, 1996).

☞ Inventário Simplificado de Personalidade (ISP), elaborado por Richar I. Lanyon (1970) e adaptado ao nosso meio por Cabrera (1991), permite detectar pessoas que

potencialmente apresentem distúrbios psiquiátricos, possibilitando discriminar cinco setores específicos de personalidade: *Insanidade, Comportamento Anti-Social, Neuroticidade, Extroversão e Dissimulação*. O inventário é composto por 130 frases, sendo solicitada a escolha entre as opções falso e verdadeiro (Anexo 5).

No ISP, cada setor avaliado compreende um conjunto de sinais e sintomas de manifestações psíquicas e comportamentais com características comuns, de acordo com as altas e baixas pontuações. A Insanidade, caracteriza-se pela presença de indicadores de isolamento, desconfiança, ansiedade paranóide, perda de controle, distorções sensoriais e sensações de estranheza ou de irrealidade. A alta pontuação nesta escala sugere a necessidade de uma avaliação psiquiátrica formal. A escala Comportamento Anti-social compreende indicadores de características sociopáticas. A alta pontuação refere-se a impulsividade, agressividade, dificuldades de aceitação de limites externos, gosto pelo perigo e projeção. A baixa pontuação nesta escala está associada ao conformismo excessivo aos padrões sociais e à moral vigente. A escala Neuroticidade, reúne indicadores relativos a ansiedade e adaptação social. A alta pontuação refere-se a rigidez, suscetibilidade à ansiedade e reações neuróticas sob estresse, com manifestações somáticas e psíquicas e de desadaptação social. A baixa pontuação nesta escala está associada à satisfação pessoal, flexibilidade à novas situações e adaptação social. A escala Extroversão avalia a habilidade e os níveis de controle sobre a impulsividade, compreendendo desde o controle rígido até as manifestações francas. A alta pontuação refere-se a indicadores de exibicionismo, impulsividade e necessidade de liderança. A baixa pontuação associa-se ao supercontrole, meticulosidade e atitude passiva. A escala Dissimulação apresenta-se como um elemento de correção, avaliando o grau de defensividade da pessoa com relação ao teste. A alta pontuação sugere auto-valorização, já a baixa pontuação sugere um grau anormal de prontidão na admissão de características pessoais indesejáveis.

♣ Inventário de Qualidade de Vida - Psoriasis Disability Index (PDI) - utilizado originariamente na Alemanha e Inglaterra, disponível em inglês e alemão (Finlay e cols., 1990; Kent & Al'Abadie, 1993; Finlay e Coles, 1995). O instrumento se propõe a avaliar a qualidade de vida de pessoas com psoríase, através de indicadores do impacto da doença sobre o seu estilo de vida e o cotidiano, avaliando indicadores do funcionamento social em áreas específicas. Compreende 15 questões de múltipla escolha, sendo oito referentes à atividades rotineiras e hábitos, duas às relações interpessoais e cinco ao lazer. Cada

questão apresenta 4 alternativas que diferenciam-se entre si pelo grau de intensidade do impacto da doença no cotidiano (Anexo 6).

A utilização do PDI no presente trabalho exigiu a sua tradução e adaptação, conforme detalhado a seguir no procedimento - estudo preliminar.

V. Procedimento

A) Estudo Preliminar - Adaptação do Psoriasis Disability Index (PDI)

Inicialmente o inventário foi traduzido por um psicólogo com fluência na língua inglesa. Posteriormente, a tradução foi revista e comparada ao instrumento original por duas psicólogas com bom conhecimento do idioma e experiência na utilização de instrumentos de avaliação psicológica, procedendo-se às reformulações necessárias, quanto a adequação das formulações dos itens à condição de avaliação.

O instrumento foi então aplicado, individualmente, em 10 pacientes com diagnóstico médico de psoríase, atendidos no Ambulatório de Dermatologia do HC da FMRP-USP. Imediatamente após a aplicação, a pesquisadora solicitou a colaboração dos pacientes no intuito de comentarem suas respostas as questões, esclarecendo as dúvidas de compreensão e possíveis confusões nas formulações, visando auxiliar na adequação do instrumento. Solicitou-se aos pacientes que parafraseassem as questões, oferecendo alterações as formulações consideradas pouco claras quanto a compreensão. Foram sugeridas alterações de termos e da formulação de algumas frases.

Umas das principais dificuldades identificadas foi relativa a delimitação temporal, presente em todas as questões. Optou-se por destaca-las na instrução inicial do inventário, sendo também rerepresentada a cada mudança de área avaliada. Com base nessas sugestões, o instrumento foi reformulado e procedeu-se novamente a comparação com o original em inglês, visando verificar a preservação do sentido proposto aos tópicos avaliados. As modificações efetuadas podem ser visualizadas nos Quadros I e II:

Quadro I: PDI - Itens - atividades rotineiras - formulação original e modificada:

| <i>ITENS</i> <i>FORMA ORIGINAL</i> | <i>ITENS</i> <i>FORMA MODIFICADA</i> |
|---|---|
| 1) Quanto a psoríase interferiu no desenvolvimento de seu trabalho em casa ou no jardim, nas últimas 4 semanas*? | 1) Quanto a psoríase atrapalhou no desenvolvimento de seu trabalho em casa ou no jardim ? |
| 2) Nas últimas 4 semanas, com que frequência você usou roupas de diferentes tipos e cores por causa da psoríase? | 2) Quanto (com que frequência) você usou roupas de diferentes tipos e cores por causa da psoríase? |
| 3) Nas últimas 4 semanas, quantas vezes a mais você teve que trocar ou lavar suas roupas? | 3) O quanto você teve que trocar ou lavar suas roupas, a mais, do que o de costume ? |
| 4) Nas últimas 4 semanas, o quanto tem sido problemática sua psoríase, no cabeleireiro ? | 4) Você teve problemas ou dificuldades no cabeleireiro por causa da psoríase ? |
| 5) Nas últimas 4 semanas, quantas vezes sua psoríase fez você tomar mais banho que o habitual? | 5) Quanto sua psoríase fez você tomar mais banho, ou lavar mais vezes partes do seu corpo , que o de costume ? |
| 6a) O quanto a sua psoríase tem feito você perder tempo fora do trabalho nas últimas 4 semanas ? | 6a) Quanto a psoríase tem feito você perder tempo fora do trabalho ? |
| 7a) O quanto a sua psoríase tem impossibilitado você de fazer coisas no trabalho, nas últimas 4 semanas ? | 7a) Quanto a sua psoríase tem impossibilitado você de fazer coisas no trabalho ? |
| 6b) Quanto sua psoríase tem impedido você de desenvolver suas atividades diárias normais, nas últimas 4 semanas ? | 6b) Quanto sua psoríase tem atrapalhado você fazer as atividades diárias normais (coisas que você fazia normalmente) ? |
| 7b) Nas últimas 4 semanas, quanto sua psoríase tem alterado a maneira como você desenvolve suas atividades diárias normais? | 7b) Quanto a psoríase tem mudado a forma como você faz suas atividades diárias normais, em comparação com o que era antes ? |
| 8) A sua carreira tem sido afetada por sua psoríase? (Ex: promoção negada, perda de emprego, convidado a mudar de emprego). | 8) Quanto a psoríase tem atrapalhado sua carreira ou profissão ? (Ex: promoção negada, perda de emprego, convidado a mudar de emprego). |

*Optou-se por destacar a variável tempo, no início de cada área avaliada, considerando a indicação - No último mês.

Quadro II: PDI - Itens - relações pessoais e lazer - formulação original e modificada:

| ITENS FORMA ORIGINAL | ITENS FORMA MODIFICADA |
|---|--|
| 9) Quanto a sua psoríase tem resultado em dificuldades sexuais nas últimas 4 semanas*? | 9) Quanto a psoríase tem provocado dificuldades sexuais ? |
| 10) Sua psoríase tem criado problemas com seu parceiro ou com qualquer um de seus amigos próximos ou parentes, nas últimas 4 semanas ? | 10) Quanto a psoríase tem provocado problemas com seu companheiro (a) ou com qualquer um de seus amigos próximos ou parentes ? |
| 11) Nas últimas 4 semanas, quanto sua psoríase tem impedido você de sair socialmente ou de sair para qualquer outra coisa? | 11) Quanto sua psoríase tem impedido você de sair socialmente (passar) ou de sair para qualquer outra coisa? |
| 12) Nas últimas 4 semanas, quanto a sua psoríase tem tornado difícil para você a prática do esporte? | 12) Quanto a sua psoríase tem tornado difícil para você a prática do esporte? |
| 13) O quanto você tem estado incapacitado ou sido criticado ou impedido de usar instalações comunitárias de banho ou de troca de roupa, nas últimas 4 semanas ? | 13) O quanto você tem se sentido incapacitado ou tem sido criticado ou impedido de usar locais públicos como banheiros ou vestiários ? |
| 14) Nas últimas 4 semanas, quanto a sua psoríase tem feito você beber mais álcool ou fumar mais do que você normalmente beberia/fumaria? | 14) Quanto a psoríase tem feito você beber mais álcool ou fumar mais do que você normalmente beberia/fumaria? |
| 15) Quanto que sua psoríase ou o tratamento dela tem tornado a sua casa bagunçada ou desarrumada, nas últimas 4 semanas? | 15) Quanto a psoríase ou o tratamento médico dela tem feito a sua casa ficar mais bagunçada ou desarrumada ? |

*Optou-se por destacar a variável tempo, no início de cada área avaliada, considerando a indicação - No último mês.

Após estas reformulações, foi elaborada a forma final do PDI utilizada no presente trabalho, a qual está apresentada a seguir:

PDI - Dificuldades relacionadas à psoríase.

Para cada questão, responda apontando a alternativa que mais se aplica a você.

Cada questão diz respeito apenas às quatro últimas semanas. Responda-as pensando em seu último mês.

Considerando as Atividades rotineiras - No último mês:

1) Quanto a psoríase atrapalhou no desenvolvimento de seu trabalho em casa ou no jardim ?

Nada/ Nenhuma vez Um pouco Muito MUITÍSSIMO

2) Quanto (com que frequência) você usou roupas de diferentes tipos e cores por causa da psoríase?

Nada/ Nenhuma vez Um pouco Muito MUITÍSSIMO

3) Quanto você teve que trocar ou lavar suas roupas, a mais, do que o de costume ?

Nada/ Nenhuma vez Um pouco Muito MUITÍSSIMO

4) Você teve problemas ou dificuldades no cabeleireiro por causa da psoríase ?

Nada/ Nenhuma vez Um pouco Muito MUITÍSSIMO

5) Quanto sua psoríase fez você tomar mais banho, ou lavar mais vezes partes do seu corpo, que o de costume?

Nada/ Nenhuma vez Um pouco Muito MUITÍSSIMO

Se você estiver trabalhando normalmente, favor responder a questões 6a e 7a, e então ir para a questão 8. Responda as questões pensando em seu último mês.

6a) O quanto a sua psoríase tem feito você perder tempo fora do trabalho ?

Nada/ Nenhuma vez Um pouco Muito MUITÍSSIMO

7a) O quanto a sua psoríase tem impossibilitado você de fazer coisas no trabalho ?

Nada/ Nenhuma vez Um pouco Muito MUITÍSSIMO

Se você não estiver trabalhando normalmente, favor responder as questões 6b e 7b. Responda as questões pensando em seu último mês.

6b) Quanto sua psoríase tem atrapalhado você fazer as atividades diárias normais (coisas que você fazia normalmente) ?

Nada/ Nenhuma vez Um pouco Muito MUITÍSSIMO

7b) O quanto a sua psoríase tem mudado a forma como você faz suas atividades diárias normais, em comparação com o que era antes?

Nada/ Nenhuma vez Um pouco Muito MUITÍSSIMO

8) Quanto a psoríase tem atrapalhado sua carreira ou profissão ? (Ex: promoção negada, perda de emprego, convidado a mudar de emprego)

Nada/ Nenhuma vez Um pouco Muito MUITÍSSIMO

Cada questão diz respeito apenas às quatro últimas semanas. Responda-as pensando em seu último mês.

Considerando as Relações Pessoais - No último mês:

9) Quanto a psoríase tem provocado dificuldades sexuais ?

Nada/ Nenhuma vez Um pouco Muito MUITÍSSIMO

10) Quanto a psoríase tem provocado problemas com seu companheiro (a) ou com qualquer um de seus amigos próximos ou parentes ?

Nada/ Nenhuma vez Um pouco Muito MUITÍSSIMO

Cada questão diz respeito apenas às quatro últimas semanas. Responda-as pensando em seu último mês.

Considerando o Lazer - No último mês:

11) Quanto a psoríase tem impedido você de sair socialmente (passear) ou de sair para qualquer outra coisa?

Nada/ Nenhuma vez Um pouco Muito MUITÍSSIMO

12) Quanto a psoríase tem tomado difícil para você a prática do esporte?

Nada/ Nenhuma vez Um pouco Muito MUITÍSSIMO

13) O quanto você tem se sentido incapacitado ou tem sido criticado ou impedido de usar locais públicos como banheiros ou vestiários ?

Nada/ Nenhuma vez Um pouco Muito MUITÍSSIMO

14) Quanto a psoríase tem feito você beber mais álcool ou fumar mais do que você normalmente beberia/fumaria?

Nada/ Nenhuma vez Um pouco Muito MUITÍSSIMO

15) Quanto a psoríase ou o tratamento médico dela tem feito a sua casa ficar mais bagunçada ou desarrumada ?

Nada/ Nenhuma vez Um pouco Muito MUITÍSSIMO

B) Estudo Propriamente Dito

**Coleta de dados*

A coleta de dados foi realizada nas dependências do Ambulatório de Dermatologia da FMRP-USP, pela psicóloga pesquisadora, em sessões individuais com o tempo total de aproximadamente duas horas, resguardando-se a privacidade do paciente.

Inicialmente, procedeu-se a um breve rapport, seguido da entrevista semi-estruturada, sendo as respostas anotadas pela pesquisadora. Após a entrevista, foi oferecido aos pacientes um intervalo. Em seguida, procedeu-se, na seqüência, a aplicação dos inventários, ISS, PDI e ISP, segundo as recomendações específicas de cada técnica. Em função da baixa escolaridade dos pacientes, as instruções e questões foram lidas pela pesquisadora, procurando-se manter o mesmo padrão vocal, sendo anotadas as respostas nos protocolos de avaliação. Quando de pedidos de esclarecimento, relativos a compreensão dos itens ou das alternativas, procurou-se fornecer-los, atendo-se a linguagem do instrumento, repetindo-se o item ou questão. Tais situações ocorreram com baixa freqüência e foram anotadas nos protocolos.

Ao término das entrevistas, procedeu-se a consulta aos prontuários, visando a obtenção de maiores informações quanto ao quadro clínico, envolvendo tempo de doença, tipo de psoríase, data de início (período da primeira manifestação da lesão) e localização das lesões.

VI. Tratamento dos dados

Finalizado o período de coleta de dados, deu-se início ao processo de análise. Os dados obtidos através da análise dos prontuários e das entrevistas, foram categorizados, visando a caracterização do quadro geral dos pacientes. Paralelamente, procedeu-se a cotação dos protocolos, segundo as normas de cada instrumento.

Na análise das entrevistas, após a leitura exaustiva, procedeu-se a categorização das respostas de cada área avaliada, de acordo com as semelhança de significados e para ilustrar o conteúdo considerado foram utilizados excertos. Com relação a situação clínica, os tópicos compreendendo uso de medicação e retornos foram categorizados, conforme informações de regularidade no tempo. As demais áreas avaliadas foram categorizadas tendo em conta a sua especificidade sendo apresentadas a seguir nos Quadros III, IV, V e VI.

Quadro III: Categorização e definição dos itens referentes a percepção do paciente frente a situação clínica.

| <i>Evolução da doença</i> | <i>Aparência física</i> |
|---|--|
| <p>a) melhorada: diminuição das lesões já existentes ou supressão dos sintomas como coceiras e dores;</p> <p>b) piorada: evolução negativa das lesões já existentes, surgimento de novas lesões, ou agravamento dos sintomas, como coceiras e dores;</p> <p>c) instável: períodos alternados de melhora e piora do quadro clínico;</p> <p>d) estabilizada: condição permanente e inalterada das lesões.</p> | <p>a) satisfatória: percepção positiva frente a aparência, independente da presença das lesões;</p> <p>b) insatisfatória: percepção negativa quanto a aparência, com expressão de sentimentos de inferioridade e anormalidade, relacionados a presença das lesões.</p> |

Quadro IV: Categorização e definição dos itens referentes a percepção do paciente frente aos relacionamentos interpessoais.

| <i>Parcerias</i> | <i>Relações interpessoais (familiares e amigos íntimos)</i> | <i>Impacto da psoríase</i> |
|--|--|--|
| <p>a) ausente: não contar com parceiro(a) (esposo/a, companheiro/a, namorado/a) no momento atual;</p> <p>b) presente/insatisfatório: presença de parceiro(a), no momento atual, sendo os aspectos de convivência avaliados como negativos;</p> <p>c) presente /satisfatório: presença de parceiro(a), no momento atual, sendo os aspectos de convivência percebidos como positivos.</p> | <p>a) satisfatório: facilidade no estabelecimento do contato com o outro e sentimentos de aceitação;</p> <p>b) insatisfatório: dificuldades de contato interpessoal e sentimentos de rejeição.</p> | <p>a) ausente: não percepção de interferência da doença nos relacionamentos interpessoais;</p> <p>b) presente/com dificuldade: influência negativa da psoríase no contato social, promovendo o afastamento das pessoas;</p> <p>c) presente/superado: adaptação, após certo tempo de doença, do paciente e das pessoas no geral, como que se acostumando a situação.</p> |

Quadro V: Categorização e definição dos itens referentes a percepção do paciente frente a vida social, envolvendo atividades de lazer.

| <i>Atividades de Lazer</i> | <i>Impacto da Psoríase</i> |
|---|---|
| <p>a) individual e ambiente doméstico: atividades desenvolvidas individualmente e no ambiente familiar, como leitura, assistir televisão, ouvir música;</p> <p>b) grupal e ambientes diversos: atividades de lazer desenvolvidas fora do ambiente doméstico, envolvendo a referência ao contato com outras pessoas, em atividades como jogos, passeios, visitas a amigos;</p> <p>c) mista: atividades tanto desenvolvidas dentro como fora do ambiente doméstico, isoladamente ou compartilhada.</p> | <p>a) ausente: vida social isenta da influência da doença;</p> <p>b) presente/com dificuldade: influência da psoríase, levando a mudanças nas atividades de lazer;</p> <p>c) presente/superado: adaptação a situação, após determinado tempo de doença, com retomada das atividades habituais.</p> |

Quadro VI: Categorização e definição dos itens referentes a percepção do paciente com relação a situação clínica, a aparência física e ao impacto da psoríase nos relacionamentos interpessoais e lazer:

| <i>Situação clínica</i> | <i>Aparência física</i> | <i>Impacto nos relacionamentos</i> | <i>Impacto no lazer</i> |
|--|--|---|---|
| <p>a) melhorado: melhora das lesões ou estabilidade do quadro, sem evolução negativa;</p> <p>b) piorado: evolução negativa do quadro e agravamento dos sintomas.</p> | <p>a) satisfatória: indicando a percepção positiva frente a aparência, no que diz respeito as lesões;</p> <p>b) insatisfatória: percepção negativa quanto a aparência.</p> | <p>a) presente: influência negativa da doença, atual ou superada, nos relacionamentos interpessoais, promovendo o isolamento social;</p> <p>b) ausente: não percepção da influência da doença nos contatos sociais.</p> | <p>a) presente: influência negativa da doença, atual ou superada, nas atividade de lazer;</p> <p>b) ausente: não percepção do impacto da doença no lazer.</p> |

Na análise dos protocolos, com relação ao ISS, inicialmente realizou-se a somatória dos itens assinalados positivamente, correspondentes aos três níveis de estresse:

Alerta, Resistência e Exaustão. Para cada nível de estresse, obteve-se uma pontuação, e esta foi comparada aos dados normativos (Lipp, 1989). A comparação dos dados possibilitou a classificação do nível de estresse e a identificação da área predominante de sintomas.

A cotação do ISP foi realizada através de máscaras apropriadas para a quantificação de cada escala, com a atribuição de escore igual a um ou a zero para cada resposta, conforme Cabrera (1991). As respostas coincidentes com as respostas do crivo de correção receberam o escore igual a um, já as respostas não coincidentes receberam o escore igual a zero. A somatória simples dos pontos, em cada uma das escalas, Insanidade, Anti-Social, Neuroticidade, Extroversão e Dissimulação, foi comparada aos dados normativos. A comparação da pontuação possibilitou a classificação dos pacientes, em três níveis quanto aos traços de personalidade: *normalidade*, correspondendo a média ± 1 desvio padrão, *tendendo ao desvio*, média ± 2 desvios padrão e *francamente desviante*, média ± 3 desvios padrão. Os valores correspondentes à média menos o desvio foram classificados em *baixo escore* e os correspondentes a média mais o desvio, em *alto escore*.

Quanto ao PDI, para cada questão, as alternativas receberam escores variando entre zero a três, sendo escore zero referente a ausência de prejuízo na qualidade de vida (nada/nenhuma vez), o escore um relativo a um prejuízo mínimo (um pouco), o dois referente a um prejuízo moderado (muito) e o três indicando alto grau de prejuízo (muitíssimo). Estabeleceu-se assim, como variação, a pontuação mínima de zero, correspondendo a ausência de prejuízo na adaptação social decorrente da doença, até a pontuação máxima de 45 pontos, indicando alto índice de prejuízo na adaptação social em função da doença.

Os dados obtidos através dos inventários foram quantificados e posteriormente submetidos aos tratamentos estatísticos. Inicialmente, procedeu-se a comparação entre os dados relativos ao ISS e ISP e as variáveis, gênero, idade, tempo de doença, data de início, tipo de psoríase e localização das lesões. Para tal, utilizou-se o teste não-paramétrico do Qui-Quadrado. Na análise da qualidade de vida (PDI), foram utilizados diferentes tratamentos estatísticos. Para a comparação entre as áreas específicas do PDI (atividades rotineiras, relações pessoais e lazer), utilizou-se o teste não-paramétrico de Mann-Whitney. Na comparação entre as áreas específicas do PDI e as variáveis demográficas, utilizou-se o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis.

Procedeu-se em seguida a avaliação das possíveis relações entre os três instrumentos, ou seja, entre nível de estresse, funcionamento mental, e nível de ajustamento psicossocial do paciente com psoríase, através de uma análise paralela. Não foi possível a realização da análise conjunta dos dados, em função das variáveis não serem da mesma natureza.

Para a análise da relação entre estresse (ISS) e características de personalidade (ISP), utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis, comparado-se a frequência de sintomas, indicados nas três fases de estresse, alerta, resistência e exaustão, e ausência e presença (baixo e alto escore) de desvios nas escalas de personalidade. Na comparação entre ausência e presença de estresse e de desvios de traços de personalidade, utilizou-se o teste não-paramétrico do Qui-Quadrado. Foi necessária a utilização destas duas formas de análise, devido ao critério de frequência mínima de sintomas para a caracterização de estresse, ou seja, a presença de sintomas não indica, necessariamente, uma classificação nas diversas fases de estresse.

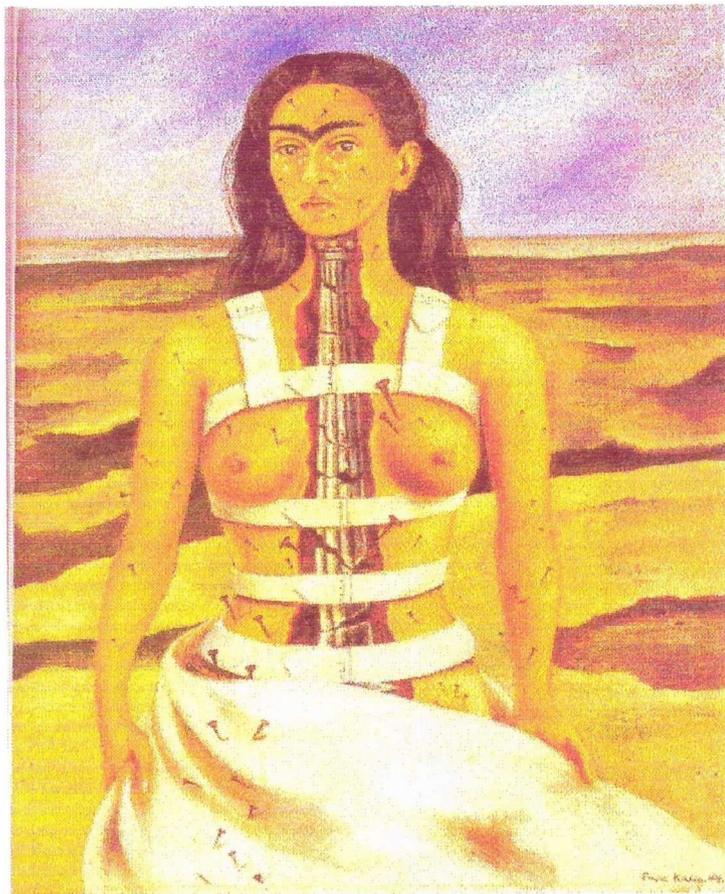
Na comparação entre nível de estresse (ISS) e qualidade de vida (PDI), utilizou-se o teste não-paramétrico de Mann-Whitney. Para analisar a correlação entre a frequência de sintomas de estresse, nas três fases de estresse e qualidade de vida - nas áreas específicas e em seus respectivos itens avaliados - utilizou-se o Coeficiente de Correlação de Pearson. Tal procedimento avaliou as relações, direta e inversamente proporcionais, entre sintomas de estresse e qualidade de vida geral (escore total do PDI) e nas áreas específicas.

Para a comparação entre ausência e presença (baixo e alto escore) de desvios nas escalas de personalidade (ISP) e prejuízo na qualidade de vida, nas áreas específicas e geral (escore total do PDI), utilizou-se o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis.

Com o objetivo de verificar o nível de adaptação psicossocial avaliado pelo PDI e pelas entrevistas, procedeu-se a comparação entre qualidade de vida (PDI), nas áreas específicas e geral (escore total), e a categorização das respostas dos pacientes, obtida através das entrevistas, compreendendo a sua auto-percepção referente a situação clínica, relações interpessoais e lazer, apresentadas anteriormente no Quadro 6. Para tal, utilizou-se o teste não-paramétrico de Mann-Whitney.

Para análise da influência da psoríase nas atividades cotidianas, procedeu-se a comparação dos dados relativos ao quadro clínico e aparência física, abordados na entrevista, e área de atividades rotineiras e qualidade de vida geral (PDI). Na análise do impacto da psoríase nas relações interpessoais, procedeu-se a comparação entre as

categorias correspondentes a influência da doença nos relacionamentos sociais e a área de relações pessoais e qualidade de vida geral (PDI). A análise do impacto da psoríase no lazer baseou-se na comparação entre as categorias relativas ao impacto da doença no lazer, avaliadas na entrevista, e área de lazer e qualidade de vida geral (PDI).



A Coluna Partida.

Frida Kahlo, 1944.

RESULTADOS

Os resultados relativos a cada técnica serão apresentados inicialmente em separado e posteriormente integrados.

Os dados, referentes à entrevista e análise dos prontuários, serão apresentados sob a forma de frequência e porcentagem. Com relação ao ISS, especificando as fases de estresse, e o ISP, especificando os níveis de desvios de traços de personalidade, os dados serão apresentados sob a forma de frequência e porcentagem, destacando o tratamento estatístico. No caso do PDI, avaliando a qualidade de vida, os resultados serão apresentados através da média, priorizando-se os dados estatisticamente significativos. Na apresentação dos dados referentes a comparação entre os três instrumentos (ISS, ISP e PDI) e destes com as variáveis, gênero, idade, data de início, tempo de doença tipo de psoríase e localização das lesões, serão destacadas as variáveis estatisticamente significativas.

I. Caracterização do Quadro Geral dos Pacientes - Análise dos Prontuários e das Entrevistas

A) Quadro Clínico - Avaliação Médica

Com base na análise dos prontuários, reuniu-se as informações relativas ao tipo de manifestação psoriática, tempo de doença, data de início (período da primeira manifestação da doença) e localização das lesões.

Na Tabela II são apresentados dados referentes a caracterização do quadro clínico dos pacientes com psoríase, do ponto de vista médico.

Tabela II: Frequência e porcentagem das categorias, discriminando os grupos masculino e feminino, compreendidas na caracterização do quadro clínico dos pacientes com psoríase, do ponto de vista médico.

| <i>Quadro Clínico</i> | | <i>Masculino</i> | | <i>Feminino</i> | | <i>Total</i> | |
|-------------------------------|----------------------------|------------------|----------|-----------------|----------|--------------|----------|
| | | <i>F</i> | <i>%</i> | <i>F</i> | <i>%</i> | <i>F</i> | <i>%</i> |
| | <i>vulgar</i> | 26 | 86.7% | 25 | 83.3% | 51 | 85% |
| <i>Tipo de Psoríase</i> | <i>pustulosa</i> | 1 | 3.3% | 3 | 10% | 4 | 6.7% |
| | <i>eritrodérmica</i> | 3 | 10% | 2 | 6.7% | 5 | 8.3% |
| <i>Tempo de Doença</i> | <i>0-1 ano</i> | 6 | 20% | 0 | 0 | 6 | 10% |
| | <i>2-10 anos</i> | 13 | 43.3% | 16 | 53.3% | 29 | 48.3% |
| | <i>acima de 10 anos</i> | 11 | 36.7% | 14 | 46.7% | 25 | 41.7% |
| <i>Data de Início</i> | <i>0-20 anos</i> | 7 | 23.3% | 12 | 40% | 19 | 31.7% |
| | <i>21-40 anos</i> | 16 | 53.3% | 15 | 50% | 31 | 51.7% |
| | <i>acima de 41 anos</i> | 7 | 23.3% | 3 | 10% | 10 | 16.7% |
| <i>Localização das Lesões</i> | <i>corpo todo</i> | 16 | 53.3% | 3 | 10% | 19 | 31.7% |
| | <i>áreas específicas *</i> | 14 | 46.7% | 27 | 90% | 41 | 68.3% |

* Áreas específicas - corresponde a lesões circunscritas, localizadas nos membros inferiores e superiores, mãos, pés, cotovelos, joelhos e couro cabeludo. A presença das lesões em uma ou mais regiões pode ser incluída nesta categoria, desde que as mesmas estejam circunscritas a partes determinadas do corpo.

No que se refere ao tipo de manifestação psoriática, observou-se o predomínio do diagnóstico médico de psoríase vulgar (85%) no momento da avaliação. Com relação ao tempo de doença, o desenvolvimento da psoríase ocorreu, fundamentalmente, no período entre dois e dez anos atrás (48.3%) e há mais de dez anos (41.7%). As primeiras manifestações das lesões apresentaram-se, principalmente, durante a maturidade (51.7%), seguidas do ciclo vital de desenvolvimento, compreendendo infância e adolescência (31.7%). Quanto a localização das lesões, observou-se o predomínio de lesões circunscritas a determinadas partes do corpo (68.3%).

Discriminando-se os grupos feminino e masculino, quanto ao tipo de psoríase, ambos os grupos apresentaram um predomínio do tipo vulgar, sendo 83.3% referente ao grupo feminino e 86.7% ao masculino; seguida de 10% das mulheres apresentando diagnóstico de psoríase pustulosa e 10% dos homens, do tipo eritrodérmica. Com relação ao tempo de doença, o grupo feminino não apresentou história recente de desenvolvimento da doença, enquanto 20% do grupo masculino apresentou manifestações psoriáticas recentemente (há um ano); 53.3% das mulheres e 43.3% dos homens desenvolveram as lesões no período entre dois e dez anos atrás. Quanto a data de início, ambos os grupos apresentaram um predomínio das primeiras manifestações do eritema na maturidade, 60% no grupo feminino e 76.7% no masculino; 40% do grupo feminino e 23.3% do masculino apresentaram a instalação da psoríase durante o ciclo vital de desenvolvimento. Em relação a localização das lesões, 90% do grupo feminino apresentou eminentemente lesões circunscritas a áreas específicas, enquanto 53.3% do masculino as apresentaram distribuídas por toda a extensão do corpo. Através do teste do Qui-Quadrado, observou-se que as mulheres apresentaram, significativamente, maior incidência de lesões em áreas específicas quando comparadas ao grupo masculino ($p < 0.001$).

B) Situação Clínica – Percepções dos Pacientes

Inicialmente, serão tratadas as questões que abordaram a percepção do paciente acerca do seu quadro clínico geral envolvendo, tratamento e evolução da doença e a aparência física.

Na Tabela III são apresentados os dados relativos a percepção dos pacientes com psoríase quanto ao seu quadro clínico, segundo as categorias previamente descritas.

Tabela III: Frequência e porcentagem das respostas dos pacientes com psoríase, discriminando os grupos masculino e feminino, relativa a sua percepção quanto ao quadro clínico geral.

| <i>Situação Clínica</i> | | <i>Masculino</i> | | <i>Feminino</i> | | <i>Total</i> | |
|---------------------------|------------------------|------------------|----------|-----------------|----------|--------------|----------|
| | | <i>F</i> | <i>%</i> | <i>F</i> | <i>%</i> | <i>F</i> | <i>%</i> |
| <i>Uso de Medicação</i> | <i>diária</i> | 22 | 73.3% | 17 | 56.6% | 39 | 65% |
| | <i>ausente</i> | 8 | 26.7% | 13 | 43.3% | 21 | 35% |
| | <i>mensal</i> | 14 | 46.7% | 8 | 26.7% | 22 | 36.7% |
| <i>Retornos</i> | <i>a cada 2-3meses</i> | 9 | 30% | 13 | 43.3% | 22 | 36.7% |
| | <i>esporádicos</i> | 7 | 23.3% | 9 | 30% | 16 | 26.7% |
| <i>Evolução da Doença</i> | <i>melhorada</i> | 18 | 60% | 10 | 33.3% | 28 | 46.7% |
| | <i>estabilizada</i> | 3 | 10% | 4 | 13.3% | 7 | 11.7% |
| | <i>instável</i> | 3 | 10% | 6 | 20% | 9 | 30% |
| <i>Aparência Física</i> | <i>piorada</i> | 6 | 20% | 10 | 33.3% | 16 | 26.7% |
| | <i>satisfatória</i> | 11 | 36.7% | 12 | 40% | 23 | 38.3% |
| | <i>insatisfatória</i> | 19 | 63.3% | 18 | 60% | 37 | 61.7% |

A maioria dos pacientes, 65%, relatou fazer uso de medicação para o tratamento das lesões, utilizando medicamentos tópicos e/ou por via oral. Os retornos médicos foram referidos, em sua maioria, como periódicos, com intervalos entre um a três meses (73.3%). Em 26.7% dos casos os retornos foram esporádicos, apenas nos momentos de crise. Quanto a evolução da doença, do ponto de vista do paciente, observou-se um predomínio de melhora no quadro clínico (46.7%), acompanhada de 26.7% de agravamento da doença e 30% de instabilidade. Observou-se uma predominância de percepções negativas acerca da aparência física, com 61.7% dos pacientes relatando sentimentos negativos e de discriminação social. Tais situações são exemplificadas pelos excertos de entrevistas, relatados a seguir:

“Minha aparência? Péssima, tem gente que fica olhando. Eu queria andar de calção, pôr camiseta, ser uma pessoa normal, poder frequentar clubes, eu não tenho liberdade” (homem, 44 anos).

“Eu não me sinto bem, fico com vergonha dessas manchas... tem gente que fica falando que é feitiço...” (mulher, 28 anos).

Sentimentos de satisfação quanto a aparência física foram referidos por 38.3% dos pacientes entrevistados. Tal percepção encontra-se exemplificada pelos excertos de entrevista, relatados a seguir:

“Eu me sinto bem, sem problema, mas queria que melhorasse a psoríase porque deixei de jogar boa e eu queria voltar” (homem, 42 anos).

“Me sinto bem, na medida do possível estou normal, mas deixei de usar certos tipos de roupas por causa da psoríase...” (mulher, 36 anos).

“Estou bem, eu me sinto bem comigo mesma, só queria acabar com umas células mortas perto da boca.” (mulher, 38 anos).

Quanto aos grupos masculino e feminino, em relação ao tratamento medicamentoso, 56.6% das mulheres e 73.3% dos homens relataram uso diário de medicação; 43.3% do grupo feminino relatou não fazer uso de medicamentos. Os retornos no grupo das mulheres ocorreram, principalmente, a cada 2-3 meses (43.3%), enquanto no grupo masculino foram mensais (46.7%). Quanto a evolução da doença, 33.3% do grupo feminino relatou melhora do quadro e 33.3% piora. Entre os homens, observou-se um predomínio de melhora das lesões (60%). Com relação a aparência física, ambos os grupos apresentaram uma percepção negativa frente ao aspecto físico, sendo 60% do grupo feminino e 63.3% do masculino.

C) Relacionamentos Interpessoais – Percepções dos Pacientes

Na avaliação do relacionamento interpessoal, considerou-se a percepção pessoal e a referência ao impacto da psoríase nos contatos íntimos e sociais.

Na Tabela IV são apresentados os dados referentes a caracterização dos pacientes, quanto ao relacionamento interpessoal e a percepção da influência da psoríase nos contatos pessoais, conforme categorias previamente descritas.

Tabela IV: Frequência e porcentagem das respostas fornecidas pelos pacientes com psoríase, discriminando os grupos masculino e feminino, relativa a sua percepção dos relacionamentos interpessoais e o impacto da doença sobre os mesmos.

| <i>Relacionamento Interpessoal</i> | <i>Masculino</i> | | <i>Feminino</i> | | <i>Total</i> | | |
|------------------------------------|----------------------------------|----------|-----------------|----------|--------------|----------|-------|
| | <i>F</i> | <i>%</i> | <i>F</i> | <i>%</i> | <i>F</i> | <i>%</i> | |
| <i>ausente</i> | 7 | 23.3% | 9 | 30% | 16 | 26.7% | |
| <i>Parceiros</i> | <i>presente e insatisfatório</i> | 2 | 6.7% | 9 | 30% | 11 | 18.3% |
| | <i>presente e satisfatório</i> | 21 | 35% | 12 | 40% | 33 | 55% |
| <i>Família/Amigos Próximos</i> | <i>satisfatório</i> | 24 | 80% | 21 | 70% | 45 | 75% |
| | <i>insatisfatório</i> | 6 | 20% | 9 | 30% | 15 | 25% |
| <i>Impacto da Psoríase</i> | <i>ausente</i> | 11 | 36.7% | 12 | 40% | 23 | 38.3% |
| | <i>presente/com dificuldade</i> | 15 | 50% | 12 | 40% | 27 | 45% |
| | <i>presente/superado</i> | 4 | 13.3% | 6 | 20% | 10 | 16.7% |

Observou-se um predomínio de referências a relacionamentos positivos com os parceiros(as), isenta da influência da psoríase (55%). Tal situação é exemplificada, através dos excertos de entrevistas, a seguir:

“Antes a gente nem conversava muito, mas agora eu converso mais com ele... Ele nem liga pra minha pele, dela ser ruim, cheia de mancha” (mulher, 46 anos).

“Normal, a gente se dá bem, as vezes eu fico nervoso por causa desse problema meu de pele, mas aí ela me dá apoio” (homem, 30 anos).

Do grupo avaliado, 26.7% relataram a ausência de parceiros(as), enquanto 18.3% referiram-se a relacionamentos insatisfatórios, sendo os aspectos de convivência avaliados como negativos. Os conflitos interpessoais como, dificuldade de aceitação do outro, necessidade de controle na relação, foram as principais queixas relatadas. Tal situação é exemplificada, através dos excertos das entrevistas, a seguir:

“Ele é muito ignorante, machista, não gosta que eu saia pra trabalhar” (mulher, 46 anos).

“Não é boa não, a gente briga porque cada um quer criar os filhos de um jeito”
(homem, 41 anos).

Nas relações interpessoais, com família e amigos próximos, observou-se um predomínio de relacionamentos referidos como positivos, com 75% do grupo indicando facilidade no estabelecimento de contato com o outro. Os pacientes, em sua grande maioria, relataram relações sem conflitos abertos, referindo esforço na contenção dos impulsos. Tal percepção é exemplificada, pelo excerto de entrevistas, relatados a seguir:

“Me dou com todo mundo, não gosto de brigas e engulo tudo, mas isso deve fazer mal, né?” **(mulher, 23 anos).**

“Normal, tenho muitos amigos e sempre converso com eles” **(homem, 24 anos).**

Apenas 25% dos pacientes referiram problemas em suas relações interpessoais, relatando dificuldades pessoais, discriminação e evitação dos contatos. Tal situação é exemplificada, pelos excertos de entrevistas, descritos a seguir:

“Eu sou mais sozinho, não gosto de ficar nos lugares, principalmente agora que eu tô com a doença atacada. Eu me afasto das pessoas.” **(homem, 44 anos).**

“Não tenho muitos amigos, sou tímida. Fico mais quieta num canto, afastada das pessoas.” **(mulher, 27 anos).**

Com relação ao impacto da psoríase nos relacionamentos, 61.7% dos pacientes reconheceram a influência da doença nos contatos, relatando dificuldades presentes, ou já superadas. Destes, 16.7% referiram superação da situação. Tais percepções são exemplificadas, através dos excertos, a seguir:

“Sim. É difícil porque as pessoas vêem e ficam chocadas, têm mais medo do que se fosse uma pessoa com AIDS ou câncer.” **(mulher, 27 anos).**

“Percebi, teve afastamento e muita gente por medo de ser uma doença pegajosa”
(homem, 44 anos).

Do grupo avaliado, 38.3% dos pacientes relataram que a doença não interferiu no estabelecimento e manutenção das relações interpessoais. Tal situação é exemplificada, pelos excertos de entrevistas, relatados abaixo:

“Ficava preocupado de pegar, mas nunca percebi se as pessoas se afastaram de mim.” (homem, 45 anos).

“Não, eu vou na praia, me misturo com as pessoas, nada atrapalha.” (mulher, 47 anos).

Tomando-se os grupos masculino e feminino, observou-se que 40% das mulheres e 35% dos homens referiram parcerias satisfatórias; enquanto 30% do grupo feminino e 6.7% do masculino, relataram parcerias insatisfatórias e 30% das mulheres e 23.3% dos homens referiram não contar com parceiros(as) no momento das entrevistas. Quanto aos relacionamentos sociais, compreendendo familiares e amigos próximos, 70% do grupo feminino e 80% do masculino, relataram sentimentos positivos frente as relações. O impacto da psoríase e sua interferência nos relacionamentos foi relatado por 60% das mulheres e 63.3% dos homens, enquanto 40% do grupo feminino e 36.7% do masculino, referiram a não percepção da influência da doença. Uma pequena porcentagem, 20% das mulheres e 13.3% dos homens, relataram superação da influência negativa da doença nos relacionamentos.

D) Lazer/Vida Social

No que se refere a vida social, foram abordadas questões sobre o envolvimento com atividades de lazer e a influência da psoríase nas atividades sociais.

A Tabela V apresenta a caracterização das atividades de lazer relatadas pelos pacientes com psoríase e a referência ao impacto da doença, segundo a categorização previamente descrita.

Tabela V: Frequência e porcentagem das respostas dos pacientes com psoríase, discriminando os grupos masculino e feminino, referentes as atividades de lazer e percepção do impacto da doença na vida social.

| <i>Lazer/Vida Social</i> | <i>Masculino</i> | | <i>Feminino</i> | | <i>Total</i> | |
|--|------------------|----------|-----------------|----------|--------------|----------|
| | <i>F</i> | <i>%</i> | <i>F</i> | <i>%</i> | <i>F</i> | <i>%</i> |
| <i>individual e ambiente doméstico</i> | 11 | 36.7% | 14 | 46.7% | 25 | 41.7% |
| <i>Predominância</i> | | | | | | |
| <i> grupala e ambientes diversos</i> | 14 | 46.7% | 8 | 26.7% | 22 | 36.7% |
| <i> mista</i> | 5 | 16.7% | 8 | 26.7% | 13 | 21.7% |
| <i> ausente</i> | 16 | 53.3% | 12 | 40% | 28 | 46.7% |
| <i>Impacto da Psoríase</i> | | | | | | |
| <i> presente/com dificuldade</i> | 12 | 40% | 15 | 50% | 27 | 45% |
| <i> presente/ superado</i> | 2 | 6.7% | 3 | 10% | 5 | 8.3% |

Com relação ao lazer, 41.7% dos pacientes relataram desenvolver atividades restritas ao ambiente doméstico, podendo ser desenvolvidas isoladamente, independentes da presença do outro, como ouvir música, assistir televisão; enquanto 36.7%, referiram-se a uma vida social diversificada, incluindo idas a bares, jogos com amigos, visitas às pessoas, atividades estas envolvendo e dependendo da presença do outro.

Quanto ao impacto da psoríase sobre a vida social, esta não foi referida por 46.7% do grupo. Neste caso, os pacientes relataram, frequentemente, o uso de artifícios como mudanças no vestuário e evitação a determinados ambientes, principalmente piscinas, visando ocultar as lesões. Tal situação é exemplificada, através de excertos de entrevistas, apresentados a seguir:

“Não, na piscina atrapalha, fora isso não tem problema.” (mulher, 37 anos).

“Não, mas parei de ir no clube por causa disso.” (homem, 48 anos).

Em contrapartida, 53.3% dos pacientes relataram a presença atual ou já superada, do impacto da doença nas atividades de lazer. Destes, 45% referiram a influência da psoríase, restringindo suas atividades de lazer, levando-os a permanecer no âmbito

familiar, por se perceberem discriminados. Tais situações são exemplificadas pelos excertos de relatos, destacados a seguir:

“Sim até virei caseiro. Não queria ficar junto com os outros pra ninguém falar nada. Prefiro ficar sozinho. Não gosto que as pessoas fiquem olhando eu fico sem jeito.” **(homem, 44 anos).**

“Sim, não me sinto bem de por uma roupa que apareça as manchas. Deixei de sair de casa por causa das manchas. Já até fiquei de cama de tanto chorar por causa disso.” **(mulher, 27 anos).**

Uma pequena porcentagem, 8.33%, relatou adaptação a situação, com restrições a determinadas opções de lazer, no início da doença, e posterior retomada das atividades habituais. Tais referências encontram-se exemplificadas, pelos excertos de entrevistas, apresentados a seguir:

“No começo me preocupava com as pessoas olhando e perguntando. Hoje não tenho vergonha, saio normalmente.” **(mulher, 46 anos).**

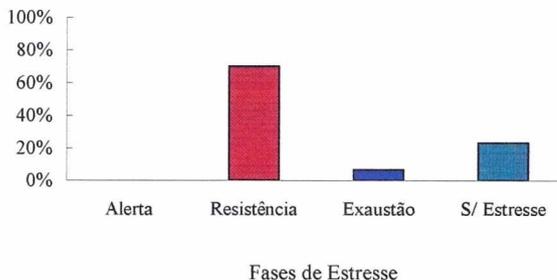
“Quando eu ia na represa atrapalhava, porque tinha alguém que reparava, mas agora eu não ligo.” **(homem, 35 anos).**

Discriminando-se os grupos feminino e masculino, observou-se que, 46.7% das mulheres e 36.7% dos homens relataram desenvolver atividades de lazer restritas ao ambiente doméstico, independente do outro para a sua execução; 26.7% do grupo feminino e 46.7% do masculino relataram freqüentar ambientes diversos, participando de atividades interativas. O grupo masculino referiu mais atividades grupais, enquanto as mulheres relataram desenvolver, principalmente, atividades solitárias. Quanto ao impacto da doença na vida social, 53.3% dos homens e 40% das mulheres não relataram interferência da doença na vida social; já 46.7% do grupo masculino e 60% do feminino, relataram a influência negativa da psoríase nas atividades de lazer. Destes, uma pequena parcela, 10% das mulheres e 6.7% dos homens referiram adaptação à patologia, retomando suas atividades habituais.

II. Caracterização do Nível de Estresse - Análise do ISS

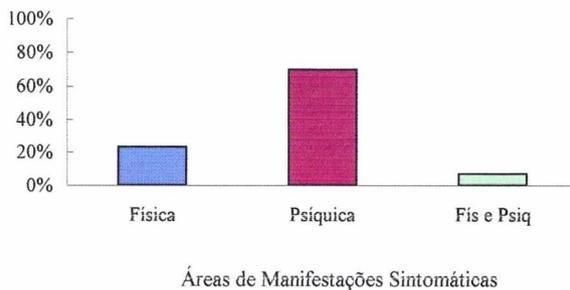
O ISS foi utilizado para avaliar o nível de estresse dos pacientes com psoríase, indicando a fase de estresse e área de manifestação sintomática predominante, psíquica ou física, no momento da avaliação. Nas Figuras I e II são apresentados, respectivamente, os dados relativos a fase de estresse e área de manifestação sintomática.

Figura I : Porcentagem do nível de estresse, segundo suas fases, apresentado pelos pacientes com psoríase, avaliados pelo ISS.



Observou-se que, 76.7% dos pacientes apresentaram índices suficientes para a caracterização da presença de estresse, enquanto 23.3% não apresentaram tais indicativos. Predominou, quanto as fases, a de resistência, 70%, indicando a exposição a estressores de longa duração. Uma pequena porcentagem, 6.7%, foi classificada na fase de exaustão, caracterizando a presença constante e intensa de situações estressantes. Nenhum paciente apresentou indicativos suficientes para a classificação na fase de alerta.

Figura II: Porcentagem da área predominante de manifestação sintomática, física e/ou psíquica, apresentada pelos pacientes com psoríase, avaliados pelo ISS.



Observou-se o predomínio das manifestações de estresse na área psíquica, com 70% dos pacientes apresentando queixas a nível emocional, enquanto 23.3% apresentaram queixas físicas e 6.7% em ambas as áreas.

Na comparação entre presença e ausência de estresse e as variáveis - gênero, idade, data de início, tempo de doença, tipo de psoríase e localização da lesão - , utilizou-se o teste não-paramétrico do Qui-Quadrado, não sendo observada diferença estatisticamente significativa em relação as fases de estresse e ao tipo de manifestação sintomática.

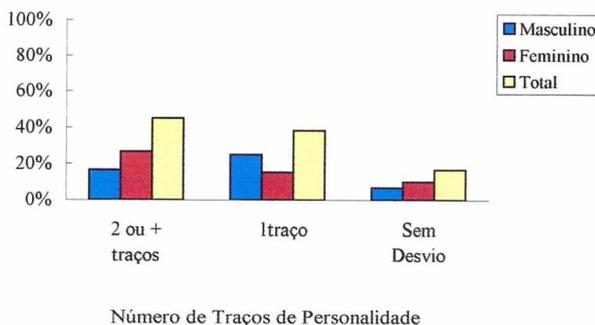
III. Caracterização dos Traços de Personalidade

- Análise do ISP

O ISP foi utilizado para avaliar índices de desvios em traços de personalidade associados a manifestações de sintomas psíquicos, sugestivos da presença de possíveis distúrbios psiquiátricos.

A Figura III apresenta os dados referentes as tendências ao desvio em caraterísticas de personalidade apresentados pelos pacientes.

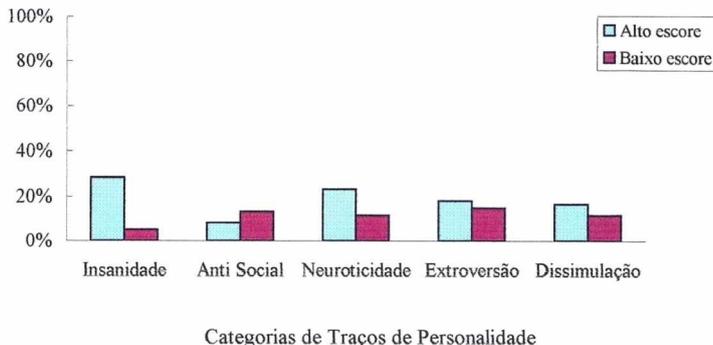
Figura II: Porcentagem do número de desvios em traços de personalidade apresentadas pelos pacientes com psoríase, avaliados através do ISP.



Observou-se o predomínio de desvios de traços de personalidade, 83.3%, sugerindo dificuldades na esfera emocional, enquanto 16.7% não apresentaram indicadores de desvios. Destes, 45% apresentaram desvio em dois ou mais traços de personalidade, caracterizando a presença de uma diversidade de sintomas psíquicos e 38.3% apresentaram desvio em um traço, indicando a presença de sintomas psíquicos específicos.

Na Figura IV são apresentados os dados relativos aos cinco traços de personalidade avaliados e a direção dos desvios.

Figura IV: Porcentagem das categorias de traços de personalidade, avaliados através do ISP, apresentados pelos pacientes com psoríase, caracterizando a tendência ao desvio por alto e baixo escore*.



*A porcentagem não corresponde a 100% em função dos indicadores não serem mutuamente exclusivos.

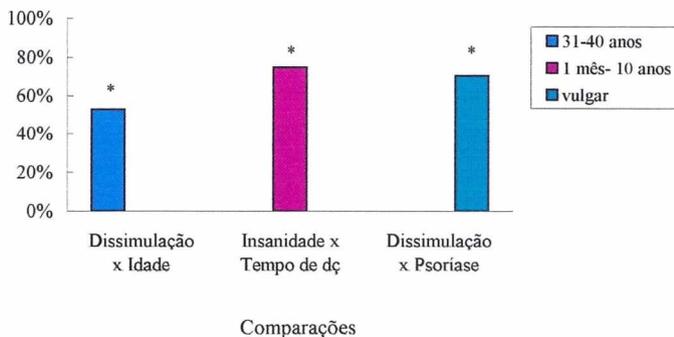
Observou-se um predomínio de desvios de características de personalidade nas escalas Insanidade, Neuroticidade e Extroversão. Na escala Insanidade, 28.3% dos pacientes apresentaram alto escore, sugerindo possíveis distúrbios psiquiátricos, e 5% apresentaram baixo escore de desvio, indicando a presença de sentimentos de isolamento, desconfiança, ansiedade paranóide e dificuldade na contenção dos impulsos. Na escala Anti-Social, 8.3% dos pacientes apresentaram alto escore indicando excessivo conformismo aos padrões sociais e moral vigente, em contrapartida, 13.3% dos pacientes apresentaram baixo escore, indicando impulsividade, agressividade e dificuldade de aceitação de limites externos. Quanto a escala Neuroticidade, 23.3% dos pacientes apresentaram alto escore, próprio de rigidez e alta suscetibilidade a ansiedade, levando a reações neuróticas, mediante situações estressantes, com manifestações somáticas, psíquicas e de desadaptação social, enquanto 11.7% dos pacientes apresentaram baixo escore, indicando sentimentos de satisfação pessoal, flexibilidade à novas situações e adaptação social. Na escala Extroversão, 18.3% dos pacientes apresentaram alto escore, indicando indícios de descontrole emocional, impulsividade, exibicionismo e necessidade de liderança, enquanto 15% apresentaram baixo escore, indicativo de supercontrole

emocional, meticulosidade e atitude passiva frente as situações. Quanto a escala Dissimulação, 16.7% dos pacientes apresentaram alto escore, caracterizando uma postura de auto-valorização e 11.7% apresentaram baixo escore, sugerindo uma postura de auto-desvalorização, através da admissão patológica de atributos indesejáveis.

Na comparação entre os traços de personalidade e as variáveis: gênero, idade, tempo de doença, data de início, tipo de psoríase e localização da lesão, considerou-se a presença de desvio (alto e baixo escore) em relação a ausência de desvio. Para tal, utilizou-se o teste não paramétrico do Qui-Quadrado.

Na Figura V são apresentados os dados relativos a estas comparações com diferenças estatisticamente significativas.

Gráfico V: Porcentagem das comparações, estatisticamente significativas, entre as escalas de personalidade (considerando a presença e ausência de desvio), avaliadas pelo ISP, e variáveis - idade, tempo de doença (Tempo de dc) e tipo de psoríase (psoríase).



* $p < 0.05$

Com relação a variável faixa etária, o grupo de paciente com idade entre 31 e 40 anos apresentou maior nível de defensividade, quando comparados aos mais jovens e mais velhos ($p < 0.05$) (Anexo 7). Quanto aos demais traços de personalidade, não se observou diferenças estatisticamente significativas, quando da comparação entre grupos mais jovens e mais velhos.

Quanto a variável tempo de doença, observou-se diferenças estatisticamente significativas apenas na escala Insanidade. O grupo de pacientes que desenvolveu a doença recentemente, no período de até 10 anos, apresentou maiores indicadores de descontrole emocional e possíveis distúrbios psiquiátricos, quando da comparação com o grupo de pacientes com história antiga de doença, acima de 10 anos ($p < 0.05$) (Anexo 7).

No que se refere a variável tipo de psoríase, observou-se diferenças estatisticamente significativas quando da comparação com a escala Dissimulação. O grupo de pacientes com diagnóstico de psoríase vulgar apresentou maior nível de defensividade, com manifestações envolvendo desde a super-valorização até a prontidão patológica na admissão de características indesejáveis, em comparação aos pacientes com diagnóstico de psoríase eritrodérmica e pustulosa ($p < 0.05$) (Anexo 7).

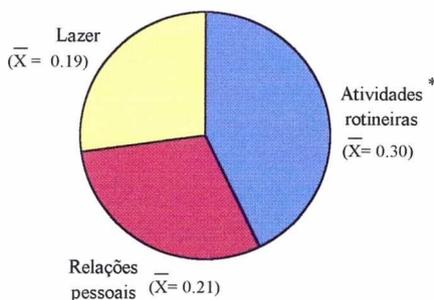
Quanto as demais comparações entre desvios de traços de personalidade e variáveis, gênero, data de início e localização da lesão, não se observou diferenças estatisticamente significativas.

IV. Caracterização da Qualidade de Vida - Análise do PDI

O Inventário de Qualidade de Vida - PDI, se propõe a avaliar a influência da psoríase no cotidiano e na adaptação social do paciente.

Na Figura VI são apresentados os dados relativos a média dos escores apresentados pelos pacientes, nas áreas específicas avaliadas pelo PDI - atividades rotineiras, relações pessoais e lazer.

Figura VI: Média dos escores das respostas fornecidas pelos pacientes, em relação a influência da psoríase na qualidade de vida.



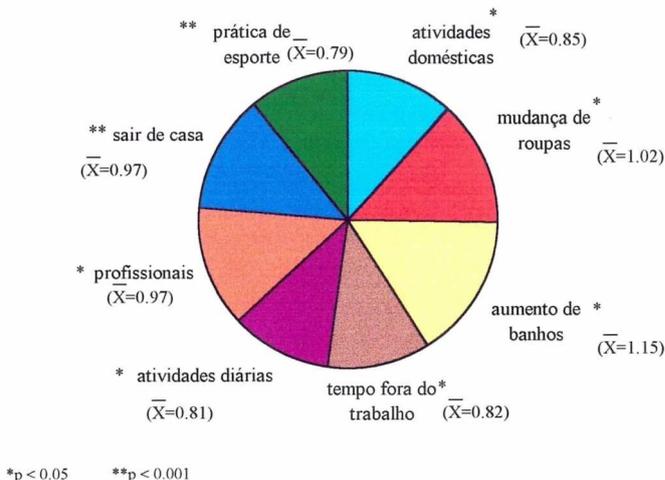
* $p < 0.001$

Comparando-se os dados através do teste não-paramétrico de Mann-Whitney, no que se refere ao impacto causado pela psoríase nas áreas específicas avaliadas pelo PDI - atividades rotineiras, relações pessoais e lazer - os pacientes apresentaram, significativamente, maior prejuízo nas atividades rotineiras quando comparado as relações pessoais ($p < 0.001$) e ao lazer ($p < 0.001$).

Nas áreas específicas avaliadas pelo PDI, observou-se o predomínio de alguns itens dentro o conjunto. A figura VII apresenta a média dos escores fornecidos pelos pacientes,

compreendendo os itens com maiores pontuações (maior prejuízo) na área de atividades rotineiras e lazer.

Figura VII: Média dos escores dos itens relativos às dificuldades nas áreas de atividades rotineiras e lazer com diferenças estatisticamente significativas, quando da comparação através do teste de Mann-Whitney.



Quando da análise dos itens predominantes nas áreas específicas, observou-se que as mudanças de hábitos como, alterações na maneira de se vestir, aumento na frequência de banhos, dificuldades no desenvolvimento do trabalho em casa e necessidade de perder tempo fora do trabalho, foram as principais queixas relatadas pelos pacientes quando da comparação com a impossibilidade de realizar as atividades no trabalho, decorrente da doença ($p < 0.05$). Também apresentou-se significativamente maior o prejuízo relativo a dificuldades profissionais como a não aquisição ou perda de emprego, em comparação a restrições no desenvolvimento de atividades diárias ($p < 0.05$). Com relação a higiene pessoal, o aumento na frequência de banhos ou o comportamento repetitivo e freqüente de lavar as áreas lesionadas, apresentou significativamente maior índice de prejuízo, quando comparado ao aumento da frequência de trocas de roupas ($p < 0.05$) (Anexo 8).

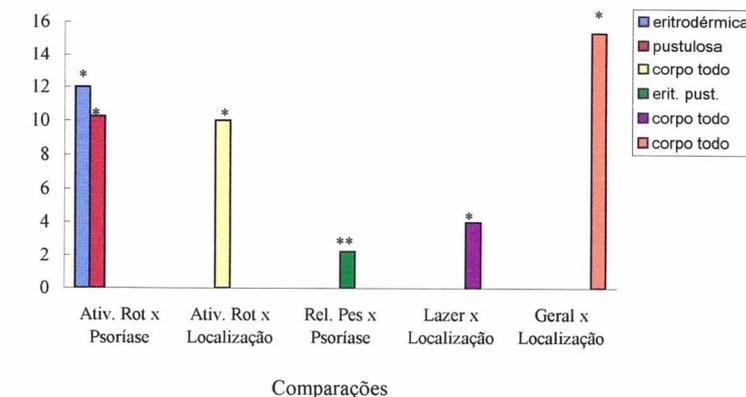
No que se refere a área relativa ao lazer, o prejuízo relacionado a doença, dificultando sair de casa, levando a permanecer a maior parte do tempo no âmbito familiar, foi significativamente maior quando comparado com a discriminação social, alcoolismo e tabagismo e diminuição da organização da casa ($p < 0.001$). As restrições quanto a prática esportiva decorrente da psoríase foram significativamente maiores, quando comparado ao sentimento de discriminação social ($p < 0.001$) (Anexo 8).

Quanto a área referente a relações pessoais, não se observou diferenças estatisticamente significativas na comparação dos itens avaliados, compreendendo relacionamentos interpessoais e sexualidade.

Para a comparação entre qualidade de vida, avaliada pelo PDI e as variáveis gênero, idade, tempo de doença, data de início, tipo de psoríase e localização da lesão, utilizou-se o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis.

Na Figura VIII são apresentados os dados, estatisticamente significativos, quando da comparação entre as áreas referentes a qualidade de vida, avaliadas pelo PDI e as variáveis: gênero, idade, tempo de doença, data de início, tipo de psoríase e localização da lesão.

Figura VIII: Média das áreas relativas a qualidade de vida, avaliada pelo PDI, com diferenças estatisticamente significativas quando da comparação com as variáveis faixa etária, tipo de psoríase e localização das lesões.



* $p < 0.05$ ** $p < 0.001$

Com relação a variável tipo de psoríase, observou-se diferença estatisticamente significativa quando da comparação com a área de atividades rotineiras. Os pacientes com diagnóstico de psoríase eritrodérmica ou pustulosa relataram um prejuízo significativamente maior em relação aos pacientes com psoríase vulgar ($p < 0.05$). Em relação a localização das lesões, os pacientes com lesões por todo o corpo referiram prejuízo significativamente maior em suas atividades rotineiras em comparação aos que apresentaram lesões circunscritas a determinadas regiões ($p < 0.05$) (Anexo 9). Quanto as demais variáveis, não se observou diferenças estatisticamente significativas quando da comparação com a área relativa a atividades rotineiras.

No que se refere as relações pessoais, observou-se diferença estatisticamente significativa quando da comparação com a variável tipo de psoríase. Os grupos de pacientes com psoríase eritrodérmica e pustulosa referiram maiores dificuldades nos relacionamentos interpessoais e sexualidade em comparação aos pacientes com psoríase vulgar ($p < 0.01$) (Anexo 9).

Quanto ao lazer, observou-se diferença significativa quando da comparação da localização das lesões. O grupo de pacientes com lesões por todo o corpo apresentou maior prejuízo, nas atividades de lazer, em relação aos pacientes com lesões em determinadas áreas ($p < 0.05$) (Anexo 9).

Na análise da qualidade de vida geral (score total do PDI), ou seja, compreendendo as áreas de atividades rotineiras, relações pessoais e lazer, observou-se diferença estatisticamente significativa em relação a localização das lesões. O grupo de pacientes com lesões localizadas por todo o corpo apresentou um prejuízo, significativamente maior, em sua qualidade de vida, em comparação ao grupo com lesões circunscritas a determinadas regiões ($p < 0.05$) (Anexo 9).

Na análise das demais variáveis não se observou diferenças estatisticamente significativas quando da comparação com a qualidade de vida geral e suas áreas específicas.

V. Comparação entre Nível de Estresse e Traços de Personalidade

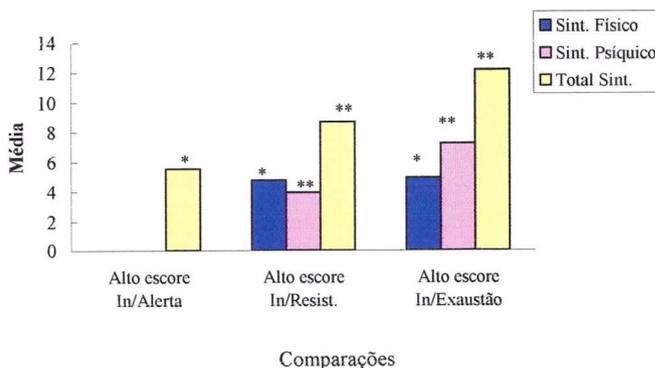
- ISS X ISP

Para a análise de comparação entre o ISS e ISP, utilizou-se os teste Kruskal-Wallis e Qui-Quadrado.

Nas escalas Insanidade e Neuroticidade foram observadas diferenças significativas, cujos dados serão apresentados nas Figuras IX e X.

Na Figura IX são apresentados os dados, estatisticamente significativos referentes a comparação entre a frequência de sintomas, físicos e psíquicos, nas diversas fases de estresse e presença (alto escore) de desvio na escala Insanidade.

Figura IX: Média dos sintomas físicos e psíquicos de estresse, relativos as fases de Alerta, Resistência e Exaustão, em pacientes com tendência a desvio na escala Insanidade (In.).



*p < 0.05 **p < 0.01

Com relação a fase de alerta, quando da comparação com a escala Insanidade, observou-se que os pacientes com alto escore apresentaram, significativamente, maior número de sintomas, em comparação aos pacientes que obtiveram baixo escore e sem

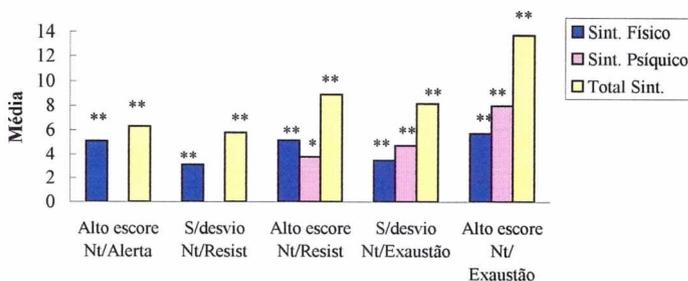
desvio ($p < 0.05$). Quando analisados separadamente, não se observou diferença estatisticamente significativas entre os sintomas físicos e sintomas psíquicos (Anexo 10).

Quanto a fase de resistência, os pacientes com alto escore de Insanidade apresentaram, significativamente, maior número de sintomas físicos, psíquicos e de manifestações sintomáticas, referentes a esta fase, quando comparados aos pacientes que obtiveram baixo escore e sem desvio ($p < 0.02$), ($p < 0.01$) e ($p < 0.01$), respectivamente (Anexo 10).

Na fase de exaustão, os pacientes com alto escore de Insanidade apresentaram, também, um número significativamente maior de sintomas físicos, psíquicos e de manifestações sintomáticas em comparação ao grupo com baixo escore e sem desvio ($p < 0.05$), ($p < 0.01$) e ($p < 0.01$), respectivamente (Anexo 10).

Com relação a escala Neuroticidade, a Figura X apresenta os dados relativos a comparação entre frequência de sintomas, físicos e psíquicos, nas diversas fases de estresse e presença (baixo e alto escore) de desvio na escala Neuroticidade.

Figura X: Média dos sintomas físicos e psíquicos de estresse, relativos as fases de Alerta, Resistência e Exaustão, em pacientes com tendência a desvio escala Neuroticidade (Nt.).



Comparações

* $p < 0.05$ ** $p < 0.001$

Na fase de alerta, quando da comparação com desvios na escala Neuroticidade, observou-se que os pacientes com alto escore apresentaram, significativamente, maior

número de sintomas físicos e de manifestações sintomáticas, em comparação aos pacientes que obtiveram baixo escore e sem desvio ($p<0.001$) e ($p<0.001$), respectivamente. Não foi observada diferença significativa entre desvio de Neuroticidade e sintomas psíquicos ($p=0.22$) (Anexo 11).

Quanto a fase de resistência, os pacientes com alto escore apresentaram, significativamente, maior número de sintomas físicos, em comparação aos pacientes com baixo escore e sem desvio, que, por sua vez, apresentaram maior número de sintomas físicos, que os com baixo escore ($p<0.001$). Quanto aos sintomas psíquicos, o grupo com alto escore apresentou, significativamente, maior número de sintomas, que o grupo com baixo escore e sem desvio ($p<0.05$). No que se refere ao conjunto de manifestações sintomáticas, o grupo de pacientes com alto escore apresentou, significativamente, maior número de sintomas quando comparados aos pacientes com baixo escore e sem desvio, que, por sua vez, apresentaram maior número de sintomas em comparação aos com baixo escore ($p<0.001$) (Anexo 11).

Na fase de exaustão, observou-se que o grupo de pacientes com alto escore apresentou um número, significativamente maior, de sintomas somáticos e psíquicos, em comparação aos pacientes com baixo escore e sem desvio e estes, por sua vez, apresentaram maior número de sintomas que os com baixo escore ($p<0.001$) e ($p<0.001$), respectivamente. Quando da análise do conjunto das manifestações sintomáticas relativas a fase de exaustão, observou-se também que o grupo de pacientes com alto escore apresentou, significativamente, maior número de sintomas de estresse, em comparação aos pacientes com baixo escore e sem desvio e estes, por sua vez, apresentaram maior número de sintomas que os com baixo escore ($p<0.001$) (Anexo 11).

Quando da comparação entre desvios de traços de personalidade e frequência de sintomas de estresse, não se observou diferenças significativas nas escalas Anti-Social, Extroversão e Dissimulação, com relação as manifestações sintomáticas das três fases de estresse.

Na comparação entre desvio de traços de personalidade e classificação do nível de estresse, foi necessário agrupar as categorias, em função de suas baixas frequências. Para o tratamento dos dados utilizou-se o teste do Qui-Quadrado, discriminando as seguintes categorias: ausência e presença de estresse e ausência e presença de desvios de traços de personalidade. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas quando da comparação destas categorias.

VI. Comparação entre Nível de Estresse e Qualidade de Vida

- ISS X PDI

Para a comparação entre nível de estresse (ISS) e qualidade de vida, avaliada pelo PDI, foram utilizados os testes Mann-Whitney e Coeficiente de Correlação de Pearson. Tais dados são apresentados respectivamente nas Tabelas VI e VII.

Tabela VI: Matriz de correlação, considerando-se a frequência de sintomas de estresse (ISS), nas três fases, quando da comparação com a qualidade de vida geral e em áreas específicas, avaliadas pelo PDI.

| <i>Áreas Específicas</i> | <i>Alerta</i> | | | <i>Resistência</i> | | | <i>Exaustão</i> | | |
|------------------------------|---------------|-----------------|--------------|--------------------|-----------------|--------------|-----------------|-----------------|--------------|
| | <i>físico</i> | <i>psíquico</i> | <i>total</i> | <i>físico</i> | <i>psíquico</i> | <i>total</i> | <i>físico</i> | <i>psíquico</i> | <i>total</i> |
| <i>Atividades rotineiras</i> | 0.39 | 0.25 | 0.43 | 0.24 | 0.24 | 0.28 | 0.30 | 0.31 | 0.34 |
| <i>Relações pessoais</i> | 0.34 | 0.21 | 0.38 | 0.21 | 0.29 | 0.27 | 0.35 | 0.38 | 0.40 |
| <i>Lazer</i> | 0.48 | 0.35 | 0.55 | 0.31 | 0.37 | 0.36 | 0.40 | 0.45 | 0.47 |
| <i>Geral</i> | 0.46 | 0.31 | 0.51 | 0.30 | 0.32 | 0.34 | 0.38 | 0.40 | 0.41 |

Observou-se algumas tendências de correlações positivas entre sintomas de estresse e qualidade de vida nas fases de alerta e exaustão. Na fase de alerta, os sintomas físicos apresentaram uma tendência a correlação positiva com a área de lazer e qualidade de vida geral, (0.48) e (0.46), respectivamente. Pacientes que apresentaram maior número de sintomas físicos nesta fase, indicaram maior prejuízo na qualidade de vida, principalmente em relação ao lazer. Quando da comparação entre o conjunto de manifestações sintomáticas, na fase de alerta, e prejuízo na qualidade de vida, observou-se certa tendência a correlação positiva entre sintomas de estresse e prejuízo nas atividades rotineiras, lazer e qualidade de vida no geral - (0.43), (0.55) e (0.51), respectivamente. O aumento de sintomas de estresse da fase de alerta, pode influenciar negativamente na qualidade de vida e, em especial, nas áreas referentes a atividades rotineiras e lazer. Na

fase de exaustão, também foram observadas tendências a correlações positivas entre sintomas físicos e atividades de lazer (0.40); e entre sintomas psíquicos e atividades de lazer e qualidade de vida geral (0.45) e (0.40), respectivamente. No conjunto das manifestações sintomáticas, observou-se uma tendência a correlações positivas entre sintomas de exaustão e áreas referentes a relações pessoais, lazer e qualidade de vida geral, (0.40), (0.47) e (0.41), respectivamente. O aumento quantitativo das manifestações sintomáticas relativas a fase de exaustão, sugere certa influencia na adaptação psicossocial, podendo levar ao prejuízo da qualidade de vida geral, principalmente nas relações pessoais e lazer.

Tabela VII: Matriz de correlação, considerando-se a frequência de sintomas de estresse (ISS), nas três fases, em comparação aos itens relativos as áreas de atividades rotineiras (itens 4, 6a, 7a e 7 b) e lazer (11, 12 e 14)*, avaliadas no PDI.

| <i>Itens</i> | <i>Alerta</i> | | | <i>Resistência</i> | | | <i>Exaustão</i> | | |
|--|---------------|-----------------|--------------|--------------------|-----------------|--------------|-----------------|-----------------|--------------|
| | <i>físico</i> | <i>psíquico</i> | <i>total</i> | <i>físico</i> | <i>psíquico</i> | <i>total</i> | <i>físico</i> | <i>psíquico</i> | <i>total</i> |
| <i>(4) Dificuldade no cabeleireiro</i> | 0.25 | 0.39 | 0.40 | 0.17 | 0.26 | 0.22 | 0.02 | 0.29 | 0.21 |
| <i>(6a) Perda de tempo fora do trabalho</i> | 0.48 | -0.02 | 0.43 | 0.22 | -0.06 | 0.15 | 0.26 | 0.06 | 0.22 |
| <i>(7a) Dificuldade na realização de atividades no trabalho</i> | 0.40 | 0.21 | 0.50 | 0.35 | 0.09 | 0.30 | 0.28 | 0.27 | 0.21 |
| <i>(7b) Mudança na forma de desenvolver as atividades rotineiras</i> | 0.14 | 0.27 | 0.24 | 0.25 | 0.27 | 0.26 | 0.33 | 0.40 | 0.41 |
| <i>(11) Dificuldade em sair de casa</i> | 0.53 | 0.16 | 0.52 | 0.33 | 0.26 | 0.33 | 0.43 | 0.32 | 0.39 |
| <i>(12) Dificuldade na prática de esportes</i> | 0.38 | 0.16 | 0.41 | 0.31 | 0.31 | 0.34 | 0.27 | 0.36 | 0.36 |
| <i>(14) ↑ do tabagismo e alcoolismo</i> | 0.27 | 0.38 | 0.41 | 0.15 | 0.09 | 0.15 | 0.18 | 0.12 | 0.17 |

*A apresentação dos dados limitar-se-á aos itens que apresentaram correlações com os sintomas de estresse.

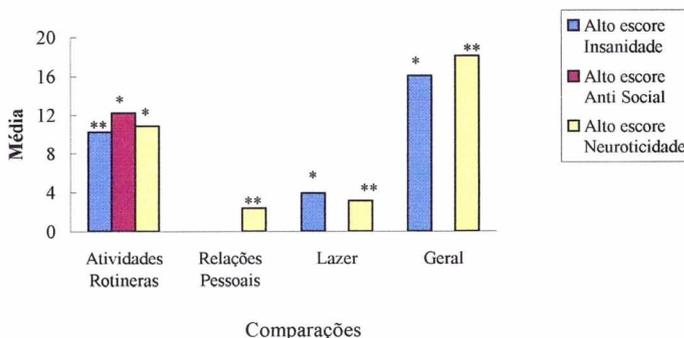
Quando da comparação entre frequência de sintomas de estresse e itens específicos, avaliados nas diversas áreas de qualidade de vida, observou-se algumas tendências de correlações positivas entre as áreas de atividades rotineiras e lazer e os sintomas de estresse referentes as fases de alerta e exaustão. Na fase de alerta, em relação a atividades rotineiras, observou-se uma tendência a correlação positiva entre número de sintomas físicos e problemas relacionados ao trabalho. O grupo de pacientes que apresentou maior número de sintomas físicos, indicou maior necessidade de despendar tempo fora do trabalho e maior dificuldade em desenvolver as atividades requeridas no trabalho (0.48) e (0.40), respectivamente. Na área relativa ao lazer, observou-se também uma tendência a correlação positiva entre sintomas físicos e dificuldades em sair de casa, decorrente da psoríase (0.53). No conjunto de manifestações sintomáticas indicadas na fase de alerta, observou-se tendências a correlações positivas entre sintomas de estresse e dificuldade em sair de casa (0.52), na prática de esporte (0.41), aumento do alcoolismo e tabagismo (0.41), problemas relativos a idas ao cabeleireiro (0.40), necessidade de despendar tempo fora do trabalho (0.43) e dificuldades na realização de atividades no trabalho (0.50). Na fase de exaustão, dentre as atividades rotineiras, observou-se uma tendência a correlação positiva entre os sintomas psíquicos e necessidade de mudanças na forma do desenvolvimento das atividades habituais (0.40). Na área de lazer, os sintomas físicos apresentaram uma tendência a correlação positiva com relação a dificuldades em sair de casa (0.43). No conjunto das manifestações sintomáticas relativas a fase de exaustão, observou-se uma correlação positiva entre sintomas de estresse e necessidade de mudanças na forma de desenvolvimento das atividades rotineiras (0.41).

VII. Comparação entre Traço de Personalidade e Qualidade de Vida – *ISP X PDI*

A análise de comparação entre traço de personalidade e qualidade de vida foi realizada através de Kruskal-Wallis, sendo observadas diferenças, estatisticamente significativas, nas escalas Insanidade, Anti-Social e Neuroticidade.

A Figura XI apresenta os dados relativos a comparação entre presença e ausência de desvio nas escalas Insanidade, Anti-Social e Neuroticidade e prejuízo nas áreas de atividades rotineiras, relações pessoais, lazer e qualidade de vida geral.

Figura XI: Média das respostas ao PDI, estatisticamente significativa, fornecidas pelos pacientes, com tendência a desvio nas escalas Insanidade, Anti-Social e Neuroticidade nas áreas de atividades rotineiras, relações pessoais, lazer e qualidade de vida geral.



* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

No que se refere a área específica de atividades rotineiras, quando da comparação com desvio de traço de Insanidade, observou-se que, o grupo de pacientes, com alto escore nesta escala, apresentou um prejuízo, significativamente maior, quanto as atividades rotineiras, em relação ao grupo de pacientes sem desvio ($p < 0.05$). Os pacientes com alto escore na escala Anti-Social também apresentaram um prejuízo, significativamente maior, quanto as atividades rotineiras, em comparação aos que obtiveram baixo escore e sem

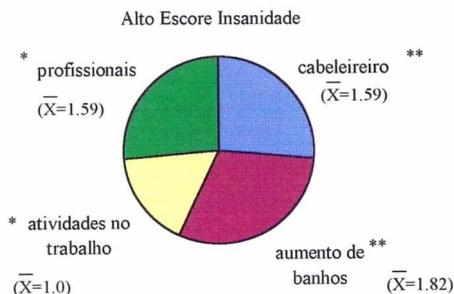
desvio ($p < 0.05$). Na escala Neuroticidade, pacientes com alto escore apresentaram um prejuízo, significativamente maior neste área, quando da comparação com os pacientes sem desvio ($p < 0.01$) (Anexo 12).

Quanto a área referente à relações pessoais, foi observada diferença estatisticamente significativa apenas na escala Neuroticidade. O grupo de pacientes com alto escore apresentou uma dificuldade, significativamente maior, nos relacionamentos em comparação ao grupo com baixo escore e sem desvio ($p < 0.01$) (Anexo 12).

Com relação a área de lazer e qualidade de vida geral, os pacientes com alto escore de Insanidade apresentaram, significativamente, maior prejuízo, em comparação aos pacientes sem desvio e com baixo escore ($p < 0.05$) e ($p < 0.05$), respectivamente. Entre os pacientes com desvio de Neuroticidade também foram observadas diferenças significativas. O grupo de pacientes com alto escore apresentou um prejuízo, significativamente maior, nesta área e em sua adaptação como um todo, em comparação ao grupo com baixo escore e sem desvio ($p < 0.01$) e ($p < 0.01$), respectivamente (Anexo 12). Entre os pacientes com desvio Anti-Social não foi observada diferença significativa na comparação entre pacientes com e sem desvio ($p < 0.85$) e ($p < 0.14$), respectivamente.

Dentre as áreas específicas avaliadas no PDI, a relativa a atividades rotineiras apresentou algumas atividades mais susceptíveis a influência de desvios na escala Insanidade, tais dados são apresentados na Figura XII.

Figura XII: Média das respostas, estatisticamente significativas, fornecidas pelos pacientes, com alto escore de Insanidade (ISP), relativas ao prejuízo em atividades de higiene e dificuldade profissional, avaliadas na área de atividades rotineiras do PDI.

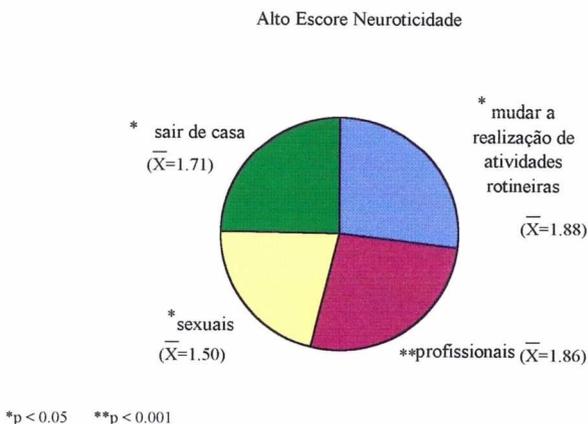


* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Não que se refere a análise comparativa entre desvio de Insanidade e prejuízo em atividades específicas, observou-se que grupo de pacientes com alto escore referiu, significativamente, maiores problemas no cabeleireiro e aumento na frequência de banhos e comportamentos repetitivos e freqüentes de lavar áreas afetadas, que pacientes sem desvio ($p < 0.01$) e ($p < 0.01$), respectivamente. Pacientes com alto escore apresentaram um prejuízo, significativamente maior, quanto a carreira, como dificuldade na execução das atividades no trabalho e perda de emprego ou não admissão, que pacientes sem desvio ($p < 0.05$) e ($p < 0.05$), respectivamente. O grupo de pacientes com alto escore indicou também um prejuízo, significativamente maior, em relação a perda de emprego e não admissão em comparação aos pacientes com baixo escore ($p < 0.05$) (Anexo13).

Dentre as áreas específicas avaliadas no PDI, as relativas a atividades rotineiras, relações pessoais e lazer apresentaram alguns itens mais susceptíveis a influência de desvios na escala de Neuroticidade, sendo os dados apresentados na Figura XIII.

Figura XIII: Média das respostas, estatisticamente significativas, apresentadas pelos pacientes com desvio de Neuroticidade (ISP), relativas ao prejuízo no trabalho, relacionamento interpessoal e lazer (PDI).



No que se refere as atividades rotineiras, o grupo de pacientes que apresentou alto escore de Neuroticidade indicou, significativamente, maior necessidade de mudanças na forma de desenvolvimento de suas atividades cotidianas, em comparação aos pacientes com baixo escore e sem desvio ($p<0.05$). Quanto ao setor profissional, pacientes com alto e baixo escores, apresentaram dificuldades, significativamente maiores, como perda de emprego ou não admissão, quando comparados aos pacientes sem desvio ($p<0.001$) (Anexo 14).

Nas área de relações pessoais, os pacientes que apresentaram alto escore de desvio de Neuroticidade indicaram maiores dificuldades sexuais, quando comparados aos pacientes que obtiveram baixo escore e sem desvio ($p<0.05$) (Anexo 14).

Em relação as atividades avaliadas no setor de lazer, observou-se que o grupo de pacientes com alto escore de Neuroticidade, apresentou, significativamente, maiores dificuldades em sair de casa, quando comparado ao grupo com baixo escore e sem desvio ($p<0.05$) (Anexo 14).

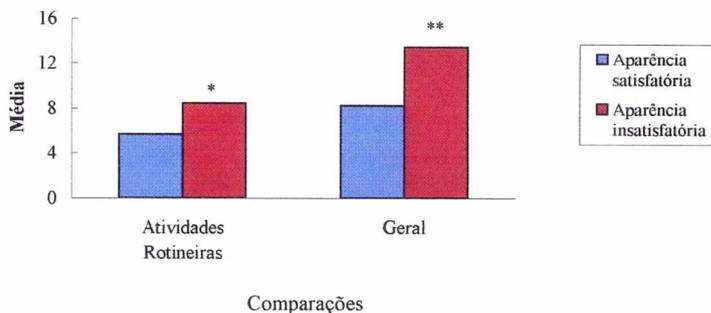
Nas escalas Extroversão e Dissimulação, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas quando da comparação entre presença e ausência de desvio de personalidade e prejuízo na qualidade de vida geral e em suas áreas específicas.

VIII. Comparação entre Qualidade de Vida avaliada através das Entrevistas e do PDI

Para a análise de comparação da influência da psoríase no cotidiano, avaliada por meio das entrevistas e do PDI, utilizou-se o teste Mann-Whitney. No caso das entrevistas, foram selecionadas as questões diretamente relacionadas a influência da psoríase na adaptação psicossocial.

Com relação ao quadro clínico, quando da comparação entre a percepção de melhora ou piora da lesão, relatada nas entrevistas, e prejuízo nas atividades rotineiras e qualidade de vida geral, não se observou diferenças estatisticamente significativas considerando-se os relatos de melhora e piora do quadro clínico. Nas demais categorias avaliadas foram observadas diferenças estatisticamente significativas. Na Figura XIV são apresentados os dados relativos ao impacto da psoríase nas atividades rotineiras.

Figura XIV: Média das respostas fornecidas pelos pacientes, quando da comparação entre percepção da aparência física, avaliada nas entrevistas, e prejuízo na área de atividades rotineiras e qualidade de vida geral, avaliado no PDI.

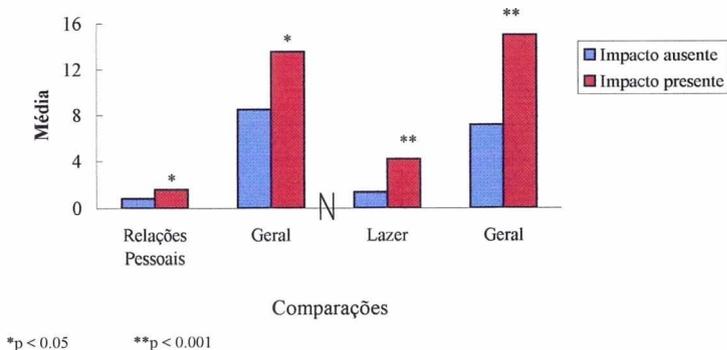


*p < 0.05 **p < 0.01

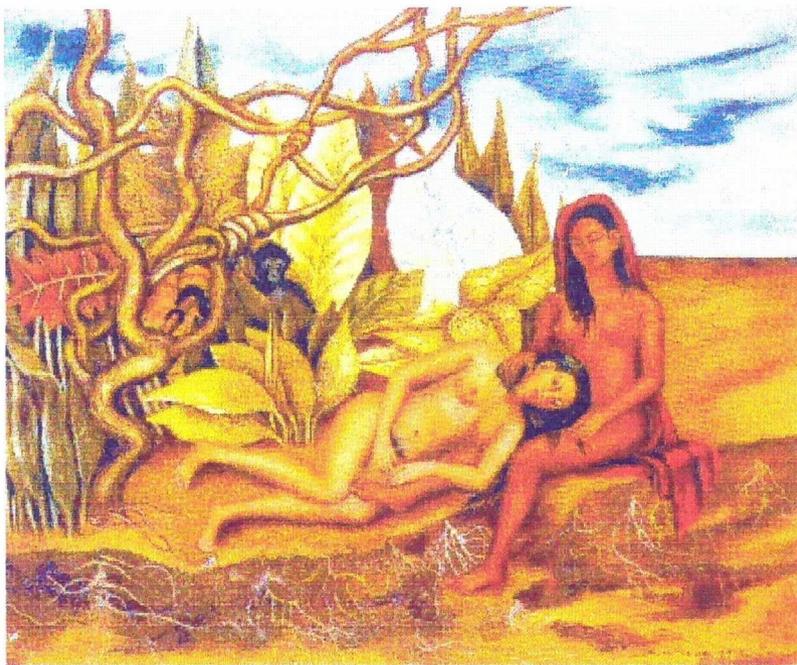
O grupo de pacientes que relatou, na entrevista, insatisfação quanto a aparência física, indicou um prejuízo, significativamente maior, nas atividades rotineiras e qualidade de vida geral, quando comparado ao grupo com percepção satisfatória ($p < 0.05$) e ($p < 0.01$), respectivamente (Anexo 15).

A Figura XV apresenta os dados relativos ao impacto da psoríase nos relacionamentos interpessoais e lazer.

Figura XV: Média das respostas fornecidas pelos pacientes, quando da comparação entre percepção do impacto da doença nos relacionamentos interpessoais e lazer, relatada na entrevista, e prejuízo na área de relações pessoais, lazer e qualidade de vida geral, avaliado no PDI.



Os pacientes que referiram, durante a entrevista, a influência negativa da psoríase nos relacionamentos interpessoais, apresentaram um prejuízo, significativamente maior, na área de relações pessoais ($p < 0.05$) e qualidade de vida geral ($p < 0.05$), em comparação aos que relataram ausência de impacto. Os pacientes que relataram a influência negativa da psoríase no lazer, durante a entrevista, apresentaram um prejuízo significativamente maior, na área de lazer ($p < 0.001$) e qualidade de vida geral ($p < 0.001$), avaliado pelo PDI, quando comparados aos que não relataram a influência da doença nestas áreas (Anexo 16).



A Própria Terra.

Frida Kahlo, 1939.

DISCUSSÃO

I. Condições Clínicas e Adaptação Psicossocial

Com relação ao quadro clínico, a maioria dos pacientes apresentou o diagnóstico de psoríase vulgar, sendo este tipo de manifestação, segundo Fitzpatrick e cols., (1993), a de maior incidência, caracterizando-se pela presença de lesões em forma de gotas ou placas, com predomínio de escamações e/ou eritemas. As lesões localizaram-se, em sua maioria, circunscritas a determinadas áreas, como membros inferiores e superiores, tórax, pés, mãos, etc., sendo observada uma diferença de gênero, pois as mulheres indicaram maior incidência de lesões em áreas específicas, enquanto entre os homens prevaleceu manifestações por todo o corpo, indicativo de maior gravidade da doença.

O grupo estudado apresentou certa homogeneidade entre história antiga de doença (acima de 10 anos) e recente, entre um e dez anos atrás, prevalecendo a data de início da psoríase na maturidade, a partir da terceira década. Entretanto, um razoável número de sujeitos, principalmente no grupo feminino, relatou a presença das primeiras manifestações desde a primeira e segunda década, correspondendo a infância e adolescência. Conforme Fitzpatrick e cols. (1993) e Camisa (1994), vários estudos têm indicado o desenvolvimento das primeiras lesões na terceira década, sendo a idade média referida para os homens de 29 anos e para as mulheres de 27 anos, corroborando com os achados do presente trabalho. Em um estudo realizado por Nyfors & Lemholt (conforme citado por Fitzpatrick e cols. 1993), com 245 crianças, observou-se que a média de idade do desenvolvimento das primeiras manifestações foi de 8.1 anos. Já uma pesquisa feita por Lomholt (conforme citado por Fitzpatrick e cols 1993), indicou uma média de 12.5 anos para o aparecimento das primeiras lesões.

A faixa etária de desenvolvimento da doença constitui-se um fator de suma importância no prognóstico e desenvolvimento psicossocial. Segundo Fitzpatrick e cols. (1993), manifestações precoces, antes dos 15 anos de idade, estariam relacionadas a maior severidade da doença quanto a extensão das lesões e respostas ao tratamento. Sob uma perspectiva psicossocial, o surgimento de lesões no período de desenvolvimento da personalidade pode afetar mais a organização do funcionamento mental, a auto-imagem e conseqüentemente a adaptação social.

Segundo Gupta & Gupta (1995b), alguns estudos sugerem baixa morbidade psicossocial entre pacientes que desenvolveram a doença mais tardiamente. Tais pacientes

parecem menos sensíveis a opinião do outro, com menor tendência a antecipar rejeição social e menor sentimento de culpa e vergonha. Neste trabalho realizado pelos autores acima referidos, os pacientes com idade entre 18 e 45 anos apresentaram maiores problemas com relação a aparência e socialização em comparação aos pacientes mais velhos. Segundo estes, o estigma vai perdendo sua importância a partir da meia idade, em função da maior estabilidade na rede social e conseqüentemente menor probabilidade de rejeição social. Mckenna e Stern (1997), avaliando o impacto da psoríase na qualidade de vida dos pacientes, observaram que pessoas com mais de 65 anos de idade apresentaram menores escores de impacto na qualidade de vida (27%) em comparação a pessoas com idade abaixo de 40 anos (34%).

No presente trabalho, a maioria dos paciente apresentou as primeiras manifestações da lesão na idade adulta, a partir da terceira década, seguida de uma expressiva porcentagem na infância e adolescência, que poderiam ser vistas como idades críticas frente a adaptação psicossocial, pois como citado acima, a doença parece ter menor influência na adaptação somente a partir da terceira idade. Pode-se inferir que durante as etapas do desenvolvimento, compreendendo infância adolescência e até mesmo no início da maturidade, a exposição a ambientes diversos e a amplitude de contatos pessoais favoreceria a exposição a situações com maior probabilidade de ocorrência de discriminação, podendo interferir na capacidade de ajustamento.

Além de situações discriminatórias, a precocidade das manifestações psoriáticas poderia estar influenciando no desenvolvimento e funcionamento psíquico. Segundo Anzieu (1989), a pele cuja origem pertenceria ao mesmo tempo às ordens físicas e psíquicas, seria, assim como o corpo em sua totalidade, um suporte para as funções psíquicas, auxiliando na formação da identidade. No caso dos pacientes cujas primeiras manifestações da psoríase deram-se precocemente, durante o período de estruturação da personalidade, poder-se-ia inferir uma possível influência desta pele lesionada, deste invólucro deficitário, na organização e desenvolvimento psíquico. Na relação soma-psíquê, possivelmente a pele poderia estar influenciando à nível estrutural e funcional o aparelho psíquico e conseqüentemente a constituição da identidade, favorecendo a desadaptação.

Em relação ao tratamento médico, o grupo, em sua maioria, apresentou regularidade no tratamento, fazendo uso de medicação e realizando retornos periódicos, entre um a três meses. A psoríase, por ser uma doença crônica, sem uma linearidade evolutiva, podendo apresentar desde períodos de grandes melhoras até pioras súbitas,

demanda do paciente uma maior atenção quanto ao tratamento, necessitando, muitas vezes do acompanhamento médico regular. A evolução da doença foi percebida, pela maioria dos pacientes, como positiva ou instável, ou seja, oscilando entre períodos de calma e agravamento das lesões.

Na categoria de avaliação positiva quanto ao quadro clínico, além da regressão das lesões também foram relatadas diminuições de sintomas como pruridos e dores. No entanto tais sintomas, especificamente na psoríase vulgar, não fazem parte do quadro característico, estando a sua referência possivelmente associada a vivências subjetivas. Apesar do predomínio de percepções positivas frente ao quadro clínico, o grupo feminino apresentou menor referência de melhora em comparação ao grupo masculino. Provavelmente tal fato pode estar associado a uma porcentagem expressiva de mulheres que indicaram faixa etária de desenvolvimento da doença durante as duas primeiras décadas de vida, bem como possíveis problemas na esfera psíquica, que poderiam estar presentes em função da influência da pele no desenvolvimento psíquico e na estruturação da identidade (Anzieu, 1989). O desenvolvimento precoce da doença, segundo Fitzpatrick e cols., predisporia a um pior prognóstico.

Quanto a possível influência do funcionamento mental, Fried e cols. (1995) constataram forte associação entre aspectos psíquicos, prurido e piora das lesões, relatando que pacientes com alto nível de ansiedade apresentaram maior incidência de prurido levando ao ato de coçar tendo como consequência a piora do quadro.

Embora grande parte dos pacientes tenha relatado melhora em suas lesões, a maioria apresentou insatisfação quanto a aparência física, expressando sentimentos de inferioridade, anormalidade e discriminação. A percepção que o paciente tem da doença e a forma como ele lida com o estar doente parece independer da sua condição real de saúde, estando, aparentemente mais relacionada a suas condições psíquicas.

Poucos estudos são realizados abordando a relação entre o aparecimento das lesões e suas consequências na insatisfação pessoal quanto a aparência física. Gupta & Gupta (1995b), em um estudo avaliando o impacto da psoríase na qualidade de vida, observaram alta frequência de relatos referindo problemas de estigmatização, em função da aparência física. Sentimentos de raiva, extrema irritação e humilhação social, durante os períodos de piora das lesões, foram referidas por pacientes com psoríase, em um trabalho realizado por Fried. e cols. (1995).

Segundo Chiozza (1991), a pele, além de outras funções, também representa a pessoa enquanto indivíduo único. Este sentimento de identidade passa pelo crivo do outro, pelo reconhecimento externo. No caso dos pacientes com psoríase, ante uma sociedade com um ideal de beleza e conseqüentemente de adequação, o problema de pele acaba favorecendo sentimentos de discriminação, inadequação e insatisfação frente a aparência física. Conforme Goffman (1963/1988), a sociedade cria um modelo de normalidade imposto a todos. Aquele que, por alguma razão não se encaixa neste modelo, é visto como um desigual, e não apenas como diferente. Ele possui um estigma, algo que não havia sido previsto pela sociedade. O estigma despoja a pessoa de sua identidade social, esvaindo-se seus atributos de humanidade.

A auto-percepção frente a aparência física encontra-se relacionada com a representação psíquica do corpo, com a imagem corporal, que para Capisano (1992), estrutura-se na mente numa relação intra e interpessoal, estabelecendo uma íntima relação com a personalidade. A imagem corporal constitui-se em uma estrutura dinâmica, podendo ser afetada por alterações fisiológicas e insatisfações ligadas ao distúrbio libidinal. Desta forma, no caso dos pacientes com psoríase, a melhora física das lesões não estaria sendo suficiente na promoção da satisfação quanto a aparência física, sugerindo uma possível insatisfação relacionada mais às condições psíquicas e libidinais, que propriamente físicas. Situações de discriminação acrescida da própria constituição da personalidade, fundamentada em uma imagem corporal debilitada pela doença, e possíveis problemas libidinais, poderia estar influenciando na capacidade de auto-aceitação e satisfação pessoal do paciente.

Aspectos da adaptação social dos pacientes, envolvendo relacionamentos íntimos, familiar e com amigos próximos apresentaram-se, em sua maioria, preservados, não sendo referidos indícios de dificuldades atribuídos a psoríase. Tais relatos foram tomados de forma qualitativa, sem uma definição precisa e objetiva de critérios de avaliação para um bom relacionamento. O critério considerado foi a avaliação subjetiva de cada sujeito quanto a sua concepção de relacionamento satisfatório e positivo. Entre os pacientes que relataram problemas nos relacionamentos interpessoais, foram apontados como fatores de influência a discriminação social e características pessoais. Pode-se pensar que as dificuldades de relacionamento poderiam estar sendo influenciadas por dificuldades à nível inconsciente. Assim, tendo em vista a somatização enquanto veículo de expressão de conflitos inconscientes e a escolha do órgão de choque intimamente relacionada a estes, a

psoríase poderia estar provavelmente expressando de forma não verbal, dificuldades à nível interpessoal, tornando-se o alvo principal dos problemas nos contatos superficiais, não permitindo emergir possíveis conflitos nas relações íntimas, relatadas como satisfatórias pela maioria dos pacientes.

Segundo Chiozza (1991), uma das diversas fantasias inerentes ao paciente psoriático estaria relacionada a vulnerabilidade frente ao objeto de apego associada ao medo da proximidade e perda do objeto. No presente trabalho, a psoríase poderia estar expressando simbolicamente a necessidade de uma barreira de proteção, mantendo possivelmente uma distância apaziguadora para o paciente, não sendo desta forma perceptível a este as dificuldade inerentes às relações íntimas. O desconforto frente ao outro, medo de rejeição e discriminação poderiam estar a serviço do desejo de manter certa distância, protegendo a pessoa do contato sentido como ansiogênico.

A respeito do impacto da psoríase na vida social, no presente estudo, a discriminação e estigmatização foram relatadas pela maioria dos pacientes ao se referirem aos relacionamentos interpessoais e lazer. Muitos narraram ter deixado de freqüentar lugares como piscinas, praias, ambientes cuja exposição das lesões seria inevitável. As atividades de lazer referidas corresponderam desde aquelas restritas ao ambiente familiar/realizadas independente do outro até a ambientes diversos/realizadas coletivamente.

No caso da psoríase, o sentimento de rejeição e a estigmatização presentificam-se a cada dia no cotidiano do paciente, favorecendo-lhe a desadaptação social. Problemas no ambiente de trabalho, dificuldades em situações públicas como clubes, cabeleireiro, mudanças na forma de se vestir, são algumas das conseqüências que atingem o paciente (Ginsburg & Link, 1993; Gupta & Gupta, 1995b; Schmid-Ott. e cols. 1996). Dificuldades na adaptação social, acompanhada da rejeição coletiva e individual, repercutem de forma ansiogênica, ocasionando sentimentos de irritação e angústia (Root, Kent & Al'Abadie, 1994).

Entre o grupo feminino observou-se um maior isolamento social, com grande parte mantendo suas atividades de lazer restritas ao ambiente doméstico, imputando à estigmatização certa influência neste processo. Diferenças de gênero na morbidade psicossocial vêm sendo focalizada em poucos estudos e os resultados são pouco concordantes. Roenigk e Roenigk (conforme citado por Gupta e Gupta, 1995b) observaram baixa morbidade psicossocial entre pacientes com psoríase do sexo masculino,

sendo tal fato atribuído a menor importância socialmente dada a aparência do homem em relação à mulher. Por outro lado, no trabalho de Gupta e Gupta (1995a) não foi observada diferença de impacto na socialização com relação ao gênero, apresentando ambos os sexos prejuízo nesta área.

Tendo em vista que no presente trabalho as mulheres apresentaram uma pior evolução quanto a melhora das lesões e elevada referência de insatisfação relativa a aparência física, estes elementos poderiam ser pensados como possíveis precipitantes das restrições sociais. Porém, no grupo masculino também foi observada elevada referência de insatisfação quanto a aparência física e neste as atividades de lazer envolveram principalmente ambiente diversos e atividades compartilhadas. Provavelmente outros fatores, além da aparência física, como por exemplo os aspectos psíquicos, poderiam estar influenciando na morbidade psicossocial do grupo feminino. Fried e cols. (1995) não observaram relações entre piora da lesão e comportamento de permanência no ambiente familiar. Os pacientes, em sua maioria relataram permanecer em casa durante a maior parte do tempo independente do seu estado de saúde. Segundo Schmid-Ott e cols. (1996), o sentimento de estigmatização do paciente é reflexo não só da piora da lesão com também de condições psíquicas dos pacientes. Ao que parece, entre as mulheres a psoríase apresenta-se como um fator mais limitante da vida social que entre os homens.

No presente estudo, observou-se que uma porcentagem considerável dos pacientes não indicou interferência da psoríase nas suas relações sociais e lazer. Cabe lembrar que, nas atividades de lazer, os pacientes, geralmente, referiam-se a utilização de artifícios como roupas longas e restrição a locais que necessariamente teriam que expor suas lesões, como forma de evitar situações discriminatórias. Tal comportamento foi descrito em um trabalho de Schmid-Ott e cols. (1996), que observaram fortes correlações entre localização das lesões e comportamento de encobrimento e afastamento. Regiões visivelmente afetadas, como pernas, braços, apresentaram forte correlações com atitudes de encobrimento, enquanto áreas chamadas de invisíveis, como barriga e regiões genitais, apresentaram fortes correlações com atitudes de afastamento. Assim, os pacientes na busca de evitar situações constrangedoras de discriminação e rejeição se auto-impõem restrições diversas, o que pode influenciar negativamente a sua qualidade de vida. Segundo Brassinne e Neys (1986), uma das conseqüências psicossociais no paciente com psoríase seria a tendência a se esconder, não permitindo a exposição das lesões pelo receio ao julgamento externo. Subjacente a tal comportamento poder-se-ia pensar a necessidade

inconsciente de manter certa distância do outro, evitando o contato, vivenciado pelo paciente com psoríase como angustiante (Chiozza, 1991).

A superação do impacto da doença nas relações interpessoais e lazer foi relatada por uma minoria dos pacientes. Este dado aponta para as dificuldades enfrentadas na adaptação e retomada das demandas da vida cotidiana. O impacto emocional da doença, acrescido da reação social parece favorecer uma dificuldade de adaptação de difícil superação.

Sob a ótica do inconsciente, tal desadaptação, provavelmente, poderia estar a serviço da manutenção de um equilíbrio psíquico aparente, não permitindo a emergência de conflitos interpessoais provenientes das relações primitivas precárias (Spitz, 1965/1993; Chiozza, 1991; Schulman, 1991). Por outro lado, padrões normativos impostos pela sociedade levam as pessoas consideradas como desviantes, ou seja, estigmatizadas, a apresentarem comportamentos de afastamento, o que é reforçado pela conduta social, dificultando a aceitação e inserção destas no contexto social (Goffman, 1963/1988).

II. As Manifestações de Estresse e o Quadro Clínico

Pesquisas atuais destacam algumas funções metabólicas das células da epiderme vinculadas às defesas do sistema imunológico. Neste sentido, a psoríase considerada uma doença imunoalérgica, apresenta uma estreita relação com o equilíbrio orgânico geral e conseqüentemente com o estresse (Chiozza, 1991; Fitzpatrick e cols., 1993; Camisa, 1994).

A relação entre o estresse e o desenvolvimento e exacerbação da psoríase tem sido amplamente estudada no campo da Dermatologia (Invernizzi e cols., 1988; Gaston e cols., 1991; Farber e Nall, 1993; Al'Abadie e cols., 1994; Gupta e Gupta, 1995a; Harvima e cols., 1996; Pinto, 1996). Trabalhos de âmbito nacional, utilizando o ISS na avaliação do nível de estresse, vêm também constatando a presença de indicadores de estresse entre pacientes psicossomáticos (Malagris, 1996; Pinto, 1996).

No presente trabalho, uma pequena porcentagem dos pacientes não apresentou indicativos de estresse, enquanto a maioria indicou estresse no momento da avaliação. Destes, observou-se um predomínio da fase de resistência, referente a presença constante de estressores. A fase de exaustão foi apresentada por uma pequena porcentagem de pacientes, correspondendo a presença prolongada e intensa do estressor. Nenhum paciente apresentou índices próprios à fase de alerta. Tais dados revelam que a maioria avaliada encontra-se na presença constante de situações estressoras, experimentadas a nível fisiológico e emocional.

O predomínio das fases de resistência e exaustão em paciente psicossomático também foi observado por Pinto (1996), em um trabalho com vitiligo, cujas manifestações sintomáticas apresentaram-se principalmente na área física. A presença constante de situações de estresse no paciente com psoríase pode ser pensada como conseqüência da própria doença enquanto evento estressor, como também uma maior sensibilidade deste a situações vivenciadas no cotidiano (Fava e cols., 1980; Al'Abadie e cols., 1994). Gupta e Gupta (1995a), avaliando nível de estresse em pacientes com psoríase, sugeriram haver uma relação entre estresse e estigmatização, sendo o impacto social ocasionado pela doença o principal estressor. Neste caso, poder-se-ia pensar que o dia-a-dia do paciente por si só já seria uma experiência estressante, mantendo-o em constante estado de tensão.

Segundo Fine (1990) e Lipp (1996), o organismo, diante de situações emocionalmente intensas, quebra seu equilíbrio homeostático, ocasionando mudanças tanto a nível biológico como psíquico, buscando restabelecer um equilíbrio, mesmo que artificial. A quebra homeostática ocorrida no paciente psicossomático é sugerida por Marty (1990/1993), como decorrente do mal funcionamento mental, onde situações traumatizantes ao atingirem o aparelho psíquico, não encontrariam uma organização mental suficientemente desenvolvida, ocorrendo a somatização em função da impossibilidade de elaboração ou uso de outros recursos. Frente a tais situações, o paciente na impossibilidade de manter-se à distância do evento, acrescido de sua fragilidade homeostática, desencadearia um processo de somatização (Marty, 1989). No presente estudo, a presença de indicadores de estresse na maioria dos pacientes poderia ser sugestiva de possíveis dificuldades à nível psíquico, impossibilitando a elaboração e simbolização de situações estressantes vivenciadas.

A psoríase, considerada uma doença psicossomática, pode estar sendo duplamente influenciada pelas condições de estresse dos pacientes. Primeiramente, pela relação entre o desenvolvimento e agravamento da doença e situações estressantes, cujos estudos (Farber e cols., 1991; Pincelli e cols., 1994) vêem sugerindo mudanças orgânicas à nível neurofisiológico frente ao estressor, podendo levar a manifestação da doença; e pelas reações emocionais secundárias ao estabelecimento e exacerbação da doença, apresentando-se como mais um componente estressor.

Diversos trabalhos foram realizados evidenciando a importância do estresse na evolução da doença (Fava e cols., 1980; Invernizzi, e cols., 1988; Al'Abadie e cols., 1994; Harvima e cols., 1996). Al'Abadie e cols. (1994) realizaram um trabalho com 329 pacientes com diferentes patologias dermatológicas, dentre elas a psoríase. Os resultados indicaram que os pacientes com psoríase relataram mais situações estressantes ocorridas anterior a data de início ou da exacerbação da doença, em comparação aos demais. Os autores sugerem que as experiências de estresse podem ter maior importância e influência para a evolução da psoríase em comparação a outros problemas dermatológicos. Harvima e cols. (1996), constataram que pacientes com alto nível de estresse psíquico, como depressão, tendiam a ter pioras em suas lesões, bem como acentuação dos sintomas associados.

No presente trabalho não foi observado estresse na fase de alerta, correspondendo a instauração do evento estressor. Tendo em vista o predomínio da presença de

manifestações psoriáticas há mais de um ano, entre os pacientes avaliados, e indicações na literatura de um período de latência entre estressor e desenvolvimento da psoríase (Invernizzi, e cols., 1988; Al'Abadie e cols., 1994), a inexistência da fase de alerta pode ser pensada em função deste período de latência. Segundo Marty (1990/1993), o desencadeamento da somatização, pressupõe um período de latência e sua manutenção depende da conservação psíquica do fator traumatizante e ausência de uma regressão. Assim, no caso dos dados apresentados pelos pacientes, a ausência da fase de alerta poderia ser sugestiva da necessidade de um período de latência entre instauração do estressor, impacto emocional, desorganização mental e somatização, que poderia estar ocorrendo entre estes.

Quanto aos pacientes que não apresentaram indicadores de estresse, pode-se pensar, neste caso, a pele como veículo privilegiado de somatização, onde o desequilíbrio orgânico se expressaria principalmente por meio da psoríase, havendo uma menor diversidade de manifestações sintomáticas, não atingindo, desta forma o critério para classificação de estresse. Por outro lado, embora a literatura enfoque a importância do evento estressor na manifestação e reincidência da psoríase, o fato do paciente não apresentar indicadores de estresse não exclui a possibilidade de problemas na esfera psíquica estarem influenciando no desenvolvimento da patologia, como possivelmente possa ocorrer nos pacientes avaliados, cuja maioria apresentou indicadores sugestivos de dificuldades emocionais. Tal tema será abordado de forma mais aprofundada na seqüência do trabalho. Segundo Marty (1990/1993), a situação traumática levaria a uma desorganização do funcionamento mental, no entanto, iniciado o processo, a somatização se sustentaria em função desta desorganização, e não mais pela presença do estressor, sendo sua finalização resultado de uma mudança no estado psicoafetivo do paciente face ao valor traumático dos acontecimentos, e não da eliminação do evento estressor. Desta forma, pode-se inferir que, embora alguns pacientes não tenham apresentado indicadores de estresse, não significaria que estes não apresentariam sintomas psicossomáticos, pois, segundo Marty (1990/1993), tal processo encerra-se apenas quando de um trabalho à nível psíquico, cessando o peso traumático de suas experiências.

No presente estudo, observou-se um predomínio de manifestações de estresse na área psíquica, como irritabilidade excessiva, ambivalência, angústia, ansiedade, depressão e hipersensibilidade emocional, evidenciando um desequilíbrio não apenas à nível biológico, mas, especialmente psicológico. Diversos estudos vêm abordando a importância de

situações estressantes no desenvolvimento e exacerbação de patologias psiquiátricas como a depressão e esquizofrenia (Mandler, 1984; Monroe e McQuaid, 1994; Mazure, 1995). Monroe e McQuaid (1994) sugerindo ainda a influência do estresse não apenas no desenvolvimento de doença mental, enquanto quadro clínico, mas na expressão de sintomas psíquicos em geral. Angústia, ansiedade, depressão, sentimentos de inadequação, irritabilidade, têm sido referidas como presentes em pacientes com psoríase (Fava e cols., 1980; Root e cols., 1994). A diversidade de manifestações emocionais apresentadas pelos pacientes poderia ser sugestiva da capacidade destes de entrarem em contato com suas emoções, sugerindo possivelmente um menor nível de alexithimia. No entanto, poder-se-ia pensar em uma possível dificuldade de elaboração destes conteúdos afetivos, que invadiriam o aparelho psíquico não encontrando possibilidade de contenção e reorganização. Neste caso, sob a perspectiva do conceito de *desafetação* proposto por McDougall (1996) e de *mentalização* de Marty (1996/1998), o paciente entraria em contato com suas emoções, porém a precariedade do funcionamento mental e a incapacidade de suportar a contenção e excesso de experiência afetiva não lhe possibilitaria a reflexão, desencadeando um processo somático.

Situações de estresse têm sido identificadas como de suma importância na evolução da psoríase. Entretanto, a intensidade com a qual tais situações influenciam no equilíbrio geral orgânico depende da estruturação da personalidade mediando a forma como tais eventos repercutem no mundo interno (Ewalt, s/d; Mandher, 1984; Monroe e McQuaid, 1994). Mazzetti e cols. (1994) apontaram a importância das condições psíquicas influenciando na suscetibilidade a situações estressantes em pacientes com psoríase. Neste sentido, a percepção dos eventos como estressantes seria acompanhada pela subjetividade de cada um, caracterizando a vivência como menos ou mais estressante.

III. Características de Personalidade e o Nível de Ajustamento.

Características de personalidade levando a manifestações psicológicas têm sido abordada em vários estudos a respeito do paciente psoriático (Lyketsos e cols., 1985; Andreoli e cols., 1994; Johnson & Mostaghimi, 1995; Rubino e cols., 1995).

No grupo estudado, a maioria dos pacientes apresentou desvios de personalidade, em um ou mais traços de personalidade, destacando-se as escalas Insanidade, Neuroticidade e Extroversão. O grupo feminino apresentou, principalmente, desvios em dois ou mais traços, sugerindo uma maior diversidade de manifestações psicológicas e possivelmente maior comprometimento do funcionamento mental. Como abordado anteriormente, no grupo feminino foi observada uma expressiva predominância da instalação da doença nas etapas iniciais do desenvolvimento, o que poderia ter influenciando mais negativamente o seu funcionamento mental. Segundo Nemiah (1961/1981), a doença impõe uma tensão na organização psíquica do homem, sendo tal tensão proporcional à severidade da doença. Neste caso, pode-se inferir que uma organização psicológica frágil e em formação poderia estar mais suscetível as tensões impostas pela psoríase, influenciando no seu funcionamento e estruturação.

Surwit, Bradner, Fenton e Pilon (1979), avaliando, através do ISP, características de personalidade de pacientes com hipertensão arterial, observaram uma alta correlação entre escala Insanidade de evolução da doença, onde pacientes com alto escore de Insanidade apresentaram dificuldades de melhora. No contexto nacional, Cabrera (1991), observou entre pacientes com úlcera péptica alto escores nas escalas Insanidade e Neuroticidade, quando comparados ao grupo controle.

Estudos vêm sugerindo a inexistência de um personalidade específica em pacientes com psoríase, no entanto, sua organização mental apresenta peculiaridades relacionadas a uma maior dificuldade em lidar com as pulsões e componentes agressivos, além de características comuns a outros pacientes psicossomáticos, como pensamento operatório, alexetímia (Fadden, 1983; Lyketsos e cols., 1985; Neys, 1986; Brassinne & Neys, 1986; McDougall, 1991,1996; Sorribas e cols., 1991; Marty, 1990/1993; Andreoli e cols., 1994; Rubino e cols., 1995).

Johnson e Mostaghimi (1995), avaliando pacientes com diversas patologias dermatológicas, observaram alta comorbidade entre desordens psiquiátricas e doenças dermatológicas, destacando-se a psoríase com 79% dos pacientes apresentando depressão neurótica e 14% ansiedade. Estes autores sugerem a presença dos distúrbios psiquiátricos como secundários à cronicidade da doença dermatológica e às vivências estressantes cotidianas. Comorbidade entre psoríase e possíveis distúrbios psiquiátricos também foi relatada por Rubino e cols. (1995), que identificaram patologias neuróticas, psicóticas e ansiedade moderada entre pessoas com psoríase.

No presente trabalho, os pacientes apresentaram indicadores de dificuldades emocionais compreendendo sentimentos de isolamento, desconfiança, ansiedade paranóide, e possíveis distúrbios psiquiátricos, assim como descontrole emocional, impulsividade, rigidez e alta suscetibilidade a ansiedade, favorecendo a manifestações somáticas, psíquicas e desadaptação social. Em estudos de avaliação de características de personalidade através da técnica do Rorschach, pacientes com psoríase apresentaram indicadores de conflito, ansiedade, impulsividade, defensividade, agressividade, dificuldades de simbolização e problemas referentes ao teste de realidade (Fadden, 1983; Sorribas e cols., 1991; Andreoli e cols., 1994). As diversas manifestações psíquicas apresentadas pelos pacientes no presente estudo são sugestivas de possível precariedade na organização do aparelho psíquico, dificultando a elaboração das vivências internas e as experiências externas. Segundo Sorribas e cols. (1991) o alto nível de ansiedade apresentado pelo paciente com psoríase provém da falta de representação mental da situação e afeto experienciado, impossibilitando sua simbolização levando a atuação da impulsividade via corpo.

Os sentimentos de desconfiança e ansiedade paranóide apresentados pelos pacientes avaliados, no presente trabalho, sugerem o uso do mecanismo de projeção de componentes agressivos, não elaborados intrapsiquicamente. Chiozza (1991), confere à hiperqueratose da psoríase uma expressão simbólica da necessidade de possuir uma barreira sólida de proteção, que protegeria ao mesmo tempo de possíveis agressões externas e dos próprios impulsos. Assim, segundo este autor, o espessamento da camada córnea proporcionaria uma aparente impressão de força egóica, camuflando a fragilidade psíquica apresentada pelos pacientes com psoríase.

A ênfase em aspectos afetivos vêm sendo abordada por vários autores no trabalho com pacientes psicossomáticos (Fenichel, 1945/1981; Nemiah, 1961/1981; Spitz,

1965/1993; Mello Filho, 1979; Alexander 1987/1989; Anzieu, 1989; McDougall, 1991,1996; Chiozza, 1991; Marty, 1990/1993; Ávila, 1996). Características de personalidade, envolvendo possíveis precariedades no funcionamento mental, levando a dificuldades à nível emocional, tem sido referidas como atuando no estabelecimento da patologia. Sob esta perspectiva, no presente trabalho, poder-se-ia pensar na hipótese de dificuldades no funcionamento mental, sugestiva dos desvios de traços de personalidade apresentados pelos pacientes, levando a somatização, pela impossibilidade de elaboração das vivências de grande impacto emocional.

Variáveis como, idade, tempo de doença e tipo de psoríase apresentaram-se relacionadas a determinadas características de personalidade. Pacientes com idade entre 31 e 40 anos e pacientes com psoríase vulgar apresentaram maior nível de defensividade, compreendendo desde mecanismos de auto-valorização até de admissão patológica de características indesejáveis. Poder-se-ia inferir neste caso, que a ocorrência de situações estigmatizantes, despertando ansiedades persecutórias, favoreceria a alta defensividade. Observou-se também relações entre história relativamente recente da doença (1 a 10 anos) e descontrole emocional, sentimento de isolamento, ansiedade paranóide e possíveis distúrbios psiquiátricos, podendo sugerir o reflexo do impacto da doença na adaptação psicossocial do paciente. Nemiah (1961/1981), ao abordar a influência de patologias físicas no funcionamento mental, destaca a grande dificuldade adaptativa e de ajustamento quando da manifestação de doenças de natureza crônica. A psoríase por ser uma patologia crônica, embora podendo apresentar apenas um episódio de manifestação, impõe ao paciente uma série de restrições. Do ponto de vista prático implica em mudanças de hábitos e do ponto de vista subjetivo, pode envolver problemas de discriminação e dificuldades nos relacionamentos interpessoais e de identidade. Neste sentido, o impacto e as limitações associadas a doença podem implicar uma maior desorganização no funcionamento mental, favorecendo manifestações psíquicas.

No estudo em questão, o alcance da técnica utilizada na avaliação das características de personalidade, limita-se aos traços, não envolvendo uma análise mais aprofundada de fatores estruturais da personalidade. Neste sentido, as inferências quanto ao significado das dificuldades emocionais apresentadas pelos pacientes necessitam sempre ser relativizadas. Assim, considerando-se o paciente como um sistema, poder-se-ia pensar que possíveis problemas na sua organização psíquica, com dificuldade de elaboração das vivências emocionais, poderia estar desempenhando um papel importante no

desenvolvimento e evolução da doença e ao mesmo tempo, a patologia física indiretamente poderia estar influenciando na manifestação de distúrbios emocionais secundários.

Observou-se na relação entre características de personalidade e sintomas de estresse, que os pacientes com desvio de Neuroticidade e Insanidade apresentaram maior suscetibilidade a situações estressantes, favorecendo manifestações sintomáticas físicas e psíquicas. Pacientes com altos indicadores de Insanidade, característicos de possíveis distúrbios psiquiátricos, denotaram maior dificuldade em lidar com situações estressantes, manifestando diversos sintomas físicos e psíquicos como reação imediata ao estressor e ao longo de sua permanência, chegando a exaustão. Pacientes com altos indicadores de Neuroticidade, correspondendo a elevada suscetibilidade a ansiedade e reações neuróticas, também indicaram maiores dificuldades em lidar com a emergência e permanência prolongada de situações estressantes, tendendo a manifestação de sintomas físicos. Nelson e Cohen (1983), utilizando o ISP para avaliar a relação entre evento estressor e características de personalidade em estudantes universitários, observaram correlações entre eventos estressores e traço de Neuroticidade. Segundo os autores, situações estressantes estariam relacionadas às medidas de desordem psíquica.

Interessante notar que, na forma de vivenciar as situações estressantes, enquanto os pacientes com desvio de Insanidade apresentaram maior número de indicadores de sintomas psíquicos de estresse do momento da instauração do estressor e na permanência prolongada, os pacientes com desvio de Neuroticidade apresentaram inicialmente indicadores de sintomas físicos de estresse e na permanência prolongada do estressor, tenderam a apresentar indicadores de sintomas psíquicos. Os pacientes com desvio de Neuroticidade, frente as situações de estresse, inicialmente apresentaram indicadores de somatização enquanto pacientes com desvio de Insanidade tenderam a apresentar indicadores de sintomas psíquicos acompanhados dos somáticos.

Segundo Nemiah (1961/1981) o paciente psicossomático apresenta um pensamento mais concreto, distanciado do mundo afetivo, sendo a somatização um meio de expressão dos afetos. Entretanto, podem ocorrer momentos de erupção repentina de inúmeros sentimentos a ponto de suscitar na pessoa sentimentos de desamparo. No caso dos pacientes com desvio de Neuroticidade, poder-se-ia inferir que estes, frente a instalação do estressor utilizariam da somatização como recurso defensivo. Porém, na permanência prolongada da situação estressante, a somatização por si só não seria

suficiente para a contenção da afetividade, emergindo então os indicadores de sintomas psíquicos.

Pacientes que apresentaram características de flexibilidade de adaptação à situações novas, indicaram maior habilidade em lidar com situações estressantes, utilizando-se menos da produção de diversos sintomas físicos e psíquicos. Neste sentido, a capacidade psíquica poderia estar mediando a relação estressor - manifestações sintomáticas, indo ao encontro da concepção de Mandler (1984) de que o estresse não é apenas um peso ou uma imposição ambiental sobre o indivíduo, mas também um evento interno e externo que necessita ser interpretado pelo aparelho mental. No entanto, Marty (1989) interroga a eficiência de uma organização mental flexível em pacientes psicossomáticos, tendo em vista sua fragilidade. Segundo este autor, a flexibilidade proporcionaria um maior poder adaptativo aos eventos externos, porém a organização mental frágil, frente a situações traumatizantes sofreria uma desorganização culminando na somatização. Neste sentido, não se pode perder de vista que, embora os pacientes, no presente trabalho, tenham apresentado características de flexibilidade e menor número de manifestações sintomáticas de estresse, eles apresentaram manifestações psoriáticas, sugerindo a primazia da somatização.

Com relação a qualidade de vida, observou-se indicadores de dificuldades entre pacientes com desvio de Insanidade, Neuroticidade e Anti-Social. Pacientes com desvio de Insanidade, apresentaram maior prejuízo em suas atividades rotineiras, lazer e qualidade de vida geral, compreendendo principalmente atividades de higiene, como aumento na frequência de banhos e comportamentos de lavar áreas afetadas; problemas com cabeleireiro, relativos a discriminação; dificuldades em realizar as atividades requeridas no trabalho, decorrentes de limitações impostas pelas lesões e dificuldades profissionais, como perda de emprego ou não admissão. Pacientes com desvio Anti-Social apresentaram maior prejuízo nas atividades rotineiras. Os pacientes que apresentaram desvio de Neuroticidade indicaram prejuízo em todos os setores avaliados, atividades rotineiras, relações pessoais, lazer e qualidade de vida geral. Destacaram-se com maior prejuízo os problemas profissionais, como perda de emprego, necessidade de mudar a forma de desenvolver as atividades rotineiras, em decorrência de limitações físicas, dificuldade em sair de casa e problemas relativos a sexualidade. Com relação especificamente a prejuízos na esfera sexual, Gupta e Gupta (1997) observaram entre pacientes com psoríase um declínio na

atividade sexual. A maioria dos pacientes relacionaram tal fato ao constrangimento quanto a aparência física.

Setores da adaptação social cujo componente afetivo é proeminente, como a restrição ao âmbito familiar, sugerindo dificuldades na socialização e problemas com a sexualidade, foram referidos apenas pelos pacientes com desvio de Neuroticidade. Em contrapartida, problemas de ordem prática, como dificuldades em desenvolver atividades no trabalho, necessidade de mudanças na maneira de realizar as atividades, aumento na frequência de banhos, foram relatados, principalmente por pacientes com desvio de Insanidade.

Tal dado sugere que indicadores de psicopatologia podem estar influenciando na adaptação psicossocial de diversos modos. Pacientes com maior comprometimento psíquico e baixa capacidade de elaboração poderiam apresentar um maior distanciamento de si mesmo e de suas necessidades, tendo suas vivências pautadas, pela satisfação imediata dos desejos, com certo distanciamento da avaliação externa. Neste caso, poder-se-ia pensar que os pacientes com desvio de Insanidade, estariam mais voltados para a realização de suas necessidades práticas e menos suscetíveis a reação externa, o que lhes garantiria menor influência nas suas relações pessoais. Por outro lado, pacientes com desvio de Neuroticidade, por estarem mais voltados para si e com possibilidade de maior reflexão frente as suas vivências, poderiam estar sendo mais afetado pela reação externa, favorecendo maior prejuízo em suas relações pessoais.

IV. Qualidade de Vida - Percepção das Dificuldades e a Adaptação a Situações do Cotidiano

Vários estudos têm demonstrado o impacto da psoríase na qualidade de vida, envolvendo os setores profissional, social e afetivo (Finlay e cols., 1990; Kent & Al'Abadie, 1993; Finlay & Coles, 1995; Mckenna & Stern, 1997).

Dificuldades envolvendo desde limitações de ordem física, em decorrência da gravidade das lesões, até relativas a discriminação social, foram relacionadas a problemas na adaptação social. Os maiores prejuízos apresentados foram os referentes a atividades rotineiras e lazer, destacando-se os problemas profissionais, como perda do emprego, despendimento de tempo fora do trabalho, dificuldade na realização de atividades cotidianas e trabalhos no ambiente doméstico; problemas quanto a higiene, como aumento na frequência de banhos, mudanças no tipo de roupas e prejuízo no lazer, envolvendo dificuldades em sair de casa e restrições de práticas esportivas. Embora seja a psoríase uma doença que afete diretamente a aparência física e conseqüentemente deveria influir nas relações interpessoais, este setor não foi indicado como problemático pelo grupo avaliado. Porém, estas dificuldades podem estar implícitas às dificuldades em sair de casa e praticar esportes, pelo temor a exposição e discriminação, sugerindo problemas na adaptação social (Goffman, 1963/1988). Além disso, como abordado anteriormente, as lesões poderiam estar a serviço de conflitos relacionais inconscientes, mantendo certo distanciamento interpessoal, não permitindo a emergência de dificuldades no contato com o outro (Chiozza, 1991).

Além das limitações físicas impondo ao paciente restrições no desenvolvimento de várias atividades, a psoríase também dificulta a inserção do paciente na rede social. Situações discriminatórias, muitas vezes, leva o paciente a dificuldades no setor profissional e afetivo, onde este inicia um processo de exclusão social, permanecendo a maior parte do tempo no ambiente familiar, restringindo suas atividades de lazer. O desconforto frente as lesões induz a mudanças no tipo de roupas utilizadas na tentativa de escondê-las, e também ao aumento da frequências de banhos, que segundo relatos, ocorreria em função do tratamento tópico e principalmente pela fantasia e desejo de que com a fricção das lesões durante o banho estas seriam eliminadas.

Dificuldades adaptativas nos mais variados setores presentificam-se no cotidiano do paciente, influenciando negativamente na qualidade de vida. Segundo Gupta e Gupta (1995b), o impacto da psoríase pode variar de acordo com a etapa de vida, apresentando maior intensidade no período entre 18-45 anos. No entanto, não há uma delimitação de idade na qual a vulnerabilidade ao impacto da doença seria menor. No caso do presente trabalho, a idade dos pacientes variou de 20 a 50 anos, compreendendo a faixa etária sugerida por Gupta e Gupta (1995b) como de maior desadaptação psicossocial. A desadaptação ocasionada acaba limitando a vida do paciente, que geralmente restringe-se aos cuidados da doença encontrando, muitas vezes, no ambiente hospitalar o espaço propício para sanar suas necessidades de cuidado e contato.

Características das lesões compreendendo tipo de diagnóstico e regiões afetadas, mostraram influenciar negativamente na qualidade de vida geral e em suas áreas específicas. Pacientes com diagnóstico de psoríase pustulosa e eritrodérmica apresentaram maior prejuízo nas atividades rotineiras e relações pessoais, já pacientes com lesões por todo o corpo indicaram maior prejuízo nas atividades rotineiras e lazer. Diagnósticos de psoríase pustulosa e eritrodérmica e manifestações disseminadas por todo o corpo, fazem parte de quadros mais graves de psoríase, levando a uma maior limitação do paciente em função da incapacidade física. No caso do prejuízo envolvendo as relações interpessoais, as formas mais graves de psoríase produzem uma maior desfiguração na aparência física, favorecendo a discriminação.

Trabalhos avaliando o impacto da psoríase na adaptação psicossocial através do uso do Psoriasis Disability Index (PDI) (Finlay e cols., 1990; Kent & Al'Abadie, 1993; Finlay e Coles, 1995), indicaram maiores prejuízos na área de higiene pessoal, envolvendo o uso de diferentes tipos de roupas, aumento na frequência de banhos e troca de roupas, problemas no trabalho e no lazer, principalmente relativo a prática esportiva.

Na análise abordando a influência do estresse na qualidade de vida, no momento da avaliação, observou-se diferenças entre as fases de Alerta e Exaustão, ou seja, entre a aparição do evento estressor e sua permanência prolongada. Poder-se-ia pensar como hipótese que, em um primeiro contato com o evento estressor, os sintomas físicos emergiriam prejudicando a qualidade de vida geral, principalmente as áreas de lazer, atividades rotineiras. Na permanência do estressor, juntamente com os sintomas físicos, manifestar-se-iam os sintomas psíquicos, favorecendo dificuldades na qualidade de vida geral, especialmente nas áreas de lazer, relações pessoais. Assim, em atividades

diretamente ligadas a condições físicas/orgânicas adequadas, observar-se-ia uma maior influência dos sintomas físicos, dificultando e limitando sua execução. Já atividades relacionadas a aspectos mais subjetivos, como atividades de lazer e relacionamentos pessoais, estariam apresentando maior influência das condições psíquicas do paciente. A área de atividades rotineiras parece ser o primeiro setor prejudicado, quando do surgimento do evento estressor e das manifestações somáticas, juntamente com área de lazer, que também mostrou-se afetada em situações de permanência do estressor com manifestações físicas e psíquicas. A área de relações pessoais apresentou-se como o último setor a ser influenciado, indicando prejuízo apenas na permanência prolongada do evento estressor e manifestações de sintomas psíquicos.

Com o estabelecimento da situação estressante e a manifestação de diversos sintomas físicos e psíquicos, algumas atividades pareceram ser mais influenciadas, indicando maior prejuízo como dificuldades de desenvolver as atividades no trabalho, problemas no cabeleireiro, dificuldades em sair de casa, restrições de práticas esportivas e aumento no tabagismo e alcoolismo. Embora diversos estudos tenham enfatizado a importância do estresse no desenvolvimento da psoríase, suas conseqüências na adaptação psicossocial não foram abordadas. Poikolainen, Reunala & Karvonen (1994), em um trabalho realizado com 55 pacientes com psoríase, observaram que após o desenvolvimento da doença, os pacientes apresentaram maior ingestão de álcool e consumo de cigarro que o grupo controle. Segundo os autores, tabagismo e eventos negativos na vida são mais comuns entre pacientes com psoríase, talvez como conseqüência da doença.

Avaliando-se a percepção dos pacientes frente as dificuldades impostas pela doença e sua adaptação ao cotidiano, não se observou relações entre prejuízo na área de atividades rotineiras e percepção de piora das lesões. Independentemente da percepção do paciente quanto a evolução clínica da sua doença, suas atividades rotineiras mostraram-se prejudicadas. Outro fator, que não a percepção de melhora ou piora da lesão, parece influenciar na adaptação do paciente as suas atividades cotidianas. A percepção quanto a aparência física mostrou-se relacionada a atividades rotineiras e qualidade de vida geral, sendo que os pacientes insatisfeitos com sua aparência referiram maior prejuízo. A forma como o paciente percebe sua aparência física, sentindo-se satisfeito ou não, parece influenciar o seu posicionamento frente as atividades rotineiras e a qualidade de vida geral.

McDougall (1991), aborda a relação soma-psique, cujo corpo seria fundamental para a origem e evolução da psique, e ao mesmo tempo, este não existiria senão enquanto representação mental, sendo a realidade orgânica uma verdade psíquica, experimentada pelo sujeito. Desta forma, independente da melhora concreta da psoríase, porém não a cura, perante a psique do paciente seu corpo parece permanecer doente. Segundo Root e cols. (1994), o grau de desconforto social do paciente psoriático depende basicamente de aspectos subjetivos e emocionais. Em estudo realizado pelos autores acima referidos, pacientes que perceberam sua doença como mais severa apresentaram menor prontidão e nível de engajamento em atividades sociais. Assim, no presente trabalho, as condições psíquicas e satisfação quanto a aparência física parecem ser fatores de interferência no impacto da doença na qualidade de vida.

A percepção negativa acerca do impacto da doença nas relações pessoais e lazer, mostraram-se relacionadas com a forma de adaptação social, com indicação de prejuízo nesses setores. Tal dado é sugestivo do alcance do PDI na avaliação do impacto da doença nas relações pessoais e lazer.

V. Integração dos Instrumentos

As técnicas utilizadas no presente trabalho possibilitaram uma avaliação mais ampla do paciente com psoríase, elucidando possíveis relações entre características de personalidade, suscetibilidade a situações estressantes, e a influência destas condições na situação adaptativa. Analisando-se a relação entre os dados obtidos através dos três instrumentos ISS, ISP e PDI, esta interação pôde ser melhor detalhada.

O Inventário de Sintomas de Stress (ISS) tem sido utilizado sistematicamente em pesquisas no contexto nacional, permitindo estimar o nível de estresse no momento da avaliação e as áreas de manifestações sintomáticas (Pinto, 1996; Malagris, 1996, Lipp, 1996). No presente estudo, pode-se verificar a presença de indicadores de estresse na maioria dos pacientes avaliados. Quanto a identificação de traços de personalidade, o uso do Inventário Simplificado de Personalidade (ISP), a exemplo de outros estudos, inclusive com quadros psicossomáticos (Surwit e cols., 1979; Cabrera, 1991), forneceu informações suficientes para a caracterização do funcionamento mental dos pacientes. Na avaliação dos recursos adaptativos, o Psoriasis Disability Index (PDI) propiciou uma maior compreensão do impacto da doença na qualidade de vida, apontando para dificuldades adaptativas em áreas específicas, envolvendo atividades rotineiras, relações pessoais e lazer. Este dado é concordante com o observado em estudos desenvolvidos em outros países (Finlay e cols., 1990; Kent & Al'Abadie, 1993; Finlay e Coles, 1995), permitindo a caracterização da adaptação psicossocial.

A utilização do ISS associado ao ISP propiciou uma maior compreensão da relação entre manifestações sintomáticas de estresse e características de personalidade, sugerindo que determinadas características de personalidade podem ser consideradas como mais vulneráveis ao estresse favorecendo as manifestações sintomáticas. Detectou-se que pacientes com dificuldades de controle emocional, maior nível de ansiedade, rigidez e indicadores de distúrbios psiquiátricos, apresentaram maior suscetibilidade a situações cotidianas sentidas como estressantes, favorecendo manifestações sob a forma de sintomas físicos e psíquicos. Neste sentido, observou-se, com relação aos pacientes com psoríase, que o funcionamento mental interfere na forma de vivenciar as situações estressantes.

Os dados fornecidos pelo PDI, juntamente aos do ISP proporcionaram a compreensão de possíveis relações entre característica específicas de personalidade e

formas diversas de adaptação psicossocial. Pacientes com maiores dificuldades emocionais apresentaram-se mais vulneráveis ao impacto da patologia nas atividades e situações cotidianas. Tais dados são sugestivos da influência de indicadores psicopatológicos nas dificuldades adaptativas associadas as manifestações psoriáticas.

A articulação entre ISS e PDI, mostrou-se elucidativa quanto a relação entre estresse e impacto da doença na qualidade de vida. Os sintomas de estresse pareceram influenciar a adaptação psicossocial, principalmente no momento inicial de contato com o estressor e quando da sua permanência prolongada e exaustiva, favorecendo prejuízos adaptativos.

No contexto clínico de atendimento ao paciente com psoríase, tanto ambulatorial quanto nas enfermarias, o acesso às condições psíquicas e ao nível estresse pode possibilitar averiguar a necessidade de uma abordagem psicológica ao paciente, visto a importância desta no processo de desenvolvimento e evolução da doença, como sugerido pela literatura (Farber & Nall, 1993; Al'Abadie e cols., 1994; Harvima e cols., 1996). A utilização combinada dos instrumentos, Inventário de Sintoma de Stress, Inventário Simplificado de Personalidade e Psoriasis Disability Index, neste contexto poderá possibilitar um diagnóstico mais sistemático das condições psíquicas e adaptativas, auxiliando na identificação de áreas de dificuldades e pontos de recursos que podem funcionar como focos direcionadores das condutas de intervenções.

A análise das condições de qualidade de vida poderia auxiliar no esclarecimento dos possíveis problemas adaptativos vivenciados pelos pacientes, possibilitando intervenções tanto à nível informativo, esclarecendo dúvidas e oferecendo alternativas para um melhor manejo da doença e de seus prejuízos, quanto à nível psíquico, possibilitando trabalhar o custo emocional associado às dificuldades enfrentadas pelo paciente.



O Sol e a Vida.

Frida Kahlo, 1947.

COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES

Com relação ao quadro clínico geral, embora a maioria do paciente tenha referido melhora das manifestações psoriáticas, predominaram relatos de insatisfação frente a aparência física.

A maioria dos pacientes apresentou indicadores de estresse na fase de resistência, caracterizando a permanência de situações estressantes, parendo favorecer as manifestações de sintomas psíquicos.

Do ponto de vista da personalidade, os pacientes apresentaram indicadores de problemas a nível emocional, compreendendo dificuldades na contenção dos impulsos, sentimentos de isolamento, desconfiança, ansiedade e rigidez, com possíveis distúrbios psiquiátricos.

Características de personalidade apresentaram-se relacionadas ao estresse e desadaptação psicossocial. Pacientes com indicativos de possíveis distúrbios psiquiátricos, dificuldades na contenção dos impulsos, rigidez e alta suscetibilidade a ansiedade apresentaram maior vulnerabilidade ao estresse, com manifestações sob a forma de sintomas físicos e psíquicos, experimentando maior impacto da doença na qualidade de vida geral, compreendendo atividades rotineiras, relações pessoais e lazer.

Quanto ao gênero, não se observou diferenças estatisticamente significativas com relação as variáveis analisadas. No entanto, o grupo feminino apresentou maior incidência da doença na primeiras décadas de vida, menor relato de melhora no quadro clínico e maior diversidade de desvios de traços de personalidade.

Com relação a idade, revelou-se crítica a faixa etária de 31 a 40 anos, com maior nível de defensividade. O tempo de instalação da doença recente (1-10 anos) mostrou relação com maiores dificuldades emocionais.

De um modo geral, os relacionamentos íntimos, correspondendo a parcerias, familiares e amigos próximos mostrou-se preservado. Contudo, os relacionamentos em geral, e as atividades de lazer foram relacionadas com prejuízos associados a doença, sugerindo dificuldades de adaptação frente as relações cotidianas/superficiais, e às atividades de lazer, que envolvem a exposição a uma diversidade de locais e pessoas. Neste sentido, atividades rotineiras e lazer foram as áreas mais suscetíveis ao impacto da doença.

Características clínicas da doença, como a extensão e tipo de manifestação da lesão pareceram influenciar a adaptação psicossocial dos pacientes. Pacientes com lesões por

todo o corpo referiram maior prejuízo na qualidade de vida em geral, especialmente, nas atividades rotineiras e lazer. Já os que apresentavam diagnóstico de psoríase eritrodérmica e pustulosa relataram maior prejuízo nas relações pessoais e atividades rotineiras. A influência da doença na adaptação psicossocial do paciente pareceu independe da sua percepção de melhora ou piora da lesão e estar basicamente associada ao sentimento de satisfação quanto a aparência física.

De uma forma geral, o grupo estudado de pacientes com psoríase, referiu diversas dificuldades emocionais, sentimentos de insatisfação quanto a aparência e desadaptação psicossocial, principalmente frente as atividades rotineiras, ao lazer e aos contatos mais superficiais e cotidianos.

Outro ponto a ser destacado diz respeito a necessidade de dispensar atenção diferenciada quanto ao tipo de psoríase e o tempo de instalação da patologia. Os pacientes com quadros clínicos mais graves, compreendendo os diagnósticos de psoríase eritrodérmica e pustulosa, e aqueles com lesões por todo o corpo, referiram maiores dificuldades de adaptação psicossocial, com marcado prejuízo na qualidade de vida. Os pacientes com história recente de desenvolvimento da doença, apresentaram maior associação com a emergência de dificuldades emocionais.

Com base nos dados do presente estudo, parece recomendável a utilização dos instrumentos ISS, ISP e PDI, no contexto médico de atendimento, como recursos sistemáticos para o diagnóstico psicológico de pacientes com psoríase. Este procedimento auxiliaria no direcionamento de uma abordagem psicoterapêutica focalizando principalmente as condições emocionais, as respostas às situações estressantes, e as dificuldades de adaptação psicossocial, especialmente à situações cotidianas. Tais intervenções auxiliariam no tratamento a pacientes com psoríase propiciando uma abordagem mais integral de atendimento e promoção de saúde.

Referências Bibliográficas

- Abbagnano, N. (1984). História da Filosofia. (A. B. Coelho, F. Souza, M. Patrício, Trad.) vol 1. Lisboa: Presença.
- Al'Abadie, M. S., Kent, G. G. & Gawkrödger, D. J. (1994). The relationship between stress and the onset and exacerbation of psoriasis and other skin conditions. British Journal of Dermatology, 130 (2), 199-203.
- Alexander, F. (1989). Medicina Psicossomática. Princípios e aplicações. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1987).
- Andreoli, E., Bonda Foglio, P. G., Mazzetti, M., Mozzetta, A., Nicolai, P., Puddu, P. & Decaminada, F. (1994). Characteristics and Possible significance of the Answers to Rorschach from Patients Suffering from Psoriasis. Acta Dermatovenereologica, Suppl. 186, p.154-157.
- Anzieu, D. (1989). O Eu-Pele. (Z.Y. Rizkallah e R. Mahsuz Trad.) São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ávila, L. A. (1996). Doenças do corpo e doenças da alma. Investigação psicossomática psicanalítica. São Paulo: Escuta.
- Azulay, R. D. (1985). Dermatologia. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Brassine, M. & Neys, Ch. (1986). Le psoriasis en tant que phénomène psychosomatique. Acta Psychiatrica Belgica, 86, 36-41.
- Bergeret, J. (1988). Personalidade normal e patológica. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cabrera, C. C. (1991). Comparação dos resultados obtidos pela aplicação de um teste em portadores de úlcera péptica duodenal com os resultados obtidos em uma população de referência. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo Ribeirão Preto.
- Camisa, C. (1994) Psoriasis. USA: Blackwell Scientific Publications Editorial Offices.
- Capisano, H.F. (1992). Imagem Corporal. Em: Mello Filho, J. (ed.) Psicossomática Hoje. (pp 179-192). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Carvalho, V.A. (1997). A questão do câncer. Em Ferraz, C.F. & Volich, R.M. (org.) Psicossoma. Psicossomática Psicanalítica. (pp177-197). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Chiozza, L. (1987). Porque Adoecemos? A história que se oculta no corpo. Campinas, Papyrus.
- Chiozza, L. A. (1991). Uma aproximação das fantasias inconscientes da psoríase vulgar. Em Chiozza, L. A. (Org.), Os afetos ocultos em ...psoríases, asma, transtornos respiratórios, varizes, diabete, transtornos ósseos, cefaléias e acidentes cerebrovasculares (pp 19 - 42). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Descartes, R. (1973). Os pensadores. (J. Ginsburg e B. P. Júnior, Trad.) São Paulo: Abril e Cultura. (Trabalho original publicado em 1641).
- D'Epina, M. L. (1988). Groddeck. A doença como linguagem. (G. P. Therezo, Trad.) Campinas: Papyrus. (Trabalho original publicado em 1983).
- Ewalt, J. R. (s/d). A tensão e o Ponto Irreversível. Em Chisholm, G. B. (org.), O homem sob tensão (pp 24-38). (Cajado, O., M. Trad) São Paulo: Cultrix.
- Farber, E. M.; Rein, G. & Lanigan, S. W. (1991) Stress and Psoriasis: Psychoneuroimmunologic Mechanisms. International Journal of Dermatology, 30 (1), 8-12.
- Farber, E. M. & Nall, L. (1993). Psoriasis: a stress-related disease. Cutis, 51 (5), 322-326.
- Fadden, M. A. J. M. (1983). Um estudo sobre a personalidade de um grupo de pacientes com psoríase. Estudos de Psicologia 1 (1).
- Fava, G. A., Perini, G. I., Santonastaso, P. & Fornasa, C. V. (1980). Life events and psychological distress in dermatologic disorders: psoriasis, chronic urticaria and fungal infections. British Journal of Medical Psychoogy, 53 (3), 277-282.
- Fenichel, O. (1981). Teoria Psicanalítica das Neuroses. (S. P. Reis, Trad.) São Paulo: Atheneu. (Trabalho original publicado em 1945).
- Fine, A. (1990) Auto-organisation et ordre psychosomatique. Revue Française de Psychanalyse, 54 (6), 1645-1647.
- Finlay, A. Y., Khan, G. K., Luscombe, D. K. & Salek, M. S. (1990). Validation of Sickness Impact Profile and Psoriasis Disability Index in Psoriasis. British Journal of Dermatology, 123, 751-7556.
- Finlay, A. Y. & Coles, E. C. (1995). The affect of severe psoriasis on the quality of life of 369 patients. British Journal of Dermatology, 132 (2), 236-244.
- Fitzpatrick, T.B., Eisen, A.Z., Wolff, K., Freedberg, I.M., Austin, K.F. (1993). Dermatology in General Medicine. vol 1. 4º ed. EUA: Library of Congress.

- Freud, S. (1995a). O Inconsciente. Em Obras Completas (J. Salomão, Trad.) Rio de Janeiro: Imago.(Trabalho original publicado em 1915).
- Freud, S. (1995b). Estudos sobre a histeria. Em Obras Completas (J. Salomão, Trad.) Rio de Janeiro: Imago.(Trabalho original publicado em 1893).
- Fried, R. G., Friedman, S. Paradis,C., Hatch, M.,Lynfield, Y., Duncanson, C. & Shalita, A. (1995). Trivial or Terrible? The Psychosocial Impact of Psoriasis. International Journal of Dermatology, 34 (2), 101-105.
- Gaston, L., Crombez, J., Lassonde, M., Jeannine, B. & Hodgins, S. (1991). Psychological stress and psoriasis: experimental and prospective correlational studies. Acta Dermatovenereologica suppl. 156, 37-43.
- Giles, T. Introdução à Filosofia. São Paulo, EPU - EDUSP. 1979.
- Ginsburg, I. H. & Link, B. G. (1993). Psychosocial consequences of rejection and stigma feelings in psoriasis patients. International Journal of Dermatology 32 (8), 587-591.
- Goffman, E. (1988). Estigma. Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada. (M. B. M. L. Nunes, Trad) 4º ed. Rio de Janeiro: Guanabara. (Trabalho original publicado em 1963).
- Groddeck, G. (1961). The Book of the It. New York: Vintage Books.
- Gupta, M. A. & Gupta, A. K. (1995a). The Psoriasis Life Inventory: A Preliminary Index of Psoriasis-related Stress. Acta Dermatovenereologica Suppl., 75, 240-243.
- Gupta, M. A. & Gupta, A. K. (1995b). Age and gender differences in the impact of psoriasis on quality of life. International Journal of Dermatology, 34 (10), 700-703.
- Gupta, M.A. & Gupta, A. K. (1997). Psoriasis and sex: A Study of moderately to severely affected patients. International Journal of Dermatology, 36, (4), 259-262.
- Harvima, R. J., Viinamäki, H., Harvima, I. T., Nawkkarinen, A., Savolainen, L., Aalto, M. L. & Horsmanheimo, M. (1996). Association of psychic stress with clinical severity and symptoms of psoriatic patients. Acta Dermato-Nenerologica, 76 (6), 467-471.
- Howard, R. & Lewis, M. E. (1993). Fenômenos Psicossomáticos. 4º ed.. Rio de Janeiro: José Olympio.
- Invernizzi, G., Gala, C., Bovio, L. Conte, C. Manca, G. Polenghi, M. & Russo, R. (1988). Onset of psoriasis: the role of life events. Medical Science Research, 16 (3), 143-144.

- Johnson, F. Y. A. & Mostaghimi, H. (1995). Co-Morbidity Between Dermatologic Diseases and Psychiatric Disorders in Papua New Guinea. International Journal of Dermatology, 34 (4), 244-248.
- Kent, G. & Al'Abadie, M. (1993). The Psoriasis Disability Index - further analyses. Clinical and Experimental Dermatology, 18, 414- 416.
- Kurwa, H. A. & Finlay, A.Y. (1995). Dermatology in-patient management greatly improves life quality. British Journal of Dermatology, 133 (4), 575-578.
- Lanyon, R. I. (1970). Development and Validation of a Psychological Screening Inventory. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 35 (1), 1-24.
- Lipp, M. N. (1989). O Controle do Stress (Manual do Curso). Campinas: Centro Psicológico de Controle de Stress.
- Lipp, M. E. N. & Guevara, A. J. H. (1994). Validação empírica do Inventário de Sintomas de Stress (ISS). Estudos de Psicologia, 11 (3), 43-49.
- Lipp, M. E. N. (1996). Stress: Conceitos básicos. Em Lipp, M. E. N. (Org.), Pesquisas sobre Stress no Brasil. Saúde ocupações e grupos de risco (pp. 17-31). Campinas: Papyrus.
- Lollo, M. C. (1989). Teste de Rorschach em pacientes com úlcera péptica. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Lyketos, G. C., Stratigos, J., Tawil, G., Psaras, M., Lyketos, C. G. (1985). Hostile Personality Characteristics, Dysthymic States and Neurotic Symptoms in Urticaria, Psoriasis and Alopecia. Psychother. Psychosom, 44 (3), 122-131.
- Malagris, L.E.N. (1996). Stress e úlceras gástricas: Interações Clínico-Psicológicas. Em Lipp, M. E. N. (Org.), Pesquisas sobre Stress no Brasil. Saúde ocupações e grupos de risco (pp. 83-108). Campinas: Papyrus.
- Mandler, G. (1984). Mind and body. Psychology of Emotion and Stress. New York: W.W. Norton-e-Company.
- Marty, P. (1989). Des processus de somatisation, In Fain, M. & Dejours, Ch.. Corps malade et corps érotique. (pp 101-115). Paris: Masson.
- Marty, P. (1993). A Psicossomática do Adulto. (Ramos, P. C. Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1990).
- Marty, P. & M'Uzan, M. (1994). O pensamento operatório. Revista Brasileira de Psicanálise, 28 (1), 165-173.

- Marty, P. (1998). Mentalização e Psicossomática (Güntert, A. E. V. A. Trad.) São Paulo: Casa do Psicólogo. (Trabalho original publicado em 1996).
- Mazzetti, M., Mozzetta, A., Soavi, G. C., Andreoli, E., Foglio Bonda, P. G., Puddu, P. & Decaminada, F. (1994). Psoriasis, Stress and Psychiatry: Psychodynamic Characteristics of Stressors. Acta Dermatovenereologica Suppl., 186, 62-64.
- Mazure, C.M. (1995). Does Stress Cause Psychiatric Illness?. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- McDougall, J. (1991). Em defesa de uma certa anormalidade. Teoria e Clínica Psicanalítica. 4º ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- McDougall, J. (1996). Teatros do Corpo. O psicossoma em psicanálise. São Paulo: Martins Fontes.
- Mckenna, K. E., & Stern, R. S. (1997). The impact of psoriasis on the quality of life of patients from the 16-center PUVA follow-up cohort. Journal of the American Academy of Dermatology, 36 (3) part 1, 388-393.
- Mello Filho, J. (1979) Concepção Psicossomática: Visão Atual, 2º ed.. Rio de Janeiro: Tempo brasileiro.
- Monroe, S. M. & McQuaid, R. J. (1994). Measuring Life Stress. In: Avison, W. R. & Gotlib, I. H. Stress and Mental Health. (cap. 3). New York: Plenum Press.
- Nelson, D.W. & Cohen, L.H. (1983). Locus of Control and Control Perceptions and the Relationship Between Life Stress and Psychological Disorder. American Journal of Community Psychology, 1, (6), 705-722.
- Nemiah, J. C.(1981) Fundamentos da psicopatologia (M. A. M. Matos, Trad) 3º ed.. Rio de Janeiro: Zahar Editores (Trabalho original publicado em 1961).
- Neys, Ch. (1986). Pratique psychosomatique en dermatologie a partir du psoriasis. Acta Psychiatrica Belgica, 86, 52-56.
- Pacheco e Silva, A.C. (1976). Medicina Psicossomática. São Paulo: Sarvier.
- Petot, D. (1996). Alexithymia: Psychological Poverty or Psychological Richness? A Rorschach Study. Rorschachiana, 21, 153-168.
- Pincelli, C., Fantini, F., Magnoni, C. & Giannetti, A. (1994). Psoriasis and the nervous system. Acta Dermatovenereologica, Suppl. 186, 60-61.
- Pinto, W. N. R. (1996). Stress e Qualidade de Vida de Pacientes com Vitiligo. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.

- Poikolainen, K., Reunala, T. & Karvonen, J. (1994). Smoking, alcohol and life events related to psoriasis among women. British Journal of Dermatology, 130 (4) 473-477.
- Polenghi, M. M., Molinari, E., Gala, C., Guzzi, R., Garutti, C. & Finzi, A. F. (1994). Experience with Psoriasis in a Psychosomatic Dermatology Clinic. Acta Dermatovenereologica, Suppl. 186, 65-66.
- Root, S., Kent, G., & Al'Abadie, M. S. K. (1994). The relationship between disease severity, disability and psychological distress in patients undergoing PUVA treatment for psoriasis. Dermatology, 189 (3), 234-237.
- Rubino, I. A. Sonnino, A. Pezzarossa, N. C. & Bassi, R. (1995). Personality Disorders and Psychiatric Symptoms in Psoriasis. Psychological Reports, 77 (2), 547-553.
- Sampaio, C. R. (1981). Dermatologia Básica, 2ª ed. São Paulo: Artes Médicas.
- Santos Filho, O. C. (1992). Histeria, hipocondria e fenômeno psicossomático. Em: Mello Filho, J. (ed.) Psicossomática Hoje. (pp 108-112). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Schmid-Ott, A., Jaeger, B., Kuensebeck, H. W., Ott, R. & Lamprecht, F. (1996). Dimensions of stigmatization in patients with psoriasis in a "Questionnaire on Experience with Skin Complaints". Dermatology, 193 (4), 304-310.
- Schulman, G. (1991). Psyche and Skin. Acta Dermatovenereologica, Suppl. 156, 57-60.
- Schultz, D. P. & Schultz, S. E. (1992). História da Psicologia Moderna. 7ª ed. São Paulo: Cultrix.
- Selye, H. (1965). Stress: A tensão da vida. (Branco, F. Trad.) São Paulo: IBRASA. (Trabalho original publicado em 1956).
- Silva, A. F. R. & Caldeira, G. (1992). Alexitimia e pensamento operatório. A questão do afeto na Psicossomática. Em: Mello Filho, J. (ed.) Psicossomática Hoje. (pp 113-118). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Sorribas, E., Braude, M. & Camona, M.T.R. (1991). Algunas Reflexiones Acerca De Los Pacientes Psicossomaticos Dermatologicos A luz Del Psicodiagnostico. Psicodiagnóstico de Rorschach y otras técnicas proyectivas. Asociacion Argentina de Psicodiagnostico de Rorschach, 13, (1), 121-134.
- Spitz, R. A. (1993). O Primeiro Ano de Vida. (E. M. B. Rocha, Trad) São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1965).

- Surwit, R.S., Bradner, M.N., Fenton, C.H & Pilon, R.N. (1979). Individual Differences in Response to the Behavioral Treatment of Raynaud's Disease. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47, (2), 363-367.
- Vieira, W.C. (1997). A psicossomática de Pierre Marty. Em Ferraz, C.F. & Volich, R.M. (org.) Psicossoma. Psicossomática Psicanalítica. (pp15-23). São Paulo: Casa do Psicólogo.

ANEXO 1



CEP 14.048-900
RIBEIRÃO PRETO - S.P.
BRASIL

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

CAMPUS UNIVERSITÁRIO - MONTE ALEGRE
FONE: 633-1000 - FAX: (016) 633-1144
TELEX (0166) 583

Ribeirão Preto, 04 de 09 de 1997

Ofício nº 1887797
CEP/CDGC

Senhora Professora:

O trabalho intitulado "PACIENTES COM PSORÍASE: ASPECTOS PSICOLÓGICOS E QUALIDADE DE VIDA" foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em sua 12ª Reunião Ordinária realizada em 25.08.97 e foi enquadrado na categoria: APROVADO, de acordo com o Processo HCRP nº 7280/96.

Aproveito a oportunidade para apresentar a Vossa Senhoria protestos de consideração.


PROFª DRª CLARISSE D. G. CARVALHEIRO
Vice-Coordenadora do Comitê de
Ética em Pesquisa do HCFMRP-USP

Ilustríssima Senhora
PROFª DRª SONIA REGINA LOUREIRO
Depto. de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica
Em mãos

ANEXO 2

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - MONTE ALEGRE - FONE: 633-1000
TELEX(0166)583 - FAX: 633-1144 - CEP. 14.048-900
RIBEIRÃO PRETO - SÃO PAULO

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

NOME DA PESQUISA PACIENTES COM PSORÍASE : ASPECTOS PSICOLÓGICOS E QUALIDADE
DE VIDA

PESQUISADOR RESPONSÁVEL Regina Claudia Mingronce / Sonia Regina Loureiro
CRM 06/0347

DESCREVER ABAIXO AS INFORMAÇÕES DADAS AOS PACIENTES SOBRE:

- 01 - A justificativa e objetivo da pesquisa;
- 02 - Os procedimentos que serão utilizados e seu propósito, bem como a identificação dos procedimentos que são experimentais;
- 03 - Os desconfortos e riscos esperados;
- 04 - Os benefícios que se pode obter.

AS INFORMAÇÕES SUPRA CITADAS DEVEM SER REDIGIDAS EM TERMOS SIMPLES CONHECIDOS PELOS PACIENTES E DE FORMA QUE POSSAM ENTENDER.

Este projeto tem como objetivo conhecer melhor os aspectos emocionais envolvidos nas manifestações da psoríase. Ou seja, como que as suas emoções podem estar afetando o seu quadro clínico e ainda como a doença esta afetando a sua vida no seu dia-a-dia, por exemplo, suas amizades, seu trabalho, as roupas que voce usa. Para isso, voce realizara algumas atividades onde não existem respostas certas ou erradas, pois nosso objetivo é conhecer melhor seu jeito de ser, como a psoríase está afetando sua vida, como esta seu nível de stress. Desta forma, poderemos ter uma melhor compreensão da maneira como a psoríase afeta as pessoas e assim poderemos compreender melhor como ajudar a nível psicológico, as pessoas que, como voce, tem esta doença.

Regina Claudia Mingronce
PESQUISADOR RESPONSÁVEL

ANEXO 3

Questionário

I. Identificação

1. Nome: _____
2. Endereço: _____
_____ Telefone: _____
3. Naturalidade: _____
4. Procedência: _____ () urbana () rural
5. Sexo: _____
6. Idade: _____ Data de nascimento: _____
7. Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo () separado
8. Você vive e mora com ? (número de pessoas): _____

| Grau de Parentesco | Idade | Estado Civil | Instrução | Ocupação | Reda Líquida |
|--------------------|-------|--------------|-----------|----------|--------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

9. Religião atual: _____
 10. Cor: () branca () preta () parda () amarela () mista
 11. Escolaridade: _____
 12. Você está: () empregado () desempregado () afastado () aposentado
() não trabalha () outro
- Profissão Atual: _____ Tempo: _____
- Salário: _____ (em salários mínimos)
- Quantos trabalham na família: _____ Quem? _____
- Renda familiar: _____ (em salários mínimos)
- Casa: () própria () aluguel () financiamento valor: _____

II. Situação Clínica

1. Está tomando alguma remédio? Caso “sim”, qual a dosagem e com que resultados?

2. Com que frequência tem ocorrido os seus retornos médicos? (especificar os três últimos e o próximo agendamento).

3. Como você avalia o seu estado clínico? Justifique

4. Como o médico ou a equipe de tratamento tem avaliado o seu estado clínico?

5. Atualmente, como você considera a sua aparência pessoal?

6. Tem algum aspecto que clinicamente (fisicamente) você gostaria de melhorar? Justifique.

III. Relacionamento Interpessoal

1. Caso tenha um companheiro, há quanto tempo está com ele?

2. Como é o relacionamento do casal?

3. Como é o seu relacionamento com as pessoas no geral ? (amigos, conhecidos e familiares).

5. Você percebe alguma relação entre a psoríase e seu relacionamento com as pessoas?

IV. Vida Social

1. Como ocupa a maior parte do tempo livre? O que mais gosta de fazer (lazer).

2. A psoríase interferiu na sua vida social? Como?

ANEXO 4

Inventário de Sintomas de Stress (ISS)

Quadro 1

Você vai me dizer os sintomas que tem sentido de ontem de manhã/tarde/noite até agora.

- 01 Mãos (pés) frios.
- 02 Boca seca.
- 03 Nó no estômago.
- 04 Aumento da quantidade de suor.
- 05 Tensão muscular.
- 06 Aperto dos dentes/ranger de dentes.
- 07 Diarréia passageira.
- 08 Dificuldade para pegar no sono/acordar durante a noite.
- 09 Coração disparado.
- 10 Falta de ar respiração acelerada.
- 11 Pressão alta de repente e que passou logo.
- 12 Mudança de apetite.

- 13 Aumento de motivação de repente.
- 14 Entusiasmo de repente.
- 15 Vontade inesperada de iniciar novos projetos/serviços.

Quadro 2

Você vai me dizer o sintomas que sentiu na última semana (de _____ até hoje).

- 01 Problemas com a memória.
- 02 Mal estar generalizado, sem motivo.
- 03 Formigamento das mãos/pés.
- 04 Sensação de desgaste físico constante.
- 05 Mudança de apetite.
- 06 Aparecimento de problemas de pele.
- 07 Pressão alta.
- 08 Cansaço constante.
- 09 Aparecimento de úlcera.
- 10 Tontura/sensação de estar flutuando.

- 11 Muito sensível em nível de emoção.
- 12 Dúvida quanto a si próprio.
- 13 Pensar direto em um só assunto.
- 14 Irritabilidade excessiva.
- 15 Diminuição do desejo por sexo.

Quadro 3

Você vai me dizer o sintomas que sentiu na última semana (de _____ até hoje).

- 01 Diarréia frequente.
- 02 Dificuldade com sexo.
- 03 Dificuldade para pegar no sono/acordar durante a noite.
- 04 Náusea/ânsia de vômito.
- 05 Tiques/manias, por exemplo: ficar mexendo no cabelo.
- 06 Pressão alta direto.
- 07 Problemas de pele por um tempo longo.
- 08 Mudança extrema de apetite.
- 09 Excesso de gases [estômago/intestino(barriga)].
- 10 Tontura freqüente.
- 11 Úlcera.
- 12 Enfarte.

- 13 Impossibilidade de trabalhar.
- 14 Pesadelos.
- 15 Sensação de não ser competente em todas as áreas.
- 16 Vontade de fugir de tudo.
- 17 Apatia/desinteresse, depressão ou raiva prolongada.
- 18 Cansaço excessivo.
- 19 Pensar/falar direto em um só assunto.
- 20 Irritabilidade aparente.
- 21 Angústia/ansiedade diária.
- 22 Super sensível em nível de emoção.
- 23 Perda de senso de humor.

Avaliação

Total (Horizontal)

A) F1 ()

P1 () =

B) F2 ()

P2 () =

C) F3 ()

P3 () =

Total (Vertical)

F ()

P ()

ANEXO 5



Nome _____

Sexo _____

Idade _____

V F

Se a frase é verdadeira para você preencha o círculo. ● Se a frase é falsa para você, preencha o quadrado. ○

1. Eu gosto muito de música clássica.
2. Geralmente me sinto feliz.
3. Deve ser divertido ser locutor de televisão.
4. Só me sinto feliz quando estou sozinho(a).
5. Treinar pontaria é um bom esporte.
6. As vezes, perco a vontade de fazer as coisas.
7. Acho que meu trabalho não rende.
8. Eu nunca desobedeço a uma lei importante.
9. Não me preocupo com a idéia de ficar louco(a).
10. Vivo com medo das coisas.
11. De vez em quando, fico sem saber o que dizer.
12. Hoje, (em dia) esqueço as coisas mais depressa que antigamente.
13. Em geral, as pessoas me compreendem.
14. Penso, com cuidado, sobre tudo aquilo que faço.
15. Parece que tem alguma coisa errada, com minha memória.
16. Participo bastante de clubes e associações.
17. Raramente fico doente.
18. É divertido fazer apostas a dinheiro.
19. Sinto muita facilidade em conversar.
20. Quando estou dormindo, eu me mexo e me viro muito na cama.
21. Tenho alguns amigos que são mais elementos.
22. Não gosto de jogo quando se aposta dinheiro.
23. Muitas vezes, não consigo prestar atenção no que faço.
24. Algumas vezes, já bebi demais.
25. As necessidades dos outros me tocam.
26. Gostaria de ter mais iniciativa.
27. Eu desobedeço às leis mais do que muita gente.
28. Meus amigos sempre foram bem recebidos lá em casa.

V F

29. Os adultos não deveriam gritar e berrar tanto.
30. Quando eu era criança, algumas vezes roubei.
31. Todo mundo conta "mentrinhas".
32. Para minha idade, tenho muita saúde.
33. Às vezes, penso coisas estranhas.
34. Gosto de assistir a peças de teatro.
35. Levo a sério todas as minhas responsabilidades.
36. Fico muito entusiasmado com altas velocidades.
37. Tenho vontade de dormir muito mais do que eu durmo.
38. Eu não falo palavrões.
39. A maioria das pessoas são honestas com elas mesmas.
40. Não gostaria de me apresentar diante de uma platéia.
41. Não tenho problemas de saúde.
42. Algumas vezes, não presto para nada.
43. Às vezes, escuto vozes estranhas, falando comigo.
44. Eu não gostaria de ser um artista de televisão.
45. Às vezes fico à toa, quando deveria estar trabalhando.
46. Acho que quando eu estava na escola, desobedeço a algumas regras.
47. Acho difícil ser carinhoso(a).
48. Às vezes, sou um pouco tímido(a).
49. Muitas vezes me sinto com o estômago embrulhado.
50. Na infância tive um lar feliz.
51. De vez em quando, sinto a tentação de bater nos outros.
52. Sempre fui bem comportado na escola.
53. Às vezes, eu fico de cabeça quente.
54. Tenho um apetite muito bom.
55. Não desisto facilmente das coisas que quero fazer.
56. Muitas vezes me sinto cansado durante o dia.

- V F
57. Dei trabalho para os meus professores.
58. Já aconteceram coisas esquisitas na minha vida.
59. Não gosto de ficar sonhando acordado.
60. Poucas pessoas ganham de mim, numa discussão.
61. Muitas vezes não consigo prestar atenção no que estou fazendo.
62. Quase nunca acordo cansado.
63. As pessoas deveriam pensar em si mesmas antes de mais nada.
64. Às vezes, tenho vontade de quebrar coisas.
65. Já tive vontade de fugir de casa.
66. Não sinto dificuldade para controlar os meus impulsos.
67. Às vezes eu falo muito alto.
68. A maioria das pessoas busca compreensão.
69. Gosto de manter e seguir os costumes.
70. Boa parte da minha vida não tem muita graça.
71. Algumas pessoas desejam fazer-me mal, de verdade.
72. Meus pais, gostam (ou gostavam) dos meus amigos.
73. Não tenho muita confiança em mim mesmo(a).
74. Não me assusto por pouca coisa.
75. As pessoas acham que sou bastante calmo(a).
76. É muito ruim tornar-se viciado(a) em drogas.
77. Me sinto isolado das outras pessoas.
78. É muito difícil alguém me deixar sem jeito.
79. Eu tenho muita energia.
80. Eu sempre penso duas vezes, antes de tomar uma atitude.
81. Vejo o mundo como ele é.
82. Costumo me desviar de pessoas, com quem não quero conversar.
83. Sinto que as outras pessoas me vigiam.
84. O mundo é cheio de coisas esquisitas.
85. Gosto de obedecer à lei.
86. Eu nunca tive uma crise de nervos, de perder o controle.
87. Sempre faço meu trabalho até o fim.
88. As pessoas, geralmente, gostam de ajudar as outras.
89. Acho que eu seria um bom chefe.
90. Às vezes, sinto que estou num mundo isolado.
91. Os problemas que tenho não são todos por minha culpa.
92. Gosto de falar para grupos de pessoas.
93. Acho difícil começar uma conversa.

- V F
94. Não gosto de fazer as coisas correndo.
95. Quando fico nervoso, minhas mãos tremem.
96. Quando chego perto das pessoas, elas param de conversar.
97. Deve ser divertido ser piloto de corrida.
98. A vida me trata mal.
99. Quase nunca recebi algum castigo.
100. Sou responsável pela maior parte dos meus erros.
101. Eu gostaria de ser uma pessoa muito importante.
102. Quero distância de encrencas.
103. Às vezes, escuto barulhos dentro da minha cabeça.
104. É difícil eu tropeçar ou torcer o pé, quando ando.
105. Muitas pessoas não sabem o quanto me magoa facilmente.
106. Quando não gosto de alguma pessoa, eu digo claramente.
107. A vida que eu levo, vale a pena, com certeza.
108. Penso, cuidadosamente, sobre a maioria das coisas que faço.
109. É difícil ficar com "frio na barriga" com as minhas preocupações.
110. As pessoas acham que faço coisa de criança.
111. De vez em quando, eu me sinto desgastado(a), sem saber o porquê.
112. Deveríamos obedecer a todas as leis.
113. Alguns dos meus parentes têm feito coisas estranhas.
114. Gosto de fazer as coisas com muito cuidado e capricho.
115. Quase nunca tenho dores de cabeça.
116. Meus pais são (ou eram) à moda antiga.
117. Geralmente, sou eu quem começa uma conversa.
118. Muitas vezes as pessoas me deixam sem jeito.
119. Faço amigos com muita facilidade.
120. Às vezes a polícia joga sujo, faz trapaças.
121. Às vezes fico atordoado (a) e com a cabeça vazia.
122. Nunca foi fácil lidar comigo na escola.
123. Eu sou extremamente conversador.
124. Algumas pessoas têm energia demais, são muito ativas.
125. Acho que as pessoas escondem segredos de mim.
126. Gosto de deixar que os outros comecem uma conversa.
127. Geralmente sou capaz de notar o que as pessoas estão achando de mim.
128. Muitas vezes parece que perco minhas forças.
129. Às vezes, gostaria de poder me controlar melhor.
130. Minha voz é suave.

ANEXO 6

Psoriasis Disability Index Questions

Each question relates to the last weeks only

Daily activities

1. In the last 4 weeks how much has your psoriasis interfered with you carrying out work around the house or garden?

2. Over the last 4 weeks how often have you worn different types or colours of clothes because of your psoriasis?

3. Over the last 4 weeks how much more have you had to change or wash your clothes?

4. Over the last 4 weeks how much of a problem has your psoriasis been at the hairdressers?

5. Over the last 4 weeks how much has your psoriasis resulted in you having to take more baths than usual?

If Usually working please answer questions 6a and 7a then go to question 8.

6a. How much has your psoriasis made lose time off work over the last 4 weeks?

7a. How much has your psoriasis prevented you from doing things at work over the last 4 weeks?

If you are not working usually, please answer questions 6b and 7b.

6b. How much has your psoriasis stopped you carrying out your normal daily activities over the last 4 weeks

7b. How much has your psoriasis altered the way in which you carry out your normal daily activities over the last 4 weeks?

8. Has your career been affected by your psoriasis ? e.g. promotion refused, lost a job, asked to change a job.

Personal relationships

9. Has your psoriasis resulted in sexual difficulties over the last 4 weeks?

10. Has your psoriasis created problems with your partner or any of your close friends or relatives over the last 4 weeks?

Leisure

11. Over the last 4 weeks how much has your psoriasis stopped you going out socially or to any function?

12. Over the last 4 weeks has your psoriasis made it difficult for you to do any sport?

13. Have you been unable to use, criticized or stopped from using communal bathing or changing facilities over the last 4 weeks?

14. Over the last 4 weeks has your psoriasis resulted in you smoking or drinking alcohol more than you would do normally?

Treatment

15. To what extent has your psoriasis or treatment made your home messy or untidy over the last 4 weeks?

Reply

Each question is followed by a series of four boxes thus:

Not at all A little A lot Very much

ANEXO 7

Tabela I: Frequência e porcentagem das escalas de personalidade, avaliadas pelo ISP, com diferenças estatisticamente significativas (considerando a presença e ausência de desvio) quando das comparações com as variáveis: idade, tempo de doença e tipo de psoríase.

| <i>Escalas X</i> | <i>Variáveis</i> | <i>F</i> | <i>%</i> | <i>Comparações</i> |
|--|------------------------------|----------|----------|--------------------|
| <i>Dissimulação X Idade</i> | 1. 20-30 anos | 4 | 23.5% | |
| | 2. 31-40 anos | 9 | 52.9% | 2 > 1* 2 > 3* |
| | 3. 41-50 anos | 4 | 23.5% | |
| <i>Insanidade X Tempo de doença</i> | 1. 1 mês- 10 anos | 15 | 75% | 1 > 2* |
| | 2. > 10 anos | 5 | 25% | |
| <i>Dissimulação X Tipo de psoríase</i> | 1. vulgar | 12 | 70.6% | 1 > 2* |
| | 2. eritrodérmica e pustulosa | 5 | 29.4% | |

*p < 0.006

ANEXO 8

Tabela II: Média, desvio padrão e mediana, dos itens relativos as áreas de atividades rotineiras e lazer com diferenças estatisticamente significativas, quando da comparação entre si.

| | <i>Áreas específicas x Itens</i> | <i>Média</i> | <i>Dp</i> | <i>Mediana</i> | <i>Comparações</i> |
|--|---|--------------|-----------|----------------|--------------------------------------|
| <i>Atividades Rotineiras</i> | <i>1. dificuldades na realização de atividades domésticas</i> | 0.85 | 1.0 | 1 | |
| | <i>2. mudanças de vestimentas</i> | 1.02 | 1.1 | 1 | |
| | <i>3. ↑ troca de roupas</i> | 0.78 | 1.1 | 0 | |
| | <i>4. ↑ frequência de banhos</i> | 1.15 | 1.1 | 0 | 4 > 3* |
| | <i>5. perda de tempo fora do trabalho</i> | 0.82 | 0.9 | 1 | |
| | <i>6. dificuldades na realização das atividades diárias normais</i> | 0.81 | 1.1 | 0 | 8 > 6* |
| | <i>7. dificuldades na realização de atividades no trabalho</i> | 0.46 | 0.8 | 0 | 7 > 1* 7 > 2* 7 > 4* 7 > 5* |
| | <i>8. dificuldades profissionais</i> | 0.97 | 1.1 | 0.5 | 8 > 6* |
| | <i>9. dificuldade em sair de casa</i> | 0.95 | 1.1 | 0.5 | 9 > 11** 9 > 12** 9 > 13** |
| <i>10. dificuldades na prática de esportes</i> | 0.79 | 1.1 | 0 | 10 > 11** | |
| <i>Lazer</i> | <i>11. auto-crítica e discriminação social</i> | 0.25 | 0.6 | 0 | |
| | <i>12. ↑ do tabagismo e alcoolismo</i> | 0.42 | 0.9 | 0 | |
| | <i>13. ↓ da organização da casa</i> | 0.55 | 0.9 | 0 | |

*p < 0.05

**p < 0.002

ANEXO 9

Tabela III: Frequência, média, desvio padrão e mediana das áreas relativas a qualidade de vida, avaliada pelo PDI, com diferenças estatisticamente significativas quando da comparação com as variáveis faixa etária, tipo de psoríase e localização das lesões.

| <i>Áreas X Variáveis</i> | | <i>Frequência</i> | <i>Média</i> | <i>Desvio padrão</i> | <i>Mediana</i> | <i>Comparações</i> |
|--|-----------------------------|-------------------|--------------|----------------------|----------------|--------------------|
| <i>Ativ.Rot x Tipo de psoríase</i> | <i>1. vulgar</i> | 51 | 6.51 | 5.5 | 5 | |
| | <i>2. eritrodérmica</i> | 5 | 12 | 5.6 | 15 | 2 > 1* |
| | <i>3. pustulosa</i> | 4 | 10.25 | 5.7 | 12 | 3 > 1* |
| <i>Ativ.Rot.x Localização das lesões</i> | <i>1. corpo todo</i> | 19 | 10 | 6.1 | 12 | 1 > 2* |
| | <i>2. áreas específicas</i> | 41 | 5.93 | 5.1 | 5 | |
| <i>Rel.Pes.x Tipo de psoríase</i> | <i>1. vulgar</i> | 51 | 1.08 | 1.5 | 1 | |
| | <i>2. erit. e pust.</i> | 9 | 2.22 | 1.8 | 2 | 2 > 1** |
| <i>Lazer x Localização das lesões</i> | <i>1. corpo todo</i> | 19 | 4 | 3.1 | 4 | 1 > 2* |
| | <i>2. áreas específicas</i> | 41 | 2.34 | 2.5 | 2 | |
| <i>Geral x Localização das lesões</i> | <i>1. corpo todo</i> | 19 | 15.37 | 9.1 | 18 | 1 > 2* |
| | <i>2. áreas específicas</i> | 41 | 9.46 | 8.3 | 8 | |

*p < 0.05 **p < 0.001

ANEXO 10

Tabela IV: Frequência, média e desvio padrão dos sintomas físicos e psíquicos, relativos as fases de Alerta, Resistência e Exaustão, quando da comparação com a ausência e presença (baixo e alto escore) de desvio na escala Insanidade.

| ISS - Fases | ISP - Insanidade | Sintomas Físicos | | | | Sintomas Psíquicos | | | | Total de Sintomas | | | |
|----------------|---------------------|------------------|-------|-----|--------------|--------------------|-------|-----|----------------|-------------------|-------|-----|----------------|
| | | F | Média | Dp | Comp | F | Média | Dp | Comp | F | Média | Dp | Comp |
| Alerta | 1.Sem desvio | 40 | 2.53 | 1.6 | | 40 | 0.93 | 1.0 | | 40 | 3.45 | 2.0 | |
| | 2. ↓ escore | 3 | 2.67 | 2.1 | | 3 | 0.33 | 0.6 | | 3 | 3.00 | 2.6 | |
| | 3. ↑ escore | 17 | 4.06 | 2.8 | | 17 | 1.47 | 1.1 | | 17 | 5.53 | 3.0 | 3>1* 3>2* |
| Resistência | 1.Sem desvio | 40 | 2.73 | 2.3 | | 40 | 2.43 | 1.6 | | 40 | 5.15 | 3.6 | |
| | 2. ↓ escore | 3 | 2.33 | 2.5 | | 3 | 2.00 | 0.0 | | 3 | 4.33 | 2.5 | |
| | 3. ↑ escore | 17 | 4.76 | 2.6 | 3>1* 3>2* | 17 | 3.94 | 1.3 | 3>1** 3>2** | 17 | 8.71 | 3.3 | 3>1** 3>2** |
| Exaustão | 1.Sem desvio | 40 | 3.38 | 1.8 | | 40 | 4.53 | 2.7 | | 40 | 7.90 | 4.1 | |
| | 2. ↓ escore | 3 | 2.33 | 1.2 | | 3 | 2.67 | 1.5 | | 3 | 5.00 | 2.6 | |
| | 3. ↑ escore | 17 | 4.94 | 2.5 | 3>1* 3>2* | 17 | 7.24 | 2.7 | 3>1** 3>2** | 17 | 12.18 | 4.3 | 3>1** 3>2** |

*p < 0.05 **p < 0.01 comp = comparações

ANEXO 11

Tabela V: Frequência, média e desvio padrão dos sintomas físicos e psíquicos, relativos as fases de Alerta, Resistência e Exaustão, quando da comparação com a ausência e presença (alto e baixo escore) de desvio na escala Neuroticidade.

| ISS - Fases | ISP- Neuroticidade | Sintomas Físicos | | | | Sintomas Psíquicos | | | | Total de Sintomas | | | |
|----------------|-----------------------|------------------|-------|-----|-------|--------------------|-------|-----|-------|-------------------|-------|-----|-------|
| | | F | Média | Dp | Comp | F | Média | Dp | Comp | F | Média | Dp | Comp |
| Alerta | 1.Sem desvio | 39 | 2.46 | 1.6 | | 39 | 1.08 | 1.1 | | 39 | 3.54 | 1.8 | |
| | 2. ↓ escore | 7 | 1.57 | 1.0 | | 7 | 0.57 | 1.1 | | 7 | 2.14 | 1.2 | |
| | 3. ↑ escore | 14 | 5.07 | 2.4 | 3>1** | 14 | 1.21 | 1.0 | | 14 | 6.29 | 3.1 | 3>1** |
| | | | | | | | | | | | | | 3>2** |
| Resistência | 1.Sem desvio | 39 | 3.08 | 2.3 | 1>2** | 39 | 2.69 | 1.6 | | 39 | 5.77 | 3.4 | 1>2** |
| | 2. ↓ escore | 7 | 0.71 | 0.8 | | 7 | 1.71 | 1.1 | | 7 | 2.43 | 1.6 | |
| | 3. ↑ escore | 14 | 5.14 | 2.6 | 3>1** | 14 | 3.79 | 1.4 | 3>1* | 14 | 8.93 | 3.6 | 3>1** |
| | | | | | | | | | | | | | 3>2* |
| Exaustão | 1.Sem desvio | 39 | 3.44 | 4.6 | 1>2** | 39 | 4.74 | 2.4 | 1>2** | 39 | 8.18 | 3.5 | 1>2** |
| | 2. ↓ escore | 7 | 1.71 | 1.0 | | 7 | 2.14 | 1.8 | | 7 | 3.86 | 2.0 | |
| | 3. ↑ escore | 14 | 5.71 | 2.5 | 3>1** | 14 | 8.00 | 2.6 | 3>1** | 14 | 13.71 | 4.3 | 3>1** |

*p < 0.05 **p < 0.001 comp = comparações

ANEXO 12

Tabela VI: Frequência, média, desvio padrão e mediana, das respostas fornecidas pelos pacientes, quando da comparação entre ausência e presença (baixo e alto escore) de desvio na escala Insanidade e prejuízo nas atividades rotineiras, lazer e qualidade de vida geral.

| <i>Insanidade</i> | <i>At.Rot.</i> | | | | <i>Lazer</i> | | | | <i>Geral</i> | | | | |
|-------------------------|----------------|--------------|-----------|-----------|--------------|--------------|-----------|-----------|--------------|--------------|-----------|-----------|-------------|
| | <i>F</i> | <i>Média</i> | <i>Dp</i> | <i>Md</i> | <i>Comp</i> | <i>Média</i> | <i>Dp</i> | <i>Md</i> | <i>Comp</i> | <i>Média</i> | <i>Dp</i> | <i>Md</i> | <i>Comp</i> |
| <i>1.Sem desv. (40)</i> | 5.93 | 5.9 | 5 | | | 2.53 | 3.1 | 1.5 | | 9.45 | 9.4 | 5.5 | |
| <i>2. ↓ escore (3)</i> | 7.33 | 2.9 | 9 | | | 1.67 | 1.2 | 1 | | 9.67 | 3.5 | 10 | |
| <i>3. ↑ escore (17)</i> | 10.24 | 4.5 | 11 | 3>1** | | 3.88 | 1.9 | 4 | 3>1* | 16.06 | 6.5 | 16 | 3>1** |
| | | | | | | | | | 3>2* | | | | 3>2** |

*p < 0.05 **p < 0.01 comp = comparações

Tabela VII: Frequência, média, desvio padrão e mediana das respostas fornecidas pelos pacientes, quando da comparação entre ausência e presença (baixo e alto escore) de desvio na escala Anti-social e prejuízo nas atividades rotineiras.

| <i>Anti-Social</i> | <i>Frequência</i> | <i>Média</i> | <i>Desvio Padrão</i> | <i>Mediana</i> | <i>Comp</i> |
|---------------------|-------------------|--------------|----------------------|----------------|-------------|
| <i>1.Sem desvio</i> | 47 | 7.15 | 5.8 | 6 | |
| <i>2. ↓ escore</i> | 8 | 4.50 | 4.2 | 3.5 | |
| <i>3. ↑ escore</i> | 5 | 12.20 | 4.3 | 13 | 3>1* |
| | | | | | 3>2* |

*p < 0.05 comp = comparações

Tabela VIII: Frequência, média, desvio padrão e mediana das respostas fornecidas pelos pacientes, quando da comparação entre ausência e presença (baixo e alto escore) de desvio na escala Neuroticidade (ISP) e prejuízo nas áreas relativas a qualidade de vida, avaliadas pelo PDI.

| <i>Neuroticidade</i> | <i>At. Rotineira</i> | | | | <i>Rel. Pessoais</i> | | | | <i>Lazer</i> | | | | <i>Geral</i> | | | | |
|--------------------------|----------------------|--------------|-----------|-----------|----------------------|--------------|-----------|-----------|--------------|--------------|-----------|-----------|--------------|--------------|-----------|-----------|-------------|
| | <i>F</i> | <i>Média</i> | <i>Dp</i> | <i>Md</i> | <i>Comp</i> | <i>Média</i> | <i>Dp</i> | <i>Md</i> | <i>Comp</i> | <i>Média</i> | <i>Dp</i> | <i>Md</i> | <i>Comp</i> | <i>Média</i> | <i>Dp</i> | <i>Md</i> | <i>Comp</i> |
| <i>1.Sem desvio (39)</i> | 5.82 | 5.5 | 4 | | | 0.95 | 1.4 | 0 | | 2.38 | 2.5 | 2 | | 9.15 | 8.5 | 6 | |
| <i>2. ↓ escore (7)</i> | 7.71 | 6.3 | 6 | | | 0.71 | 1.1 | 0 | | 1.57 | 1.5 | 1 | | 10 | 8.2 | 7 | |
| <i>3. ↑ escore (14)</i> | 10.86 | 4.6 | 12 | 3>1* | | 2.36 | 1.8 | 2 | 3>1* | 3.1 | 3.1 | 4 | 3>1* | 18.07 | 7.2 | 18 | 3>1* |
| | | | | | | | | | 3>2* | | | | 3>2* | | | | 3>2* |

*p < 0.01 comp = comparações

ANEXO 13

Tabela IX: Frequência, média, desvio padrão e mediana das respostas fornecidas pelos pacientes com psoríase, quando da comparação entre ausência e presença (baixo e alto escore) de desvio de Insanidade e prejuízo em atividades de higiene e dificuldade profissional, avaliadas na área de atividades rotineiras do PDI.

| Desvio de Insanidade | Dificuldades no cabeleireiro | | | ↑ frequência de banhos e lavar áreas afetadas | | | Dificuldades na realização de atividades no trabalho | | | Dificuldades profissionais | | | | | | |
|----------------------|------------------------------|-------|----|---|------|-------|--|-------|------|----------------------------|----|------|------|-----|---|--------------|
| | F | Média | Dp | Md | Comp | Média | Dp | Md | Comp | Média | Dp | Md | Comp | | | |
| 1. Sem desvio (40) | 0.55 | 0.9 | 0 | | 0.85 | 1 | 1 | | 0.24 | 0.6 | 0 | | 0.75 | 1.1 | 0 | |
| 2. ↓ escore (3) | 1 | 1 | 1 | | 1.33 | 1.2 | 2 | | 0 | 0 | 0 | | 0.33 | 0.6 | 0 | |
| 3. ↑ escore (17) | 1.59 | 1.1 | 2 | 3>1** | 1.82 | 1.1 | 2 | 3>1** | 1 | 1 | 1 | 3>1* | 1.59 | 1.2 | 2 | 3>1* 3>2* |

*p < 0.05 **p < 0.01 comp = comparações

ANEXO 14

Tabela X: Frequência, média, desvio padrão e mediana das respostas apresentadas pelos pacientes com psoríase, quando da comparação entre ausência e presença (baixo e alto escore) de desvio de Neuroticidade (ISP) e prejuízo no trabalho, relacionamento interpessoal e lazer (PDI).

| Neuroticidade | Mudança na forma de desenvolver as atividades rotineiras | | | | Dificuldades Profissionais | | | | Dificuldades sexuais | | | | Dificuldades em sair de casa | | | | |
|-------------------|--|-------|-----|------|----------------------------|-------|----|-------|----------------------|-------|-----|------|------------------------------|-------|----|------|------|
| | F | Média | Dp | Md | Comp | Média | Dp | Md | Comp | Média | Dp | Md | Comp | Média | Dp | Md | Comp |
| 1. Sem desv. (39) | 0.72 | 1.2 | 0 | | 0.51 | 0.8 | 0 | | 0.46 | 0.9 | 0 | | 0.79 | 1.0 | 0 | | |
| 2. ↓ escore (7) | 0.83 | 1.3 | 0 | | 1.71 | 1.3 | 2 | | 0.57 | 1.1 | 0 | | 0.29 | 0.5 | 0 | | |
| 3. ↑ escore (14) | 1.88 | 2 | 0.8 | 3>1* | 1.86 | 1.2 | 2 | 3>1** | 1.50 | 1.3 | 1.5 | 3>1* | 1.71 | 1.2 | 2 | 3>1* | |
| | | | | 3>2* | | | | 3>2** | | | | 3>2* | | | | 3>2* | |

*p < 0.05 **p < 0.001 comp = comparações

ANEXO 15

Tabela XI: Frequência, média, desvio padrão e mediana das respostas fornecidas pelos pacientes, quando da comparação entre percepção da aparência física, avaliada nas entrevistas, e prejuízo na área de atividades rotineiras e qualidade de vida geral, avaliado no PDI.

| <i>Aparência física</i> | <i>Atividades Rotineiras</i> | | | | | <i>Geral</i> | | | |
|------------------------------|------------------------------|--------------|-----------|-----------|-------------|--------------|-----------|-----------|-------------|
| | <i>F</i> | <i>Média</i> | <i>Dp</i> | <i>Md</i> | <i>Comp</i> | <i>Média</i> | <i>Dp</i> | <i>Md</i> | <i>Comp</i> |
| <i>1.Satisfatória (25)</i> | | 5.64 | 5.8 | 4 | | 8.24 | 8.7 | 5 | |
| <i>2.Insatisfatória (35)</i> | | 8.43 | 5.5 | 7 | 2>1* | 13.54 | 8.5 | 13 | 2>1* |

*p <0.05 comp = comparações

ANEXO 16

Tabela XII: Frequência, média, desvio padrão e mediana das respostas fornecidas pelos pacientes, quando da comparação entre percepção do impacto da doença nos relacionamentos interpessoais, relatada na entrevista, e prejuízo na área de relações pessoais e qualidade de vida geral, avaliado no PDI.

| <i>Impacto da psoríase</i> | <i>F</i> | <i>Relações Pessoais</i> | | | | <i>Geral</i> | | | |
|----------------------------|-------------|--------------------------|-----------|-----------|-------------|--------------|-----------|-----------|-------------|
| | | <i>Média</i> | <i>Dp</i> | <i>Md</i> | <i>Comp</i> | <i>Média</i> | <i>Dp</i> | <i>Md</i> | <i>Comp</i> |
| <i>1.Ausente</i> | <i>(26)</i> | 0.81 | 1.3 | 0 | | 8.46 | 8.1 | 5.5 | |
| <i>2.Presente</i> | <i>(34)</i> | 1.59 | 1.7 | 1 | 2>1* | 13.53 | 9.0 | 14.0 | 2>1* |

*p < 0.05 comp = comparações

Tabela XIII: Frequência, média, desvio padrão e mediana das respostas fornecidas pelos pacientes, quando da comparação entre a percepção do impacto da psoríase no lazer, relatadas na entrevista, e prejuízo na área de lazer e qualidade de vida geral, avaliado no PDI.

| <i>Impacto da psoríase</i> | <i>F</i> | <i>Lazer</i> | | | | <i>Geral</i> | | | |
|----------------------------|-------------|--------------|-----------|-----------|-------------|--------------|-----------|-----------|-------------|
| | | <i>Média</i> | <i>Dp</i> | <i>Md</i> | <i>Comp</i> | <i>Média</i> | <i>Dp</i> | <i>Md</i> | <i>Comp</i> |
| <i>1.Ausente</i> | <i>(28)</i> | 1.36 | 1.8 | 1 | 2>1* | 7.14 | 7.2 | 5.0 | |
| <i>2.Presente</i> | <i>(32)</i> | 4.19 | 2.8 | 4 | | 15.00 | 8.7 | 15.5 | 2>1* |

*p < 0.0001 comp = comparações