

FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Dissertação de Mestrado

**O ADOECIMENTO DA PELE: UM ESTUDO DE QUALIDADE DE VIDA,
ESTRESSE E LOCALIZAÇÃO DA LESÃO DERMATOLÓGICA**

MARTHA WALLIG BRUSIUS LUDWIG

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Margareth da Silva Oliveira

Porto Alegre, março 2007

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**O ADOECIMENTO DA PELE: UM ESTUDO DE QUALIDADE DE VIDA,
ESTRESSE E LOCALIZAÇÃO DA LESÃO DERMATOLÓGICA**

Dissertação de Mestrado

MARTHA WALLIG BRUSIUS LUDWIG

Prof^ª. Dr^ª. Margareth da Silva Oliveira
Orientadora

Porto Alegre, março de 2007

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**O ADOECIMENTO DA PELE: UM ESTUDO DE QUALIDADE DE VIDA,
ESTRESSE E LOCALIZAÇÃO DA LESÃO DERMATOLÓGICA**

MARTHA WALLIG BRUSIUS LUDWIG

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Profª. Drª. Margareth da Silva Oliveira

Orientadora

Porto Alegre, março de 2007

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Martha Wallig Brusius Ludwig

**O adoecimento da pele: um estudo de Qualidade de Vida, Estresse e Localização da
Lesão Dermatológica**

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Margareth da Silva Oliveira
Presidente

Prof. Dr. Ricardo Gorayeb
Universidade de São Paulo-Ribeirão Preto

Prof. Dr. Renan Rangel Bonamigo
Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre

Porto Alegre, março de 2007

Dedico este trabalho às pessoas que sofrem de problemas de pele, que me instigaram a buscar entender como a pele marcada pode influenciar na forma que se relacionam consigo mesmas e com o mundo. Dedico também à querida Marisa Müller, por ter me apresentado este belo universo e ter sempre apoiado a minha caminhada.

AGRADECIMENTOS

Esta pesquisa possibilitou um enriquecimento muito abrangente no meu aprendizado, como pessoa, psicóloga e pesquisadora. Durante o desenvolvimento do mestrado, foram lançados diferentes desafios e alçados vãos ainda não conhecidos, e outros tantos a serem ainda alçados. Nesta caminhada, muitas pessoas tiveram papéis indispensáveis, e aqui gostaria de agradecer a cada uma delas:

À Profa. Dra. Marisa Campio Müller, pela acolhida “no escuro” de ter-me aceito como bolsista, ainda sem me conhecer. Por toda a caminhada que proporcionou, pelo constante apoio, incentivo e amor.

À Luciana Balestrin Redivo, pela amizade incondicional e parceria de tantos sonhos e desafios. À Tatiana Helena José Facchin e à Luciana Silveira Hauber por todo carinho e dedicação, pelo cuidado com os dados e tratamento com o trabalho, muitas vezes como se fosse delas. À Rafaela Behs Jarros, pela disponibilidade e ajuda na coleta de dados em plenas férias de verão, mesmo sem ser bolsista da pesquisa. À Hericka Zogbi Jorge, pelo incentivo ao mestrado, pelos bons momentos, trocas e ensinamentos, na amizade e na pesquisa. A todo grupo de pesquisa Psicologia da Saúde, pelo amor constante, pelo apoio, pelas dores divididas e todos os bons momentos compartilhados.

À Dra. Ângela Gonçalves, dermatologista, pelas trocas, valorização do trabalho e desempenho na minha inserção no serviço. Ao Serviço de Dermatologia do Complexo Hospitalar Santa Casa e do Hospital São Lucas da PUCRS. Em especial ao Dr. Roberto Lopes Gervini, pela aceitação, confiança e ajuda; ao Dr. Joel Schwartz pela disponibilidade, sensibilidade, preocupação com o trabalho e discussão conjunta. Aos residentes, pela tranquilidade em nos receber, às bolsistas e a mim, acompanhando as

consultas; pela parceria, especialmente à Camila Lammel pelo apoio e coleguismo, pelas trocas, pelos livros emprestados e cooperação de sempre. À Jussara Diehl e à Daniela Clock, pela recepção disponível e pelas trocas.

Aos pacientes, pela participação na pesquisa, pelas dores compartilhadas, pelas lições de vida e pelo aprendizado proporcionado.

À Profa. Dra. Margareth da Silva Oliveira, pela incrível acolhida e disponibilidade incansáveis. Pela confiança depositada, pelo envolvimento no trabalho em todos os sentidos, discutindo junto aos dermatologistas e pensando sempre comigo. Obrigada pela ótima experiência de te ter como orientadora e apoiadora dos meus projetos: de vida, além dos de pesquisa. A todo grupo de pesquisa “Terapia Cognitiva e Comportamento Dependentes”, pela recepção, pelas trocas e pelas indispensáveis ajudas.

Aos queridos professores João Feliz Duarte de Moraes e Brasília Ricardo Cirillo da Silva, pela paciência, ensinamentos de estatística e de vida. Ao Prof. Dr. Gabriel José Chittó Gauer, pela gentileza de sempre, parceria e carinho nas leituras.

Às secretárias do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, em especial a querida Inêz Verginia Giasson, pela paciência, confiança, amizade, torcida.

Ao pai e a mãe, por estarem sempre ali, escutando os dilemas de vida e da pesquisa. Aos meus queridos irmãos Fernando, Roberto, Laura e Luísa, por existirem e serem meus iguais.

À minha avó, Marga Anny Wallig, pelas constantes declarações de amor, pelas trocas, pelo incentivo e apoio.

Ao meu avô, Nestor Crozitti Ludwig pela alegria de sempre e pelo interesse. À família Otton, por toda alegria proporcionada, em especial ao Márcio, pela “adoção” e carinho dedicados desde o berço, pelo computador- grande companheiro dos últimos meses- e por todas outras coisas.

A Deus, pela companhia, proteção e fé que me tranquilizam nos bons e nos maus momentos.

Ao Cnpq pelo incentivo e bolsa de pesquisa, sem os quais eu não teria realizado este trabalho.

SUMÁRIO

RESUMO	11
ABSTRACT	13
INTRODUÇÃO	15
1 REVISÃO TEÓRICA Sobre a pele, suas afecções e repercussões na vida do indivíduo.....	17
As repercussões do adoecimento da pele	18
A pele e a Qualidade de Vida.....	21
A pele e o estresse.....	24
Considerações Finais.....	29
2 PRIMEIRO ESTUDO O adoecimento da pele: um estudo de qualidade de vida e localização da lesão dermatológica.....	31
Introdução.....	32
Material e Método.....	37
Delineamento.....	37
Amostra.....	37
Instrumentos.....	38
Procedimentos de Coleta de Dados.....	38
Análise de Dados.....	40
Resultados.....	40
Discussão.....	47
Considerações Finais.....	58
3 SEGUNDO ESTUDO A influência do local da lesão nos níveis de estresse dos pacientes dermatológicos.....	59
Introdução.....	60
Material e Método.....	63
Delineamento.....	63
Amostra.....	63
Instrumentos.....	64
Procedimentos de Coleta de Dados.....	65
Análise dos Dados.....	65
Resultados.....	66
Discussão.....	69
Considerações Finais.....	74
CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO	76

Referências.....	79
ANEXOS.....	89
Carta do Comitê de Ética do Complexo Hospitalar Santa Casa.....	90
Carta do Comitê de Ética do Hospital São Lucas da PUCRS.....	92

RESUMO

As doenças de pele têm sido estudadas por diversos autores em todo o mundo, em vista do significativo impacto psicossocial que trazem na vida do paciente. Aspectos como qualidade de vida, ansiedade, depressão e estresse são algumas das temáticas encontradas na literatura em relação à pele. A partir disto, a presente dissertação consta de um projeto de pesquisa que foi desenvolvido e que deu origem a uma revisão teórica e a dois estudos. A revisão teórica discute os aspectos de qualidade de vida, estresse e localização da lesão em pacientes dermatológicos, bem como a necessidade de um atendimento integrado médico e psicológico a esses pacientes. Os objetivos do projeto foram respondidos através de dois estudos empíricos, sendo que o primeiro aborda os resultados da pesquisa em relação à qualidade de vida e à localização da lesão dermatológica, e o segundo, os resultados referentes ao estresse ao local da lesão na pele. Tratou-se de estudo transversal, descritivo, de associação, comparando 2 grupos: 141 pacientes com lesões dermatológicas em rosto e/ou mãos e 64 com lesões em outras partes do corpo. Participaram 205 sujeitos, adultos, portadores de dermatose não maligna, em atendimento nos ambulatórios de dermatologia do Hospital São Lucas da PUCRS e do Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre. Os instrumentos usados foram o Questionário Genérico de Qualidade de Vida- SF-36 “*The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey*” e o *Dermatology Life quality Index* (DLQI-BRA), Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp- ISSL (Lipp, 2000), fichas de dados sócio-demográficos e de localização da lesão dermatológica. A análise de dados foi através da Estatística Descritiva, dos testes Mann-Whitney, de Kruskal-Wallis e Qui-Quadrado. Foi usado o nível de significância de 5%. Os dados foram computados e analisados no Programa SPSS 11.5, e as análises de Comparações (método de Dunn) e Comparações Student-Newman-Keuls (SNK) foram realizadas através do Software BioEstat 4.0. O projeto de pesquisa obteve aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre e do Hospital São Lucas PUCRS. A participação dos pacientes foi voluntária e mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em relação à qualidade de vida, não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos, sendo o número de associações entre SF-36 e DLQI-BRA muito superior no grupo com lesões em *rosto e/ou mãos*. Quando da divisão da amostra em cinco grupos de localização da lesão dermatológica, foram encontradas diferenças significativas na qualidade de vida específica, entre o grupo com lesões somente em rosto e/ou mãos e o grupo com lesões generalizadas (rosto e mãos e outras partes). Em relação ao estresse, percebe-se que grande parte dos pacientes apresenta sintomas de estresse, está na fase de resistência e apresenta sintomatologia predominante psicológica. Verificou-se que não há evidência de associação entre os resultados do ISSL e o local da lesão, ou seja, são independentes. Entre os dois grupos de localização da lesão, não foram encontradas diferenças significativas quanto ao estresse. Através dos resultados pode-se inferir que independente da localização da lesão no corpo, o sentimento de exposição e os prejuízos a que fica submetido o paciente dermatológico são semelhantes. Relações interpessoais em geral, bem como relações mais íntimas, amorosas, são situações que implicam o despir-se, sendo impossível esconder as lesões. A doença de pele, ao que parece, provoca sentimento de exposição e constrangimento, independente do lugar do corpo acometido, pois quando nos aproximamos de alguém mais intimamente, estamos nos expondo. Levando em consideração que o sistema nervoso e a pele têm a mesma origem, estando, pois em estreita ligação, pode-se ressaltar o quanto o estresse na fase de resistência determina uma piora na dermatose e o quanto se deveria propor trabalhos e intervenções para atingir múltiplas

variáveis no tratamento. É preciso intervir além da superfície da pele, e buscar alcançar também o psiquismo e o comportamento.

Palavras-chave: Psicologia, Dermatologia, doenças de pele, Qualidade de vida, Estresse

Área conforme classificação CNPq:

7.07.00.00-1

Sub-área conforme classificação CNPq:

7.07.10.00-7 (Tratamento e Prevenção Psicológica)

THE DEVELOPMENT OF SKIN DISEASE: A STUDY OF THE QUALITY OF LIFE, STRESS AND THE SITE OF THE DERMATOLOGICAL LESION

ABSTRACT

Skin diseases have been studied by several authors all over the world regarding the significant psychosocial impact they bring about the life of the patient. Aspects such as the quality of life, anxiety, depression and stress are some of the themes found in the literature concerning the skin. Hence, the present dissertation is made up by a research project that was developed and that originated three articles. The theoretical paper discusses the aspects of the quality of life, stress and the site of the lesion in dermatological patients as well as the need of integrated medical and psychological care provided to these patients. The goals of the project were achieved through two empirical articles, the first one approaching the results of the research regarding the quality of life and the site of the dermatological lesion, and the second, the results referring to the stress in the site of the skin lesion. It was a descriptive, association-based cross-study, comparing 2 groups: 141 patients with dermatological lesions on the face and/or hands and 64 with lesions in other parts of the body. 205 adult subjects, non-malignant dermatosis patients, provided health care by the dermatology clinics of the “Hospital São Lucas da PUCRS” and the “Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre” participated. The instruments used were “*The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey*” SF-36 Generic Life Quality Questionnaire and the *Dermatology Life Quality Index (DLQI-BRA)*, Lipp-ISSL Stress Symptom Inventory for Adults (Lipp, 2000), and socio-demographical and lesion site data files. Data analysis was made through Descriptive Statistics, Mann-Whitney, Kruskal-Wallis and Chi squared tests. A significance level of 5% was applied. The data were computed and analyzed on the SPSS 11.5 Program, and the Comparisons Analysis (Dunn method), and Student-Newman-Keuls (SNK) comparisons were carried out through the BioEstat 4.0 Package. The research project obtained approval by the Ethics Committee of the “Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre” and the “Hospital São Lucas PUCRS”. Patients volunteered to participate upon signing a Term of Free and Clear Consentment. Concerning the quality of life, no significant differences were found between the two groups, being the number of associations between SF-36 and DLQI-BRA much higher in the group with lesions on the *face and/or hands*. As for the division of the sample into five groups regarding the site of the dermatological lesion, significant differences were found in the specific quality of life between the group with lesions on the face and/or hands only and the group with generalized lesions (face and hands and other parts). In relation to stress, it is clear that great part of the patients show stress symptoms, finds itself in the resistance phase and has a predominantly psychological symptomatology. No evidence of association between the ISSL results and the site of the lesion was found, i.e., they are independent. Between the two groups of lesion sites, no significant differences were found regarding stress. Through the results, it might be inferred that independently from the site of the lesion in the body, the feeling of exposure and the damages to which the dermatological patient is submitted to are similar. Interpersonal relations in general as well as more intimate, love relations, are situations that imply undressing, which makes it impossible to hide the lesions. Skin disease, it seems, brings about a feeling of exposure and embarrassment no matter the affected part of the body, because when we are more intimately close to someone, we are exposing ourselves. Taking

into consideration that the nervous system and the skin have the same origin, being, thus, closely linked, one may emphasize how much the stress in the resistance phase determines a worsening of the dermatosis, and how much work and interventions should be proposed in order to achieve multiple variables in the treatment. Intervening beyond the skin surface, and seeking to reach also the psychical habitus and the behavior are required.

Key words: Psychology, Dermatology, quality of life, site of the lesion

INTRODUÇÃO

A presente dissertação é decorrente de um projeto de pesquisa, composta de uma revisão teórica e de dois estudos empíricos, que responderam aos objetivos do projeto. Os resultados da pesquisa intitulada “O adoecimento da pele: um estudo de Qualidade de vida, Estresse e Localização da lesão dermatológica”, conforme projeto, foram distribuídos em dois estudos, conforme as variáveis em questão (qualidade de vida geral e específica, e estresse).

A revisão teórica discute o comprometimento da qualidade de vida e do estresse nos pacientes dermatológicos, discussão permeada pelas possíveis influências da localização da lesão dermatológica em tais aspectos. Também chama a atenção para a necessidade de um atendimento integrado a estes pacientes, que contemple os diferentes âmbitos do seu adoecimento e da sua vida.

O primeiro estudo trata inicialmente dos resultados em relação à qualidade de vida geral e específica em dermatologia nos 205 pacientes participantes do estudo. São comparados dois grupos: um composto de pacientes com lesões mais expostas (rosto e/ou mãos), e outro, de pacientes com lesões somente em outras partes do corpo, que não rosto nem mãos. Além disso, este estudo apresenta outras análises mais detalhadas, como a comparação da qualidade de vida geral e específica entre cinco grupos de localização da lesão dermatológica, comparação dos prejuízos entre dois subgrupos diagnósticos (vitiligo e psoríase x outras dermatoses) dentre outras análises consideradas pertinentes.

O segundo estudo compõe-se dos resultados em relação à variável estresse, primeiramente analisando a amostra total de 205 pacientes e depois os dois grupos de localização da lesão dermatológica, conforme proposto no projeto de pesquisa. Foi verificada a presença ou não de sintomas, a fase do estresse e sintomatologia predominante, se física, psicológica ou ambas.

No decorrer do projeto, o critério de inclusão quanto a estar no mínimo na terceira consulta para ter maiores chances de diagnóstico definido foi desconsiderado, pois raros eram os casos em que o paciente saía desta consulta sem ter recebido o diagnóstico. Este critério havia sido definido em função de experiências de pesquisas anteriores do grupo, nas quais havia grande número de pacientes com diagnóstico em investigação.

O desenvolvimento desta pesquisa contou com a participação ativa de alguns dermatologistas e residentes em dermatologia do Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre, tanto em termos de coleta quanto de discussão dos resultados.

Acreditamos que este trabalho traz contribuições importantes tanto para as pessoas acometidas por problemas dermatológicos, como para a população em geral e os profissionais que atuam no tratamento destes pacientes.

1 REVISÃO TEÓRICA

Sobre a pele, suas afecções e repercussões na vida do indivíduo

On the skin, its diseases and consequences to the life of the individual

Martha Wallig Brusius Ludwig

Margareth da Silva Oliveira

Sobre a pele, suas afecções e repercussões na vida do indivíduo

As repercussões do adoecimento da pele

A pele é o maior órgão de percepção no momento do nascimento, sendo um órgão de comunicação visível e se tornando o meio de contato físico e para a transmissão de sensações físicas e emoções (Müller et al., 2001). É como um espelho de nossas emoções: quando sentimos vergonha, enrubescemos; quando sentimos medo, empalidecemos. Anzieu (1989) fala da pele como “envelope psíquico”, apresentando nove funções para o Eu-Pele, a manutenção do psiquismo, a função de individuação, visando o fortalecimento das fronteiras do eu, assim como outras.

Além disso, a pele pode ser considerada a parte exposta do sistema nervoso, já que ambos originam-se da mesma camada de células embriônicas: a ectoderme (Montagu, 1988). Azambuja (2000, p.394) aponta que a pele tem íntimas ligações com o sistema nervoso, o que a torna altamente sensível às emoções, podendo “estar em contato mais estreito com necessidades, desejos e medos mais profundos do que a mente consciente”. O autor refere ainda que, independentemente da causa, existe impacto emocional em todos os problemas de pele.

Sendo o maior e mais precocemente desenvolvido órgão dos sentidos do corpo, é através dela que aprendemos o que é o ambiente, que percebemos o mundo externo (Azambuja, 2000; Montagu, 1988). Neste sentido, Azambuja (2000) refere que a pele e os olhos, com os sentidos do tato e da visão, respectivamente, são os órgãos de maior importância “no fornecimento de informações ao sistema nervoso central sobre o ambiente em que o ser se encontra”.

Segundo Zogbi, Ludwig e Müller (2006), “as manifestações aparentes na pele não podem, em geral, ser disfarçadas” (p.183). Na medida em que a pele é uma fonte de

expressão emocional, o paciente dermatológico merece um enfoque mais abrangente na compreensão de sua doença (Mondarto, Cutrim Júnior & Mello Filho, 2000).

Nossa pele reflete para o mundo externo o que se passa no interno. Assim, estar acometido por uma doença de pele influencia na relação com o mundo, pela exposição ao outro (Hisada, 2003). Nos pacientes dermatológicos, dependendo da localização no corpo, não é possível esconder, e, por ser visível a todos, as pessoas acometidas por esse tipo de doença podem ter repercussões diferentes na sua vida do que uma pessoa com um diagnóstico ‘invisível’, principalmente no que tange à auto-estima e aparência, por exemplo.

Mondarto, Cutrim Júnior e Mello Filho (2000) mencionam que “as lesões de pele são evidentes e imediatamente acabam com a transmissão da imagem do belo e do saudável” (p.234), podendo, inclusive, causar repugnância, sensação de sujeira e medo de contágio. Algumas repercussões da dermatose na vida do indivíduo são colocadas por Silvan (2004) quando refere que pesquisas têm mostrado que mais de 40% dos pacientes com vitiligo são depressivos e têm a auto-estima significativamente mais baixa do que uma mesma amostra de pessoas sem problemas de pele.

Gupta e Gupta (2003) e Hautman e Panconesi (1997) apontam que considerações quanto à localização das lesões de pele também são importantes, até mesmo uma doença benigna nestas partes do corpo ‘carregadas de emoção’ (por exemplo, o rosto, a cabeça e o pescoço) pode debilitar particularmente o paciente.

Nadelson (1978) refere que, na mente popular, a doença de pele é ligada à idéia de sujo, contagioso e feio, devendo, pois, permanecer afastado. Dificilmente é possível esconder a lesão na pele, é algo que está sempre à mostra. Ginsburg (1996) refere que lesões nas mãos, nariz ou pés podem impossibilitar o indivíduo de trabalhar, entre outras coisas, especialmente se a ocupação requer interação direta com o público.

Como a causa da estigmatização é visível, o estigma social nos pacientes dermatológicos tem um significado particular (Schimid, Jaeger & Lamprecht, 1996). Esta discussão é complementada por Vardy, Besser, Amir, Gesthalter, Biton e Buskilas (2002) quando referem que a estigmatização pode ter um efeito negativo na auto-estima dos indivíduos, mas as conseqüências do estigma dependem do contexto próximo e do significado que a pessoa estigmatizada tem do contexto.

A importância de discussões e estudos sobre a pele é ilustrada por Ongena, Beelaert, Geel e Naeyaert (2006), quando referem que, indubitavelmente, a pele é o órgão mais visível que determina em grande escala a nossa aparência e envolve ampla função na comunicação social e sexual. Neste sentido ainda, Porter (2000, citado por Ongena, Beelaert, Geel & Naeyaert, 2006) menciona que a aparência é importante na nossa sociedade e influencia o modo pelo qual somos percebidos pelos outros.

Por todo prejuízo a que fica exposto o paciente dermatológico, é necessário pensar formas de lidar com o paciente e métodos de tratamento. Ginsburg (1996) refere importantes métodos para lidar com o impacto da doença de pele, entre eles a relação médico-paciente, a educação do paciente e da comunidade sobre a natureza da enfermidade, e estratégias terapêuticas estruturadas. Koblenzer (1983), em seu artigo “Conceitos Psicossomáticos em Dermatologia”, já apontava que expressando empaticamente seu entendimento sobre como o paciente provavelmente se sente e estando disposto a escutá-lo livre de julgamentos, o médico pode criar um ambiente em que o paciente se sinta aceito e seguro, e onde possa entender, até certo nível, a essência das suas dificuldades.

Ginsburg (2002) menciona que o impacto psicológico das enfermidades é um fato inevitável e sempre presente para muitos dos pacientes dermatológicos. A autora aponta a

necessidade de que o médico pergunte, fundamentalmente: como meus pacientes podem ser ajudados, de que forma se sentem mais confortáveis dentro e com sua própria pele?

Frente ao exposto, vê-se que o acometimento dermatológico pode repercutir em diversos aspectos da vida do indivíduo, sendo necessário pensar aspectos que estão relacionados aos problemas de pele, bem como formas de auxiliar os pacientes. Nesta revisão, abordaremos o comprometimento da qualidade de vida e dos níveis de estresse em pacientes com problemas dermatológicos.

A pele e a Qualidade de Vida

Geralmente, tanto as doenças como os tratamentos dermatológicos podem causar desfiguração, o que pode abalar o paciente seja física, seja emocionalmente. De acordo com Zogbi (2004), a pele tem sido vista como meio através do qual mantemos contato com o outro. Assim, estar acometido por uma doença de pele, ligada à idéia de sujo, feio e contagioso, provavelmente terá influências na relação do sujeito com o outro, assim como na vida em geral, e é isso o que acontece com pacientes com problemas de pele.

Neste sentido, a percepção do paciente sobre a sua qualidade de vida tem sido valorizada, através inclusive da validação de instrumentos que avaliem tal variável, a qual é definida pela Organização Mundial de Saúde como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Martins, Arruda e Mugnaini (2004), num artigo que aborda a validação de dois questionários de qualidade de vida para a língua portuguesa (*Dermatology Life Quality Index*, DLQI e *Psoriasis Disability Index*, PDI), referem a importância de avaliar a percepção do paciente com psoríase sobre o seu estado de saúde, incapacidades e qualidade de vida, o que possibilita o estabelecimento da melhor terapêutica para cada paciente.

Zogbi, Müller, Protas, Kieling e Driemeier (2005) abordam a adaptação e validação do *Dermatology Life Quality Index* (DLQI) para diferentes dermatoses num artigo sobre dermatologia e psicossomática, salientando o quanto a qualidade de vida e a psicologia são aspectos cada vez mais indissociáveis. As autoras apontam a necessidade do estreitamento das relações entre dermatologia e psicologia, para que idéias sejam construídas e futuros estudos possam investigar, prioritariamente, a gênese do adoecimento não apenas do ponto de vista biológico.

A tradução e validação do *Dermatology Life Quality Index* (DLQI) em pacientes com lúpus eritematoso cutâneo foi realizada por Ferraz, Almeida, Vasconcellos, Faccina, Ciconelli e Ferraz (2006), que salientam o crescimento da avaliação da qualidade de vida em pacientes dermatológicos na última década.

Mingnorange, Loureiro e Okino (2002) estudaram pacientes com psoríase e encontraram prejuízos na adaptação psicossocial desses, apontando a importância de suporte psicológico com intuito de melhorar os recursos adaptativos dos mesmos bem como a qualidade de vida.

No que tange à localização da lesão, Balkrishnan e colaboradores (2006) afirmam que lesões de pele na face são condição comum, e que a aparência facial tem um papel importante na percepção de si mesmo, assim como na interação com os outros. Os mesmos autores ressaltam que manchas graves na face têm significativo impacto na qualidade de vida das mulheres, e que o efeito das lesões é mediado pelas características psicológicas e relaciona-se com a percepção e representação de si.

A literatura traz dados de que, nas ocupações que requerem interação direta com o público, mesmo que as lesões nas mãos não sejam contagiosas, geralmente são vistas com desconfiança ou aversão (Kadyk, McCarter & Achen, 2003). Daí também a relevância do

estudo de tais variáveis, na medida em que os pacientes têm prejuízos decorrentes da exposição da dermatose, o que pode ser medido, discutido e divulgado.

Um estudo sobre ansiedade social e desfiguração (Kent & Keohane, 2001) se propôs a verificar a relevância da ansiedade social e das experiências passadas para as conseqüências sociais e psicológicas da desfiguração na psoríase. Referem que, como a maior parte do corpo normalmente é coberta por roupas, a presença de uma doença de pele não representa um problema de interação na maior parte do tempo. Acrescentam que ter psoríase nas mãos ou no rosto, por outro lado, pode apresentar problemas mais freqüentes e perturbadores.

Os mesmos autores analisaram a visibilidade da lesão (áreas acometidas), a qualidade de vida através do DLQI (Dermatology Life Quality Index), a ansiedade social, pela FNE Scale (Fear of negative evaluation), o humor através da escala The Hospital Anxiety and Depression (HADS), e a auto-estima pela escala de Rosenberg's. Os resultados sugerem que altos níveis na escala de ansiedade social estão associados à baixa qualidade de vida para aqueles com alta severidade clínica (medida pelo grau de visibilidade). Ou seja, os resultados sustentam a hipótese de que a extensão de visibilidade é importante na qualidade de vida dos que têm alto nível de ansiedade social, mas não para os que apresentam nível moderado. A psoríase é mais relevante para a qualidade de vida dos pacientes com lesões visíveis no rosto ou nas mãos, que tenham tido alto nível na escala que mede ansiedade social.

Kadyk, McCarter e Achen (2003) estudaram qualidade de vida em pacientes com dermatite de contato, comparando sujeitos com e sem lesões no rosto. Os resultados indicam que os sujeitos com dermatite de contato no rosto apresentam um escore de qualidade de vida significativamente pior no item em relação à aparência da pele. Além disso, pacientes com a face afetada sentem um maior grau de prejuízo, que tende a ser

significativo. Apresentam escores melhores de qualidade de vida em duas questões: medo de ser despedido e dificuldade de usar as mãos no trabalho. Quanto ao impacto nos escores de qualidade de vida, não houve diferenças significativas entre ter ou não as mãos afetadas nas escalas de sintomas ou emoções. Além disso, os autores referem que muitos relatos têm indicado que a dermatite de contato nas mãos afeta negativamente as habilidades para trabalhar e continuar as atividades diárias normais.

As afecções dermatológicas podem produzir um efeito negativo na vida dos pacientes (Tiedra, Mercadal, Badía, Mascaró, Herdman & Lozano, 1998). Além disso, os autores sublinham que os efeitos psicológicos parecem ter um papel bem importante no desencadeamento e nas conseqüências de um grande número de dermatoses. Segundo Wittkowski, Richards, Griffiths, & Main (2004) os fatores psicológicos e a severidade da doença são o que fazem o prognóstico da qualidade de vida em adultos com dermatite atópica.

Atualmente, é bem evidente que a qualidade de vida fica prejudicada em pessoas com dermatoses. No estudo de Zogbi (2004), foi detectado que os pacientes com diagnóstico em investigação e com lesões disseminadas (mais de 20% do corpo afetado) apresentavam o menor índice de qualidade de vida. Além disso, no mesmo estudo, através do WHOQOL-bref, instrumento de qualidade de vida genérico da Organização Mundial da Saúde-OMS (Fleck, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos & Pinzon, 2000) foi verificado que a avaliação pessoal do paciente sobre sua qualidade de vida (questão 1 do WHOQOL-bref), assim como os quatro domínios da escala (psicológico, social, físico e ambiental) aparecem especialmente afetados nos pacientes com lesões disseminadas. Assim como a qualidade de vida tem por base um referencial multifatorial, as doenças também têm, daí se pensar em estresse.

A pele e o estresse

Sabe-se da relação que há entre mecanismos do estresse e o adoecimento de uma forma geral. Para Lipp (2000) “o stress emocional é uma reação complexa e global do organismo, envolvendo componentes físicos, psicológicos, mentais e hormonais, que se desenvolve em etapas, ou fases”. Panconesi (2000) fala do estresse como o principal fator causal dos transtornos psicossomáticos, mencionando que cada pessoa tem um órgão geneticamente vulnerável ao estresse: alguns pacientes têm reações cardíacas, outros, gástricas e outros de pele.

A aceitação do estresse psicossocial como fator precipitante de doenças, bem como a noção do estresse como componente presente em qualquer doença, não apenas naquelas consideradas psicossomáticas, ganhou aceitação de um número crescente de cientistas, através de estudos (Azambuja, 2000).

Steiner e Perfeito (2003) referem que o estresse físico ou emocional influencia nas diversas dermatoses, assim como elas próprias também são geradoras de estresse. A observação das autoras acaba por reforçar a questão psicossomática, na qual existe um reconhecimento da interdependência fundamental entre mente e corpo em todos os processos de saúde e doença. Como discorre Mello Filho (2002, p.19) “toda doença humana é psicossomática, já que incide num ser provido de soma e psique, inseparáveis, anatômica e funcionalmente”.

De acordo com Muller e Ramos (2004), a Psicodermatologia é uma área de interface entre psicologia e medicina, que tem por objetivo melhorar a compreensão das doenças de pele.

Alguns autores nacionais discorrem sobre dermatologia integrativa, definida por Azambuja (2000) como “a psiconeuroimunologia aplicada a dar atenção aos aspectos físico, mental e emocional do indivíduo, e utilizar recursos complementares para reduzir o estresse e aumentar a eficácia dos tratamentos” (p.393). Para Rocha (2003), a dermatologia

integrativa aborda “a conexão entre a pele, o sistema psíquico e as doenças psicossomáticas” (p.620).

Autores nacionais e internacionais discorrem sobre a influência dos aspectos emocionais nas dermatoses. Sampaio e Rivitti (2001) distinguem dois subgrupos básicos nas doenças cutâneas causadas ou influenciadas por fatores psíquicos: *dermatoses psicogênicas*, nas quais o quadro cutâneo é mais evidente, e *dermatoses psicossomáticas*, em que o fator emocional pode ser agravante ou desencadear o problema de pele, ou este pode ser fator desencadeante de quadro de neurose e até de reação anormal (psicógena).

Azulay e Azulay (1992) discorrem sobre psicodermatologia, acompanhando a classificação dermatológica desenvolvida por Medansky e Handler: 1) grupamento primário: o distúrbio psicológico é primário e a dermatose é secundária; 2) grupamento secundário: embora a dermatose seja primariamente orgânica, existem alterações emocionais em grau variável, estando aqui incluídas todas as dermatoses, uma vez que podem alterar o sentimento da pessoa consigo mesma e em relação aos outros. As variáveis ponderáveis são a idade, a natureza e a localização da doença, os aspectos antiestéticos e outras; 3) grupamento colaborador: causas orgânicas e perturbações emocionais colaboram em diferentes graus na produção da dermatose.

Fitzpatrick (1997) descreve os distúrbios psicocutâneos em quatro subgrupos: influência psicológica maior; condições em que há evidência de desencadeamento emocional; outras condições cujo curso é frequentemente afetado por desequilíbrio emocional; e expressão concomitante sem nexos causal (geralmente algum grau de retardo mental e alterações cutâneas típicas).

Du Vivier e McKee (1997) falam de distúrbios psicológicos de pele, mencionando Reações Inapropriadas; Preocupação Exagerada com relação a Imperfeições Menores;

Ausência de Sinais Físicos Anormais, Fobias, Parasitose Delirante; Exacerbação de distúrbios cutâneos por fatores emocionais; Escoriações Neuróticas; e Dermatite Artefacta.

No que tange ao estresse mais especificamente, Lipp (2003) menciona que o estresse excessivo traz conseqüências para os indivíduos nos mais diversos âmbitos de sua vida e, quando prolongado, afeta o sistema imunológico, tornando o sujeito mais vulnerável para que doenças sejam desenvolvidas. De acordo com Pinho Junior (2003), o fato de o estresse afetar a imunidade ou o funcionamento do sistema de defesa do organismo é bem reconhecido, tanto pelos profissionais da área médica e da saúde, como por leigos.

A relação entre o adoecimento da pele e o estresse é trazida por diversos autores. Vivas e Serritiello (2002) afirmam que extensos estudos indicam que o estresse emocional pode exacerbar alguns problemas na psoríase. Paldaof, Leroux e Bussy (2001) mencionam a importância da psico-neuro-imuno-endocrino-dermatologia como uma especialidade nova da medicina, que procura entender o estresse como uma das origens da doença.

Azambuja (2000) aponta que, a partir dos estudos de Selye e de seus seguidores, evidenciou-se que qualquer agressão à integridade do ser, seja somática, psíquica, orgânica ou emocional, “são, em essência, da mesma natureza e levam às mesmas alterações no funcionamento dos tecidos” (p.399), de maneira que o estresse, tanto físico, ambiental ou psicológico traz diversas reações conhecidas, como taquicardia e outras.

O mesmo autor faz uma revisão histórica sobre o conceito de psiconeuroimunologia, que concebe o ser humano como unidade indivisível, constituída por corpo e mente, a partir da qual ressalta a insustentabilidade da concepção cartesiana de mente e corpo.

Num artigo sobre estresse e psicodermatoses, Paldaof, Leroux e Bussy (2001) falam do estresse como um estímulo físico (por exemplo, alguma doença crônica, um pós-

operatório, etc) ou psíquico (uma mudança, a morte de um familiar, etc), geralmente desagradável, intenso e persistente, que gera uma resposta no organismo. Esta resposta é extremamente benéfica, já que permite superar o quadro de estresse ou adaptar-se ao mesmo se o estímulo persistir.

Segundo Arias, Arzt, Bonet, Costas, Badaracco, Luchina e Moguevsky (1998, citados por Paldaof, Leroux & Bussy, 2001), a resposta ao estresse pode ser física, psíquica e comportamental, variando de pessoa para pessoa e dependendo da sua personalidade, estado de saúde, características sociais e culturais, ambientais e genéticas.

Estudo realizado por O'Leary, Creamer, Higgins e Weinman (2004) verificou a relação entre estresse percebido, qualidade de vida, bem-estar psicossocial e a severidade na psoríase. Os resultados demonstraram uma forte crença no estresse e nos atributos psicológicos como fatores causais da doença em 61% da amostra. Além disso, o estresse percebido foi significativamente associado com níveis mais baixos de qualidade de vida e níveis mais altos de depressão e ansiedade, mas não com a severidade da psoríase.

De acordo com Taborda, Weber e Freitas (2005), a influência de fatores psíquicos sobre as doenças de pele é comum, embora seja pouco estudada e debatida. As autoras referem que tanto o início como o curso das dermatoses pode ser fortemente influenciado por estresse, distúrbios emocionais e transtornos psiquiátricos.

Avaliando a prevalência de sofrimento psíquico em pacientes com dermatoses do espectro dos transtornos psicocutâneos, através do questionário de triagem de doença mental, o Self Reported Questionnaire (SRQ-20), elaborado pela OMS, Taborda, Weber e Freitas (2005) observaram que pacientes com vitiligo, quando comparados a pacientes com acne vulgar, têm maior propensão ao sofrimento psíquico, justificando tal achado pela tendência do vitiligo a ser mais crônico, ter um tratamento que exige disciplina e dedicação do paciente, sendo ao mesmo tempo frustrante devido aos escassos resultados. As mesmas

autoras ressaltam a questão da aparência, “pois as lesões hipocrômicas do vitiligo são extremamente inestéticas, muitas vezes trazendo disfunção emocional que requer intervenção psicológica” (Taborda, Weber & Freitas, p.354), concluindo que os dados sugerem que doenças crônicas, de longa duração e inestéticas, como o vitiligo, podem estar associadas a maior grau de sofrimento psíquico.

Vê-se que o adoecimento da pele, tanto por ser este um órgão visível do corpo, como por trazer prejuízos na qualidade de vida, auto-imagem e auto-estima dos pacientes, quando do seu adoecimento, é um tema a ser explorado, assim como a questão do local da lesão dermatológica.

Considerações Finais

O adoecimento dermatológico pode influenciar na vida do paciente em diversos aspectos, incluindo qualidade de vida, níveis de estresse, auto-estima, auto-imagem, relações interpessoais e outros, mostrando a necessidade de um olhar cuidadoso sobre estes pacientes. Percebe-se a existência de um número superior de estudos internacionais em relação aos nacionais no que tange à influência dos aspectos emocionais nas doenças de pele, embora nos últimos anos tenham surgido artigos teóricos e estudos nesta área, tanto por médicos como por psicólogos nacionais.

A validação de instrumentos de qualidade de vida específica em dermatologia parece apontar o reconhecimento que os profissionais da saúde estão tendo da importância da avaliação da qualidade de vida na percepção do paciente portador de doença dermatológica. Instrumentos que avaliem estresse são mais escassos, embora os pesquisadores considerem um aspecto importante no processo saúde e doença.

A literatura parece apontar para a tentativa de tratar o paciente dermatológico de uma forma mais integrada, permeada pela concepção biopsicossocial de ser humano, em

que todos os aspectos envolvidos no processo de saúde e doença sejam abarcados, não sendo mais admissível olhar mente e corpo como partes distintas.

Os aspectos discutidos nesta revisão, assim como outros, são temas a ser melhores compreendidos, seja através de leitura, de estudos, pesquisas e intervenções, por todos os profissionais que atendam estas pessoas, da mesma forma que pela população em geral, visto que esses pacientes são alvos de discriminação, muitas vezes por falta de conhecimento da doença, que não é contagiosa, mas muitas vezes avaliada como tal.

2 PRIMEIRO ESTUDO

O adoecimento da pele: um estudo de qualidade de vida e localização da lesão dermatológica

Skin disease: a study of the quality of life and the site of the dermatological lesion

Martha Wallig Brusius Ludwig

Margareth da Silva Oliveira

O adoecimento da pele: um estudo de qualidade de vida e localização da lesão dermatológica

Introdução

Refletir sobre questões cutâneas e pele é refletir sobre o maior e mais externo órgão do corpo humano, órgão que fica exposto ao olhar do outro. A pele é como uma roupagem contínua e flexível, que nos envolve e protege por completo (Montagu, 1988). É como um sistema de abrigo de nossa individualidade, atuando como limite dentro-fora, eu e o outro, eu e o mundo. Galiás (2002) menciona que as questões relacionadas à pele configuram-se em tema propulsor e atual a ser explorado e descoberto.

Além disso, Strauss (1989, p. 1221) refere que “ao mesmo tempo em que nos protege, é a fachada que nos expõe”. Muitas vezes, na mente popular, a doença de pele é ligada à idéia de sujo, contagioso e feio, devendo ficar afastado (Nadelson, 1978). “Convém lembrar que o indivíduo com a pele comprometida, sobretudo em áreas descobertas, dificilmente deixa de ficar envergonhado, ansioso e triste” (Azulay & Azulay, 1992, p.295).

No que tange ao impacto social, Hoffmann, Zogbi, Fleck & Müller (2005) referem a freqüente associação entre doença de pele e a idéia de contágio e pouco asseio pessoal, levando os outros indivíduos a se afastarem dos pacientes com esse problema. Algumas áreas da pele podem trazer maiores prejuízos. Fonseca e Campos (2003), num artigo sobre o vitiligo, quando discorrem sobre a incidência dessa doença na população, referem que o envolvimento da pele em áreas da face e das mãos frequentemente causa constrangimento.

No estudo de Shah e Coates (2006), a qualidade de vida em dermatologia apareceu como significativamente pior nos pacientes com erupções na pele do que nos pacientes

com lesões não eruptivas. A qualidade de vida em dermatologia no referido estudo não foi afetada pela idade, mas foi significativamente afetada pela extensão da doença de pele.

Os resultados mostraram que os pacientes com doenças de pele extensas, mas não graves (não câncer) padecem muito mais que os pacientes com câncer de pele. Este dado nos leva a inferir que, independente da conotação maligna que a doença possa ter (pois câncer de pele, de modo geral, pode ter gravidade significativa, pondo inclusive a vida do indivíduo em risco, como o melanoma, por exemplo), a extensão da lesão parece ser mais importante no grau de prejuízo.

Sabe-se que as doenças de pele trazem prejuízos na qualidade de vida dos pacientes, sendo necessário um bom conhecimento de seu impacto do ponto de vista dos mesmos, com o intuito de buscar um melhor manejo (Grob, Revuz, Ortonne, Auquier & Lorette, 2005). Mingnorange, Loureiro e Okino (2002), ao avaliarem qualidade de vida na psoríase, encontraram insatisfação quanto à aparência física em 62% dos sujeitos e associação entre extensão da manifestação psoriática e prejuízos em áreas específicas da adaptação psicossocial (atividades rotineiras, relações pessoais e lazer) através do Inventário de Qualidade de Vida- Psoriasis Disability Index (PDI). Neste estudo, os pacientes relataram mudança no vestuário e evitação de alguns ambientes para ocultar as lesões.

Num estudo realizado por Kiebert, Sorenson, Revicki, Fagan, Doyle, Cohen e Fivenson (2002), os pacientes com dermatite atópica, quando comparados a pacientes com psoríase, tiveram escores inferiores nos domínios físico, emocional, social e vitalidade do SF-36. Kadyk, McCarter e Achen (2003) estudaram qualidade de vida em 149 pacientes com dermatite de contato. Os resultados indicaram que os sujeitos com dermatite de contato no rosto apresentaram um escore de qualidade de vida significativamente pior no item relacionado à aparência da pele, em comparação aos que não têm a face acometida.

Além disso, pacientes com a face afetada sentem um maior grau de prejuízo, que tende a ser significativo, e apresentam escores melhores do que aqueles sem acometimento da face em duas questões: medo de ser despedido e dificuldade de usar as mãos no trabalho.

No mesmo estudo, entre ter ou não as mãos afetadas, não houve diferenças significativas nas escalas de sintomas ou emoções. Além disso, os autores referem que diversos relatos mencionam a dermatite de contato nas mãos afetando negativamente as habilidades para trabalhar e continuar as atividades diárias normais. No trabalho, as mãos são importantes tanto na funcionalidade quanto na apresentação, principalmente em trabalhos de interação direta com o público, como restaurantes ou cuidado de crianças, por exemplo. Os mesmos autores referem que a literatura fornece informações contraditórias quando tenta determinar o impacto que as variáveis sócio-demográficas podem ter nos dados de qualidade de vida.

Nos estudos de Schmid, Kuensebeck, Jaeger, Werfel, Frahm, Ruitman, Kapp e Lamprecht (1999) e Perrot, Murray, Lowe e Mathieson (2000), ambos sobre psoríase, pacientes com lesões na região do baixo ventre e genital apresentaram sentimentos de estigmatização mais intensos do que pacientes acometidos em outras áreas do corpo, assim como por aqueles que desenvolveram a doença em idade precoce. Schmid, Jaeger, Kuensebeck e Lamprecht (1996) encontraram fortes correlações entre localização visível das lesões e comportamento de encobrimento, assim como entre localizações não expostas, como abdômen e regiões genitais, e comportamento de afastamento.

Kent e Keohane (2001) referem que existem evidências de que a extensão da visibilidade é mais relevante que a gravidade da doença. Estudaram pacientes com psoríase, objetivando testar a hipótese de que o efeito do grau de visibilidade na qualidade de vida pode ser moderado pela ansiedade social, e examinar a relação entre relatos de experiências prévias e o bem-estar social e psicológico atual. Os autores referem que,

como grande parte do corpo normalmente é coberta por roupas, a presença de uma doença de pele não representa um problema de interação na maioria das vezes. Acrescentam que ter psoríase nas mãos ou no rosto, por outro lado, pode repercutir em problemas mais frequentes e perturbadores.

Thomson, Wilkinson, Sommer e Pollock (2002) estudaram a variação da qualidade de vida de acordo com a localização no corpo (rosto, mãos, generalizada e outras) em 160 pacientes com eczema, utilizando o SF-36 e o DLQI. Referem que muitos estudos avaliam o efeito do eczema na qualidade de vida dos pacientes, mas poucos foram encontrados que avaliassem esta variável de acordo com o local do corpo afetado. Em seu estudo, não encontraram variação significativa segundo o local do corpo afetado pelo eczema (rosto, mãos, generalizada ou outras), mas identificaram que a qualidade de vida foi reduzida proporcionalmente à percepção de gravidade do eczema, independente da parte do corpo afetada. Mencionaram que pequenas variações na qualidade de vida podem ter sido perdidas devido ao número de pacientes. Os autores sugerem futuros estudos que examinem mais além esta relação entre qualidade de vida e local do corpo afetado.

Na pesquisa realizada por Root, Kent, Al'Abadie (1994), avaliando a relação entre gravidade da doença, sofrimento pessoal e incapacidade em pacientes com psoríase, apontam que, visto que a visibilidade das lesões parece ser um aspecto importante no sofrimento do paciente, uma correlação mais alta talvez tivesse sido encontrada se as anotações fornecessem uma descrição mais precisa do quanto as áreas cobertas são carregadas/afetadas emocionalmente.

No estudo de Zogbi (2004) de adaptação para Língua Portuguesa e validação do instrumento em inglês *Dermatology Life Quality Index* (DLQI), foram avaliados 241 sujeitos com diferentes dermatoses. Quando da definição da amostra em lesões localizadas e disseminadas, as médias do DLQI-BRA não apresentaram diferenças significativas entre

estes dois grupos. A autora refere que este achado corrobora a literatura no sentido de que o surgimento de uma doença de pele, seja localizado seja disseminado, causa os mesmos tipos de dificuldades, já que a doença de pele traz profundo impacto. Em relação à qualidade de vida genérica, através do WHOQOL-bref (Fleck, et al, 2000), os quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) e a avaliação pessoal do paciente sobre sua qualidade de vida houve diferenças significativas, sendo mais prejudicados os pacientes com lesões disseminadas.

É importante salientar que existe o fator personalidade prévia a ser considerado. Mingorance, Loureiro, Okino e Foss (2001) avaliaram adaptação psicossocial e características de personalidade em pacientes com psoríase, encontrando desvios de personalidade em um ou mais traços de personalidade na maioria dos pacientes. Os autores referem no estudo que indícios de problemas psicológicos se apresentaram associados a maiores dificuldades em lidar com o impacto da doença na qualidade de vida.

As evidências de que doenças com alterações na aparência podem ter profundo impacto comportamental, emocional e cognitivo vêm crescendo (Landsdown, Rumsey, Bradbury, Carr & Partridge, citados por Thompson, Kent & Smith, 2002; Thompson & Kent, 2001), sendo que cognitivamente as alterações na aparência devido a doenças dermatológicas podem ter profundo efeito no auto-conceito e na imagem do corpo. Schmid, Jaeger e Lamprecht (1996) mencionam que como a causa da estigmatização é visível, o estigma social nos pacientes dermatológicos tem um significado particular. Neste sentido, Balkrishnan et al.(2006) colocam que lesões de pele na face são uma condição comum, e que a aparência facial tem um papel importante na percepção de si mesmo assim como na interação com os outros.

Zogbi, Ludwig e Müller (2006) mencionam que “as manifestações aparentes na pele não podem, em geral, ser disfarçadas” (p.183). Neste sentido, a forma como as

pele se relacionam umas com as outras é influenciada pelo conceito de si mesmas, bem como pela imagem do próprio corpo, e estar acometido por um problema de pele pode trazer prejuízos (Thompson, Kent & Smith, 2002).

Silvan (2004) menciona que pesquisas demonstram que aproximadamente 40% dos pacientes com vitiligo são depressivos e têm a auto-estima significativamente mais baixa quando comparados a uma amostra de pacientes sem problemas de pele.

A partir do exposto, percebe-se que o adoecimento, neste caso, de pele, pode afetar diversas áreas da vida do indivíduo, tanto a vida social, laboral, como em aspectos intrapsíquicos, como auto-imagem e auto-conceito, por exemplo. Mello Filho (2002, p.19) corrobora este entendimento quando refere que “toda doença humana é psicossomática, já que incide num ser provido de soma e psique, inseparáveis, anatômica e funcionalmente”.

O presente estudo teve como objetivos avaliar qualidade de vida (geral e específica) e localização da lesão dermatológica em pacientes com dermatoses; verificar se há associação entre localização da lesão e demais variáveis, bem como comparar níveis de qualidade de vida em pacientes com diferentes localizações de lesão: rosto e/ou mãos, e outras partes do corpo.

Material e Métodos

Delineamento

Tratou-se de um estudo transversal, descritivo, de associação.

Amostra

A amostra foi selecionada por conveniência. Os pacientes eram todos adultos, portadores de dermatose (s), que estivessem em atendimento nos ambulatórios de dermatologia do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do

Sul (HSL-PUCRS) e do Complexo Hospitalar Santa Casa. Alguns pacientes apresentavam outro (s) problema de saúde além do (s) de pele, e não foram analisados separadamente.

Primeiramente analisou-se o total de 205 sujeitos, para então fazer as comparações entre os dois grupos de localização da lesão: um com lesões mais expostas, *rosto e/ou mãos*, e outro com *lesões somente em outras partes do corpo*, que não rosto nem mãos. Os critérios de inclusão do grupo com lesões em rosto e/ou mãos era ter lesão (ões) em alguma destas partes do corpo, independentemente de possuir lesões em outras partes também. O segundo grupo, com lesões somente em outras partes do corpo, não podia ter nenhuma lesão em rosto nem em mãos. Compuseram o primeiro grupo 141 pacientes e o segundo grupo, 64.

Inicialmente, os critérios de exclusão foram diagnóstico de câncer de pele ou de alguma dermatose/doença maligna, e pacientes com HIV/AIDS, por exemplo. No decorrer da pesquisa, foi considerado pertinente excluir os pacientes que apresentassem lesões ulceradas nas pernas, pois, segundo Azulay e Azulay (2004), com frequência têm origem vascular e sanguínea. Tais lesões, por serem mais incapacitantes que as demais dermatoses, inclusive do ponto de vista da locomoção, trazem maiores prejuízos ao indivíduo, podem exigir repouso e interferir nos resultados de qualidade de vida tanto geral, quanto específica. Frente a isto, contou-se inicialmente com 214 pacientes voluntários, dos quais 8 foram excluídos.

Instrumentos

Utilizou-se o Questionário Genérico de Qualidade de Vida- SF-36 “*The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey*” (Ware & Gandek, 1994)- traduzido e validado por Ciconelli (1997), para avaliar os diferentes âmbitos da vida dos sujeitos (capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos

sociais, aspectos emocionais e saúde mental). Este instrumento é amplamente utilizado para avaliar diferentes doenças. Apresenta escore final de 0 a 100, no qual zero corresponde ao pior estado geral de saúde e 100 ao melhor estado de saúde.

Para avaliação dos prejuízos causados especificamente pela dermatose, utilizou-se o DLQI-BRA, criado no Reino Unido (Finlay & Khan, 1994), adaptado e validado para o sul do Brasil (Zogbi, 2004; Ferraz, Almeida, Vasconcellos, Faccina, Ciconelli & Ferraz, 2005), contemplando 6 domínios: sintomas e sentimentos em relação à doença, atividades diárias, lazer, trabalho e escola, relações interpessoais e tratamento. É composto por 10 questões, com quatro alternativas de respostas, correspondendo aos escores de 0 a 3. O escore máximo é de 30 e o mínimo, de zero, sendo 30 o maior prejuízo.

Para caracterização da amostra quanto aos dados sócio-demográficos e à dermatose, utilizou-se uma ficha de dados sócio-demográficos e diagnósticos, e uma ficha de localização da lesão dermatológica para verificar as partes do corpo acometidas. Para registro dos comentários dos pacientes, utilizou-se o próprio protocolo de coleta, no qual eram apontadas as verbalizações dos mesmos.

Procedimentos de Coleta de Dados

O presente trabalho foi apreciado e aprovado pela Comissão Científica da Faculdade de Psicologia da PUCRS (FAPPSI) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), ofício n.º 1134/05 CEP, e aprovado sem restrições pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (CEP/ISCOMPA), parecer n.º 850/05. A participação dos pacientes foi voluntária e mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Antes de iniciar a coleta, foram contatados os chefes de cada serviço, a fim de obter autorização para realização do trabalho e fazer combinações pertinentes.

A coleta de dados foi realizada de forma individual, nos ambulatórios de dermatologia dos referidos hospitais, em sala disponível resguardando a privacidade do paciente. Em ambos os serviços, a entrevista acontecia após a consulta com o médico dermatologista, sendo que no HSL-PUCRS os médicos encaminhavam o paciente para a pesquisa em seguida da consulta, e no Complexo Hospitalar Santa Casa, a pesquisadora acompanhava a consulta dermatológica e depois convidava o paciente para a pesquisa. A amostra final foi de 205 sujeitos.

Análise de Dados

A análise de dados foi feita por meio de Estatística Descritiva, dos testes Mann-Whitney, de Kruskal-Wallis, e do coeficiente de correlação de *Spearman*. Nas conclusões foi utilizado o nível de significância de 5%. Os dados foram computados e analisados no Programa SPSS, versão 11.5. Para demais análises complementares, utilizou-se as Comparações (método Dunn) e Comparações Student-Newman-Keuls (SNK), através do Software BioEstat 4.0.

Resultados:

Dados sócio-demográficos

Participaram 205 sujeitos com idade média de 47,43 anos (DP=15,07), com mínimo 20 e máximo 81 anos, sendo que a maior parte da amostra foi do sexo feminino (67,5%). Quanto à escolaridade, 39,3% possui ensino fundamental incompleto, 22,8% ensino médio completo, estando os demais distribuídos nas outras escolaridades, sendo a minoria (10,6%) com ensino superior completo ou incompleto.

A maioria dos sujeitos tem companheiro, sendo 51,8% pertencentes ao grupo com lesões em rosto e/ou mãos e 54,7% ao grupo com lesões em outras partes do corpo. Quanto

à ocupação, a maior parte trabalha (55,1%), está aposentada (25,4%) ou é do lar (10,2%) e os demais estão em situação de benefício (3,4%), estudam (2,9%) ou estão desempregados (2,9%).

Através da comparação das médias dos dados sócio-demográficos entre os dois grupos de localização da lesão (rosto e/ou mãos, e outras partes), não houve diferença significativa (idade, $p=0,878$; escolaridade, $p=0,511$ e sexo, $p=0,323$), o que demonstra uma certa homogeneidade em termos sócio-demográficos nos dois grupos.

Em relação aos diagnósticos, os mais frequentes na amostra total foram manchas, psoríase, dermatites, doenças fúngicas ou vitiligo, como pode ser observado na tabela 1.

Tabela 1. Distribuição e percentual dos diagnósticos da amostra total:

Diagnóstico	n	%
Acne	9	(4,36%)
Manchas	25	(12,13%)
Ceratoses ¹	10	(4,84%)
Psoríase	47	(22,8%)
Dermatites ²	20	(9,70%)
Doenças Fúngicas ³	25	(12,13%)
Queda de cabelo	9	(4,36%)
Vitiligo	18	(8,73%)
Outros diagnósticos menos frequentes ⁴	47	(65%)

Legenda: ¹ceratoses actínica, seborréica, pilar; ²dermatites ocre, atópica, crônica, de contato, herpético, seborréica; ³cândida, fungos, onocomicose; ⁴:alopécia, artrite psoriásica, líquen plano ou esclero-atrófico, lupus discóide ou eritematoso túmido, pêlos encravados, alergia, verruga, cisto, eczema, granuloma, hanseníase, ictiose, melanose actínica, melasma, dermatofibroma, neurodermatite, paniculite, púrpura pigmentar, urticária, sardas, herpes, pele seca, escabiose, foliculite, rosácea, xantelasma.

Do total de 141 sujeitos com lesões em rosto e/ou mãos, 42 (29,8%) apresentavam diagnóstico de vitiligo ou psoríase e 99 (70,2%) de outras dermatoses. No grupo de pacientes com lesões em outras partes do corpo, que totalizou 64 sujeitos, 22 (34,4%) tinham diagnóstico de vitiligo ou psoríase e 42 (65,6%) de outras dermatoses. É importante salientar que o percentual não fica em 100% por haver pacientes com mais de um problema de pele.

Resultados de Qualidade de Vida Geral e Qualidade de Vida Específica em Dermatologia

Na amostra total, quanto aos resultados de qualidade de vida geral (SF-36), o domínio social aparece com o maior prejuízo. A vitalidade é o domínio que apresenta a melhor qualidade de vida, seguido da capacidade funcional, sendo ambos domínios referentes a atividades que exigem algum esforço, bem como a sentimentos de vigor, energia e força. Quanto à qualidade de vida específica, medida através do DLQI-BRA, o escore médio obtido foi de 5,331, sendo os domínios sintomas e sentimentos em relação à doença bem como atividades diárias, aqueles com maiores prejuízos, e trabalho e escola, bem como tratamento, os com menores prejuízos. São visualizados na tabela 2 os resultados de qualidade de vida geral e específica, nos 205 sujeitos pesquisados.

Tabela 2. Média e Desvio Padrão: Qualidade de Vida Geral e Específica (n = 205)

Variável	Resultados
<i>Domínios SF-36</i>	Média (DP)
Capacidade Funcional	76,17 (23,88)
Aspectos Físico	66,74 (38,39)
Dor	60,20 (26,04)
Saúde Geral	56,99 (14,13)
Vitalidade	93,23 (13,93)
Aspectos Social	48,41 (13,63)
Aspecto Emocional	60,16 (41,10)
Saúde Mental	55,06 (11,61)
<i>Domínios DLQI-BRA</i>	Média (DP)
Sintomas e sentimentos em relação à doença	1,839 (1,62)
Atividades Diárias	1,312 (1,71)
Lazer	0,830 (1,42)
Trabalho e escola	0,789 (0,94)
Relações interpessoais	0,857 (1,40)
Tratamento	0,242 (0,68)
DLQI-BRA total	5,331 (5,20)

As associações entre qualidade de vida geral e específica no grupo com lesões em rosto e/ou mãos podem ser visualizadas na tabela 3. Observa-se que as correlações variam de muito baixas a baixas, sendo negativas todas as correlações significativas.]

Tabela 3. Associações entre DLQI-BRA e SF-36 no grupo com lesões rosto e/ou mãos:

DLQI	SF-36	Cap. Func.	Asp. Fís.	Dor	S. Geral	Vit.	Asp.Soc.	Asp. Em.	S.Mental
Sintomas e sentimentos em relação à doença	-0,191*	-0,331**	-0,269**	0,081	-0,116	-0,066	-0,154	-0,294**	
Atividades diárias	-0,148	-0,216*	-0,237**	0,068	-0,067	-0,079	-0,204*	-0,178*	
Lazer	-0,175*	-0,196*	-0,271**	0,114	-0,165	-0,123	-0,211*	-0,218**	
Trabalho e Escola	-0,111	-0,198*	-0,221*	-0,059	-0,053	-0,076	-0,122	-0,155	
Relações Interpessoais	-0,182*	-0,137	-0,207*	0,029	0,034	-0,051	-0,282**	-0,119	
Tratamento	-0,028	-0,125	-0,269**	0,148	-0,030	0,021	0,012	-0,215*	
DLQI-BRA TOTAL	-0,200*	-0,263**	-0,309**	-0,007	-0,035	-0,102	-0,216*	-0,228*	

*Correlações de *Spearman* (*r*)

**domínios do SF-36: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais, saúde mental.

Quanto ao grupo com lesões em outras partes do corpo, através da tabela 4 observa-se as associações entre qualidade de vida geral e específica. Salienta-se os valores das correlações mais altas, entre lazer no DLQI-BRA e vitalidade no SF-36 ($r=-0,361$; $p<0,001$), relações interpessoais no DLQI-BRA com aspectos emocionais do SF-36 ($r=-0,347$; $p<0,001$) e escore total do DLQI-BRA com aspectos emocionais no SF-36 ($r=-0,333$; $p<0,001$).

A correlação entre relações interpessoais do DLQI-BRA e aspectos sociais do SF-36 fica em evidência, por ser a única correlação significativa positiva entre os dois instrumentos.

Tabela 4. Associações entre DLQI-BRA e SF-36 no grupo com lesões em outras partes do corpo que não rosto nem mãos:

	SF-36	Cap. Func.	Asp. Fís.	Dor	S. Geral	Vit.	Asp.Soc.	Asp. Em.	S.Mental
DLQI									
Sintomas e sentimentos em relação à doença	-0,134	0,005	-0,109	-0,105	-0,114	0,067	-0,126	-0,006	
Atividades diárias	-0,046	0,054	-0,083	-0,020	-0,053	0,016	-0,160	-0,089	
Lazer	-0,070	-0,151	-0,187	0,057	-0,361**	0,002	-0,250*	-0,143	
Trabalho e Escola	0,057	-0,071	-0,102	0,018	-0,197	0,133	-0,099	-0,127	
Relações Interpessoais	-0,097	-0,127	-0,233	-0,057	-0,231	0,268*	-0,347**	-0,229	
Tratamento	-0,160	-0,061	-0,139	-0,090	-0,030	0,059	-0,220	-0,038	
DLQI-BRA TOTAL	-0,105	-0,039	-0,202	-0,036	-0,297*	0,107	-0,333**	-0,162	

*Correlações de Spearman (*r*);

**domínios do SF-36: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais, saúde mental.

A comparação entre a Qualidade de Vida Geral (SF-36) nos dois grupos é ilustrada na tabela 5. Não houve diferença significativa entre os grupos com diferentes locais de lesão em nenhum dos domínios da qualidade de vida geral, o que pode ser verificado em função de $p > 0,05$ em todos os domínios.

Tabela 5. Qualidade de Vida Geral (SF-36) entre os dois grupos.

Variável	Grupo		P
	Rosto e/ou mãos	outras partes	
<i>Domínios</i>	Posto Médio		
Capacidade Funcional	105,61	95,70	0,262
Aspecto Físico	102,71	103,63	0,913
Dor	107,27	93,59	0,123
Saúde Geral	102,04	105,11	0,730
Vitalidade	98,97	108,74	0,269
Aspecto Social	102,68	103,70	0,901
Aspecto Emocional	102,63	102,21	0,960
Saúde Mental	104,40	99,91	0,613

“p” dado pelo Teste de *Mann-Whitney*

Em relação à qualidade de vida específica, não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos em nenhum dos domínios, conforme mostra a tabela 6.

Tabela 6. Qualidade de Vida Específica (DLQI-BRA) entre os dois grupos

Variável	Grupo		p
	Rosto e/ou mãos	Outras partes	
<i>Domínios</i>	Posto Médio		
Sintomas e sentimentos em relação à doença	102,70	102,06	0,942
Atividades Diárias	100,86	106,09	0,532
Lazer	102,98	103,05	0,992
Trabalho e escola	92,50	100,37	0,307
Relações Interpessoais	99,45	106,13	0,388
Tratamento	102,28	104,58	0,667
<i>DLQI-BRA total</i>	90,79	99,33	0,312

“p” dado pelo Teste de *Mann-Whitney*

Foi efetuada uma análise das questões do DLQI-BRA entre os dois grupos de localização da lesão dermatológica, através do Teste de *Mann-Whitney*, sendo encontrada diferença significativa na questão 4 (“durante a última semana, até que ponto sua pele interferiu nas roupas que você normalmente usa?”), relativa ao domínio *atividades diárias*

($p=0,041$). O grupo com lesões em outras partes do corpo que não rosto nem mãos obteve o maior posto médio (113,49).

Uma segunda etapa do estudo foi analisar uma distribuição mais detalhada dos locais de lesão dermatológica em cinco localizações, através da qual encontrou-se 34 (16,8%) sujeitos com lesões só no rosto e/ou nas mãos, 29 (14,4%) com lesão em rosto e outras partes (não mãos), 42 (20,8%) com lesão nas mãos e em outras partes (não rosto), 71 (35,1%) com lesões em outras partes (não rosto nem mãos), e 26 (12,9%) sujeitos com lesões generalizadas (rosto e mãos e outras partes).

Foram encontradas diferenças significativas entre os cinco subgrupos de local da lesão no escore total do DLQI-BRA ($p=0,016$), e nos domínios atividades diárias ($p=0,041$) e relações interpessoais ($p=0,041$) do mesmo instrumento, sendo o grupo com lesões generalizadas (rosto e mãos e outras partes) aquele com os maiores posto médio (118,90; 129,58 e 124, 87 respectivamente), ou seja, os piores prejuízos.

Quanto ao escore total do DLQI-BRA, através das Comparações (método Dunn), somente houve diferenças significativa entre o grupo com lesões só em rosto e/ou mãos e o grupo com lesões generalizadas, que tiveram, respectivamente, posto médio de 69,1935, e de 114,06. A mediana do grupo só rosto e/ou mãos (2,0000) é menor que a mediana do grupo com lesões generalizadas (5,0000).

Em relação às atividades diárias, foram realizadas as Comparações Student-Newman-Keuls (SNK), e foram encontradas diferenças significativas, sendo que o grupo com lesões em rosto e/ou mãos apresentou escores inferiores aos grupos: a) mãos e outras, não rosto ($p=0,0403$); b) rosto e mãos e outras ($p=0,0086$) e c) só outras, não rosto nem mãos ($p=0,0340$). O grupo com lesões em rosto e mãos e outras apresentou escores superiores ao grupo rosto e/ou mãos ($p=0,0086$) e ao grupo com lesões em rosto e outras,

não mãos ($p=0,0429$). Quanto às relações interpessoais as diferenças não foram significativas.

Como terceira etapa, a amostra total foi analisada em dois subgrupos diagnósticos, sendo o primeiro composto por pacientes com vitiligo ou psoríase (65 pessoas), e o segundo, por pacientes com outras dermatoses (141 pessoas). Foi realizado o Teste de *Mann-Whitney* entre estes dois subgrupos de diagnósticos, tendo sido encontradas diferenças significativas no escore total do DLQI-BRA ($p=0,016$), e nos domínios atividades diárias ($p=0,027$) e trabalho e escola ($p=0,000$). Os maiores prejuízos foram verificados nos pacientes com vitiligo ou psoríase, sendo os posto médio: 108,75 no DLQI total, 115,80 no domínio atividades diárias e 114,92 no domínio trabalho e escola.

Como quarta etapa de análise, foram analisados somente os pacientes com vitiligo ou psoríase, numa subamostra de 65 pessoas. Utilizou-se o Teste de *Mann-Whitney* para comparar qualidade de vida de pacientes com lesões em rosto e/ou mãos e pacientes com lesões somente em outras partes do corpo e não foram encontradas diferenças significativas de acordo com o local da lesão. Através do *Kruskal Wallis*, foi comparada a qualidade de vida em cinco localizações de lesão nesta subamostra, e foi encontrada diferença significativa no escore do DLQI-BRA total ($p=0,020$), sendo o grupo com lesões em rosto e mãos e outras partes aquele com o maior prejuízo, tendo *mean rank* = 38,95. Através das Comparações (método Dunn), houve diferença significativa ($p<0.05$) entre o grupo com lesões só em rosto e/ou mãos e o grupo com lesões generalizadas (rosto e mãos e outras).

Discussão

No que tange às variáveis sócio-demográficas, os dois grupos de localização da lesão foram homogêneos, o que torna mais confiável a comparação entre ambos. Em relação aos diagnósticos, os dois grupos de localização da lesão tiveram distribuições

semelhantes, predominando outras dermatoses em relação a vitiligo ou psoríase em ambos os grupos.

Quanto à qualidade de vida geral, o domínio social é o que apresenta o maior prejuízo, tanto na amostra total como nos dois grupos de localização da lesão (embora $p > 0,05$). Este dado está de acordo com outras pesquisas com pacientes dermatológicos, que enfatizam o impacto psicossocial da dermatose na vida do sujeito, referindo situações de discriminação ou outras experiências estigmatizadoras, relativas à problemas de auto-estima, isolamento social e rejeição (Schid, Jaeger, Kuensebeck, Ott & Lamprech, 1996). Segundo Moffaert (1992), a visibilidade de muitas dermatoses, carregada da idéia de medo do contágio ou mesmo falta de higiene, tem sérias conseqüências psicológicas, podendo causar sentimentos depreciativos no paciente, levando ao medo social e à vergonha.

Os achados de Mingnorange, Loureiro e Okino (2002), num estudo com pacientes com psoríase, também corroboram com os resultados da tabela 2, em que o aspecto social apresenta o maior prejuízo. As autoras referem que 62% dos pacientes relataram sentimentos negativos e de discriminação social, e 44% dos que referiram presença atual ou superada do impacto da doença no lazer, mencionaram a psoríase como restrição para atividades de lazer, fazendo-os se restringirem ao âmbito familiar por se sentirem discriminados fora dele.

É importante salientar que a intensidade do prejuízo adaptativo pode variar de acordo com a percepção do paciente sobre a sua dermatose, embora se saiba do alto impacto psicossocial decorrente da psoríase, por exemplo, como referem Root, Kent e Al'Abadie (1994).

O prejuízo social nos sujeitos desta pesquisa talvez possa estar relacionado ao problema de pele, já que o paciente dermatológico muitas vezes é estigmatizado e pode provocar rechaço. A literatura ilustra o impacto social quando refere o afastamento que

ocorre em relação às pessoas com problemas de pele, devido à associação que se faz entre doença de pele e contágio ou falta de cuidado (Hoffmann, Zogbi, Fleck & Müller, 2005).

No presente estudo, as questões da aparência e do constrangimento foram parcialmente abordadas em algumas questões do DLQI-BRA, porém não foram utilizados instrumentos específicos que avaliassem a influência delas na qualidade de vida dos sujeitos. Não foi investigado, por exemplo, se a localização da lesão dermatológica influencia no grau de satisfação com o auto-conceito ou com a aparência, como feito no estudo de Kadyk, McCarter e Achen (2003), que encontrou um escore de qualidade de vida significativamente pior no item sobre a aparência da pele nos sujeitos que apresentavam dermatite de contato no rosto, em relação aos que não a tinham neste local.

Em relação às médias do SF-36 no presente estudo, a vitalidade é o aspecto menos prejudicado, seguido da capacidade funcional, sendo ambos domínios referentes a atividades que exigem algum esforço, bem como a sentimentos de vigor, energia e força. Tais achados são pertinentes na medida em que algumas dermatoses, por si só, não afetam diretamente a vitalidade do indivíduo.

Médias diferentes foram encontradas no estudo de Shikiar, Willian, Okun, Thompson e Revicki (2006) em pacientes com psoríase em placas, de moderada a grave. O domínio com menor prejuízo foi o da capacidade funcional, seguido dos aspectos emocionais; e os mais prejudicados, a vitalidade e a dor. A vitalidade pode estar sendo afetada em função do alto grau de gravidade da psoríase nos pacientes do referido estudo.

No estudo de Coghi (2005) com dermatite atópica, também utilizando o SF-36, os melhores escores na amostra total de 75 pacientes foram na capacidade funcional e no aspecto social, e os com médias mais baixas foram saúde mental e aspectos emocionais. Quando da divisão dos pacientes em grupos, de acordo com os valores médios do SF-36 e do Índice de Gravidade do Eczema por Área (EASI), os domínios mais comprometidos

foram a vitalidade, o aspecto social, a saúde mental e o aspecto emocional. Na referida pesquisa, a correlação entre qualidade de vida e gravidade da dermatite atópica foi baixa, sendo sugerido que possam existir subgrupos de pacientes com dermatite atópica, conforme encontrado na própria pesquisa.

Os resultados do estudo de Kiebert, Sorenson, Revicki, Fagan, Doyle, Cohen e Fivenson (2002), que também utilizaram o SF-36 em pacientes com dermatite atópica, demonstraram impacto na qualidade de vida, particularmente no aspecto social e bem estar psicológico. Os autores compararam suas médias com as de um estudo com psoríase de leve a moderada, no qual as melhores médias foram do aspecto social e da capacidade funcional e as piores, na saúde mental e vitalidade.

Segundo Ciconelli (1999), os componentes capacidade funcional, aspectos físicos, dor e estado geral de saúde são os mais relacionados ao componente físico e os demais ao componente mental. Ferraz et al. (2005), em pacientes com lupus eritematoso cutâneo, encontraram médias superiores na capacidade funcional e no aspecto social e médias inferiores na saúde mental e no estado geral de saúde. Ressalta-se, que na maioria dos estudos citados, a capacidade funcional apresenta a maior média.

Chama a atenção o aspecto social estar entre os domínios com maior média em alguns estudos revisados, o que demonstra não haver prejuízo social na percepção de muitos pacientes dermatológicos, ao passo que, tanto a experiência de profissionais, como o contato com os pacientes nesta pesquisa, ilustram inúmeras experiências de discriminação, como nos relatos que seguem: 1) “muita gente não sabe o que tu tem na pele... como é que eu vou fazer o pé no salão? As pessoas te olham, não sabem o que é...”; 2) a psoríase não dói, o que dói é o olhar das pessoas”; 3) “teve épocas em que as pessoas não queriam sentar no meu lado no ônibus”, “fui obrigado a sair do emprego, tinha vergonha dos turistas”.

O que talvez esclareça este baixo prejuízo social em estudos com pacientes dermatológicos seja o fato de que, mesmo se sentindo olhados e discriminados, os pacientes não deixam de realizar as atividades sociais, muitas vezes usando a própria vestimenta como uma forma de se proteger do olhar das pessoas. Em relação a isto, Mingorance, Loureiro e Okino (2002) apontam a mudança de vestimenta nos pacientes com psoríase para ocultar as lesões.

Através destes estudos anteriores com o SF-36, percebe-se que as médias dos domínios da qualidade de vida geral em pacientes dermatológicos variam de um estudo para o outro. Além de estarem pesquisando sobre dermatoses diferentes, não podemos esquecer que a qualidade de vida é avaliada de acordo com a percepção do sujeito em relação a si mesmo e a sua vida.

Neste sentido, Coghi (2005) refere a importância de se considerar que a dermatose é um dos aspectos que pode influenciar na qualidade de vida do indivíduo, e que pacientes com a mesma doença, mas com características pessoais distintas, podem apresentar diferentes prejuízos no comprometimento da qualidade de vida. Este dado é importante de ser lembrado, pois é sabido que as pessoas têm formas diferentes de interpretar as situações de vida, assim como distintas formas de lidar com elas, como estudado por Silva, Müller e Bonamigo (2006), avaliando estratégias de *coping*, referente às estratégias utilizadas para enfrentar as situações, neste caso a doença de pele, e níveis de estresse em pacientes com psoríase.

Além disso, o prejuízo social pode variar de acordo com a gravidade da doença. Kiebert, Sorenson, Revicki, Fagan, Doyle, Cohen e Fivenson (2002) referem que grandes impactos na qualidade de vida estão relacionados à alta gravidade da doença.

Na presente pesquisa, quanto às associações entre os instrumentos de qualidade de vida, ressalta-se que em ambos os grupos quase todas as correlações foram negativas, o

que pode ser entendido em função dos instrumentos funcionarem em direções opostas (no DLQI-BRA, quanto mais alto o escore, maior o prejuízo, e no SF-36 quanto mais alto o escore, menor o prejuízo). Neste caso, as correlações negativas expressam o mesmo sentido de satisfação em relação à qualidade de vida, havendo convergência entre as escalas, ou seja, ambas medem o nível de prejuízo ou satisfação em relação à variável qualidade de vida.

O grupo com lesões em rosto e/ou mãos apresenta um número maior de correlações. Chamam a atenção as correlações entre sintomas e sentimentos em relação à doença no DLQI-BRA com saúde mental do SF-36 ($r=-0,294$; $p<0,001$), relações interpessoais no DLQI-BRA com aspectos emocionais do SF-36 ($r=-0,282$; $p<0,001$) e escore total no DLQI-BRA com dor no SF-36 ($r=-0,309$; $p<0,001$), por serem as mais altas. Chama a atenção a única correlação positiva, entre relações interpessoais no DLQI-BRA e aspecto social do SF-36 no grupo com lesões em outras partes do corpo, apontando para uma divergência: quanto mais alto o escore do aspecto social no SF-36, melhor a qualidade de vida, e quanto mais alto o escore nas relações interpessoais no DLQI-BRA, maiores as dificuldades do paciente. Assim, esta correlação demonstra que, na medida em que o SF-36 aumenta seu escore no domínio social, aumenta também o escore do DLQI-BRA nas relações interpessoais, mostrando maior insatisfação do paciente.

Através da verificação das respectivas questões dos instrumentos, esta correlação pode ser explicada em função de que, pela saúde física e os problemas emocionais não estarem interferindo nas atividades sociais normais em relação à família, vizinhos, amigos ou grupo por parte dos pacientes, pode-se inferir que eles não estão deixando de realizar estas atividades. No entanto, o fato de estarem normalmente em contato social pode fazer com que sintam os prejuízos da lesão na pele. É como se, estando em contato com o outro,

a dermatose ficasse “à flor da pele”, visto que quando estamos sozinhos, não estamos nos expondo necessariamente.

Não terem sido encontradas diferenças estatisticamente significativas quanto aos prejuízos na qualidade de vida de acordo com a localização da lesão em dois grupos foi um dado diferente do esperado, assim como não terem sido encontradas diferenças significativas quando da divisão da amostra em cinco localizações. Nesta última análise, foi possível comparar os pacientes com lesões só em rosto e/ou mãos e os pacientes com lesões só em outras partes, diferente da primeira análise em que havia sujeitos com lesões também em outras partes do além de rosto e/ou mãos.

A experiência de médicos e psicólogos que atuam com esta população apontava para um maior prejuízo nos sujeitos com lesões em rosto e/ou mãos, sendo profissionais acostumados a escutar a dificuldade de deixar a lesão exposta ao olhar do outro, bem como o sofrimento do preconceito que se sente “na pele”.

Isto talvez se deva pela exposição de outras partes do corpo a que também ficam submetidas as pessoas que não têm lesões em face ou mãos, seja pela alta temperatura e calor, seja nos relacionamentos mais íntimos seja até mesmo pelo próprio constrangimento implicado no fato de saber-se “lesionado”. Estas inferências corroboram com as do estudo de Zogbi (2004), em que não houve diferenças significativas na qualidade de vida específica entre pacientes com lesões localizadas ou disseminadas, tendo sido mencionado que, pela doença de pele causar tamanho impacto na vida do sujeito, “seu surgimento, seja localizado ou disseminado, causa os mesmos tipos de dificuldades” (Zogbi, 2004, p.45).

Os achados de Schmid, Jaeger, Kuensebeck e Lamprecht (1996) também ilustram as dificuldades que pessoas com lesões no abdômen e regiões genitais apresentam, como comportamento de afastamento, por exemplo, que certamente traz prejuízos ao sujeito, mesmo não tendo lesões expostas.

Além disso, ter lesões em diversas regiões do corpo parece trazer maiores prejuízos, visto que, quando analisados em cinco grupos de localização de lesão, houve diferença significativa entre o grupo de pacientes com lesões generalizadas (rosto e mãos e outras partes) em relação ao grupo com lesões somente em rosto e/ou mãos. O estudo de Zogbi (2004) encontrou diferenças significativas na qualidade de vida genérica entre pacientes com lesões localizadas e pacientes com lesões disseminadas, estes últimos os que apresentaram maiores prejuízos.

Através dos resultados, pode-se inferir que, independente da localização da lesão no corpo, o sentimento de exposição e os prejuízos a que fica submetido o paciente dermatológico são semelhantes. Relações interpessoais em geral, bem como relações mais íntimas, amorosas, são situações que implicam a exposição ao outro, sendo mais difícil esconder as lesões. A doença de pele, ao que parece, provoca sentimento de exposição e constrangimento, independente do lugar do corpo acometido, pois, quando nos aproximamos de alguém mais intimamente, estamos nos expondo.

Gupta e Gupta (2003) e Hautman e Panconesi (1997) apontam que considerações quanto à localização das lesões de pele também são importantes, até mesmo uma doença benigna nestas partes do corpo ‘carregadas de emoção’ (por exemplo, o rosto, a cabeça e o pescoço) pode debilitar particularmente o paciente.

O estudo de Grob, Revuz, Ortonne, Auquier e Lorette (2005) avaliou qualidade de vida em dermatologia através do VQ-Dermato (similar ao DLQI) mencionando que o contraste entre escores baixos na percepção de si na urticária crônica e altos escores na psoríase sugerem a permanência da doença e a visibilidade das lesões como os maiores responsáveis pelos problemas de auto-imagem.

Azulay e Azulay (2004), sobre psoríase, salientam a importância da variável climática/sazonal, mencionando que não se pode esquecer a importância dos fatores

ocasionais para a instalação ou agravamento da doença, destacando clima, luz, estresse emocional representado pelas perdas ou modificações na vida de relação, fumo, álcool e outros. Além de doenças como a psoríase agravarem no inverno, pelo aumento das lesões, da coceira e da escamação, a temperatura também influencia no prejuízo (social, do olhar do outro) que as lesões provocam, já que no inverno, as roupas mais fechadas expõem menos partes do corpo, o que se torna mais difícil no verão. Por outro lado, sabe-se que os pacientes com psoríase melhoram no verão. Futuros estudos podem controlar esta variável.

Instrumentos que avaliem o prejuízo social-relacional mais especificamente, através de avaliação de relações interpessoais, auto-estima, auto-imagem, auto-conceito, ansiedade e depressão, por exemplo, poderiam detectar maiores diferenças entre pacientes com diferentes locais de lesão. A qualidade de vida talvez seja uma variável ampla demais, muito genérica para captar questões sobre os prejuízos da exposição ao outro, condição em que vive o sujeito com problema de pele, cabendo então estudos mais específicos.

Outra hipótese, para não terem sido encontradas diferenças significativas em relação à qualidade de vida nos dois grupos de localização da lesão, pode estar relacionada às próprias variáveis mensuradas no estudo, embora na pesquisa de Kadyk, McCarter e Achen (2003) com dermatite de contato tenham sido encontrados alguns prejuízos maiores nos sujeitos com lesões no rosto. No entanto, a qualidade de vida engloba diversos âmbitos da vida e talvez os maiores prejuízos em termos de lesões mais expostas estejam relacionados à auto-estima e auto-imagem mais especificamente, o que influenciaria no aspecto social, pelo constrangimento que as lesões visíveis causam no paciente, como confirmam Fonseca e Campos (2003).

Uma das limitações do estudo foi não ter avaliado separadamente os sujeitos que possuíam outro problema de saúde além do de pele, o que pode ter interferido nos resultados, em especial do SF-36, por ser um instrumento genérico e talvez ter captado

prejuízos relativos a estas outras doenças que não a de pele. Da mesma forma, não foi possível avaliar de forma controlada a extensão da lesão, visto que o único instrumento que poderia capturar este dado era a ficha de localização da lesão dermatológica, na qual muitas vezes foram apontadas apenas as partes do corpo acometidas, faltando nos protocolos de alguns pacientes o registro fidedigno de quanto do seu corpo estava afetado. Isto se deve também à quantidade de coletadores, o que é comum em pesquisas, possibilitando uma amostra grande, mas abrindo espaço para a subjetividade de cada pesquisador de como avaliar, nesta pesquisa, a lesão de pele. Um treinamento mais extenso dos aplicadores poderia ter evitado esse registro incompleto.

Avaliar a gravidade da doença na percepção do paciente seria uma medida importante, possibilitando comparar prejuízos entre grupos com diferentes localizações da lesão, mas com a mesma percepção do nível de gravidade da doença. A literatura traz dados variados em relação à importância da gravidade da doença, apresentando trabalhos em que a qualidade de vida não está relacionada a esta variável, como no estudo de Salek e colaboradores (1993), ou que a extensão da visibilidade é mais importante que a gravidade (Kent & Keohane, 2001), ou ainda que a qualidade de vida não varia de acordo com o local do corpo afetado, mas proporcionalmente à percepção de gravidade por parte do paciente (Thompson, Wilkinson, Sommer & Pollock, 2002).

Por outro lado, no estudo de Kiebert, Sorenson, Revicki, Fagan, Doyle, Cohen e Fivenson (2002), foi solicitado aos pacientes que avaliassem a gravidade da sua doença classificando-a como leve, moderada ou severa, e os autores sugerem o uso de parâmetro clínico para avaliar a gravidade.

Assim, os estudos revisados, bem como a presente pesquisa, parecem apontar para a importância da avaliação de como o paciente percebe seu prejuízo; mas há estudos que encontraram maiores prejuízos em alguns aspectos nos pacientes com lesões no rosto,

outros em que a percepção do paciente em relação à gravidade varia proporcionalmente à qualidade de vida, não dependendo do local do corpo afetado, e outros que encontraram a visibilidade da doença como mais relevante que a gravidade.

Tais variações corroboram a noção de imagem corporal, entendida como mais influenciada pelas condições emocionais do que por características físicas concretas (Capisano, 1992). O estudo de Root, Kent e Al'Abadie (1994) com pacientes com psoríase reforça esta idéia através de seus achados, constatando um maior grau de desadaptação social associado à percepção de gravidade da doença que à realidade concreta da mesma.

Todos estes achados nos permitem inferir a importância da singularidade de cada pessoa, do quanto à forma de lidar com o problema de pele varia muito de uma pessoa para outra, impedindo algumas de se expor, por exemplo, e a outras não, assim como de se sentirem mal quando da exposição e outras não. Thompson, Kent e Smith (2002) parecem concordar com esta idéia num estudo qualitativo sobre o vitiligo, em que foram entrevistadas mulheres com a doença, com o intuito de entender seu impacto e as formas com que cada participante lida com esta doença crônica e desfigurativa. Os autores referem que, mesmo quando uma variável é identificada como relevante, não está claro como efetivamente esta variável influencia a forma de as pessoas verem a si mesmas e as suas relações com os outros.

Da mesma maneira, faz-se necessário considerar as características de personalidade dos sujeitos, como no estudo de Mingorance, Loureiro, Okino e Foss (2001), visto que a forma como o indivíduo vai perceber e interpretar as situações ao seu redor, inclusive a própria dermatose, vai estar sendo influenciada por suas características pessoais.

Um olhar cuidadoso sobre a pele, suas afecções e suas conseqüências na vida do sujeito do ponto de vista da exposição ao outro é uma temática a ser desvendada, o que corrobora com Galiás (2002), quando refere que a pele é o nosso envoltório e pode ser

considerada o sistema que delinea nossa individualidade e que nos coloca em contato com o mundo e com as pessoas. Assim, a questão do local da lesão dermatológica constitui um vasto tema de pesquisa a ser explorado.

Considerações Finais

Os dados desta pesquisa apontam para um maior prejuízo quanto mais partes do corpo estiverem afetadas pela dermatose, assim como para uma piora na qualidade de vida específica nos pacientes com vitiligo ou psoríase em relação aos demais.

A questão da influência da localização da lesão dermatológica nos prejuízos na vida do paciente ainda tem muito a ser desenvolvida. Aspectos como gravidade da doença, percepção do paciente sobre si e sobre a dermatose, características pessoais e de personalidade, bem como questões climáticas são variáveis implicadas nesta compreensão. Futuros estudos poderiam avaliar aspectos como variável sazonal, relações interpessoais, auto-conceito e auto-estima de forma controlada, através de instrumentos direcionados à questão inter-relacional, para verificar se existe um prejuízo diferente nas relações sociais de acordo com a localização da dermatose, ou se o sofrimento é realmente o mesmo, independentemente de ser ou não uma lesão exposta.

Por fim, ressalta-se que a coleta de dados foi realizada em ambulatórios gerais de dermatologia, em que a demanda é vasta, inclusive quanto à variação no grau de gravidade do problema de pele. Os achados evidenciam a importância de novas investigações, que avaliem dados não levantados neste estudo, como já apontados, bem como outras variáveis mais específicas. Futuros estudos analisando também qualitativamente os dados desta pesquisa poderiam explorar todos estes aspectos.

3 SEGUNDO ESTUDO

A influência do local da lesão nos níveis de estresse dos pacientes dermatológicos

The influence of the site of the lesion on the stress levels of dermatological

Martha Wallig Brusius Ludwig

Margareth da Silva Oliveira

A influência do local da lesão nos níveis de estresse dos pacientes dermatológicos

Introdução

A pele constitui o maior órgão do corpo humano, nos envolvendo e protegendo por completo. Montagu (1988, p.30) fala da pele como “o espelho do funcionamento do organismo: sua cor, textura, umidade, secura, e cada um de seus demais aspectos refletem nosso estado de ser, psicológico e também fisiológico (...), é espelho de nossas paixões e emoções, sendo como uma roupagem contínua e flexível, além de ter a mesma origem embrionária que o sistema nervoso”. Reveste e limita o organismo, protegendo-o de agentes externos e sendo importante na manutenção do equilíbrio do meio interno (Souza, Carvalho, Rocha, Lages, Calvetti, Castoldi, 2005).

Embora a existência de uma relação entre as alterações psicológicas e as doenças dermatológicas não seja um tema novo, ainda não somos capazes de definir com clareza se alterações psicológicas são capazes de causar alterações dermatológicas ou se as enfermidades cutâneas crônicas carregam, necessariamente, como qualquer outro transtorno com essas características, alterações psicopatológicas significativas (Peri, Torres, 2002, p. 45).

Segundo Mingorance, Loureiro, Okino e Foss (2001), muitos estudos têm sido feitos associando o funcionamento mental do paciente com psoríase a correlatos psíquicos: como o impacto emocional da doença, o aumento de preocupações e ansiedade associado à piora das lesões, o alto nível de depressão, à presença de distúrbios no ambiente familiar e outros.

De acordo com Sampaio e Rivitti (2001), é indiscutível que os fatores emocionais influenciam inúmeras dermatoses que, de outro lado, atuam no estado mental. A partir da idéia de que toda doença humana é psicossomática, pois incide num ser provido de soma e

psique, inseparáveis, anatômica e funcionalmente (Mello Filho, 2002, p.19), o adoecimento, neste caso de pele, pode repercutir em diversos âmbitos da vida do indivíduo.

Quando se pensa na inseparabilidade da psique e do corpo, e das emoções e da pele neste caso, o estresse é uma variável importante. Desde os estudos de Selye, em 1936, o estresse é um fator que está relacionado com o surgimento e desenvolvimento de doenças. Vivas e Serritiello (2002) referem que extensos estudos indicam que o estresse emocional pode exacerbar alguns eventos, como na psoríase, por exemplo. Steiner e Perfeito (2003) corroboram com esta idéia mencionando que “o *stress* físico ou emocional tem repercussões em inúmeras dermatoses e estas, indiscutivelmente, também são geradoras de *stress*” (p.113).

A literatura, de modo geral, enfoca a influência do estresse no desenvolvimento das dermatoses (Asadi & Usman, 2001; Taborda, Weber, Freitas, 2005; Picardi, Porcelli, Pasquini & Fassoni, 2006), e poucos são os estudos que avaliam o contrário, ou seja, o quanto a lesão de pele interfere no grau de estresse do indivíduo. Lipp (1996, p.27) refere as doenças relacionadas ao estresse e cita a psoríase entre as mais estudadas, sugerindo que “doenças relacionadas ao estresse sejam classificadas como psicofisiológicas, termo este que enfatiza a correlação entre aspectos físicos e psicológicos que se manifestam de modo quase que inseparável durante a resposta ao estresse”.

Hoffmann, Zogbi, Fleck e Müller (2005) mencionam o vitiligo como associado a fatores psicológicos, visto que, na pesquisa de Müller (2005), o aparecimento da doença se deu após situação de estresse emocional. O’leary, Creamer, Higgins e Weinman (2004) estudaram as causas atribuídas pelos pacientes psoriáticos à sua doença e encontraram uma grande proporção dos pacientes referindo o estresse como a causa da sua doença. Esta crença está associada a um baixo bem-estar psicológico e à percepção de que a psoríase tem um impacto emocional muito grande. Apesar da prevalência desta crença, os níveis de

estresse, mesmo fortemente associados ao humor e à qualidade de vida, não foram associados com a severidade da psoríase.

O estresse psicológico e a ansiedade têm sido reconhecidos clinicamente pelos dermatologistas como relacionados à piora das lesões de pele (Fortune, Main, O'Sullivan & Griffiths, 1997). No estudo de Amorim-Gaudêncio, Roustan & Sirgo (2004), avaliando dois grupos, um com e outro sem dermatoses, foram encontradas associações entre altos níveis de ansiedade e estresse em pessoas que sofrem de dermatoses inflamatórias crônicas.

Panconesi e Hautmann (1996), num artigo sobre a psicofisiologia do estresse na dermatologia, referem que os fatores genéticos e de percepção podem influenciar o estresse, sendo a percepção do indivíduo sobre o desafio que o estímulo específico implica, o fator mais importante quanto a ela.

Em relação aos problemas dermatológicos, Azambuja (2000) menciona que existem íntimas ligações entre o sistema nervoso e a pele, o que a torna extremamente sensível a emoções, de forma que, qualquer problema de pele, independentemente de sua causa, tem impacto emocional. O autor discorre ainda que o estresse, seja físico, psicológico ou ambiental, provoca no indivíduo reações como taquicardia, diminuição da temperatura do corpo, dentre outras, e que atualmente um número crescente de cientistas tem aceitado o estresse como fator precipitante de qualquer doença, não apenas das psicossomáticas.

Além disso, Azambuja (2000) refere a insustentabilidade da concepção cartesiana de mente e corpo, falando do campo da psiconeuroimunologia que “cria um novo contexto em que não existem partes separadas, e tudo influencia tudo, tornando-se absurdo focar a patologia e o tratamento unicamente do corpo e, pior ainda, de uma de suas partes sem considerar o funcionamento geral” (p.407).

No que tange à localização das lesões de pele Gupta e Gupta (2003) & Hautman e Panconesi (1997) apontam a importância de considerações sobre o tema, referindo que até mesmo uma doença benigna nestas partes do corpo ‘carregadas de emoção’ (por exemplo, o rosto, a cabeça e o pescoço) pode debilitar particularmente o paciente.

O presente estudo trata da avaliação do estresse em pacientes portadores de dermatoses com diferentes localizações da lesão dermatológica, verificando associações entre estresse e localização da lesão dermatológica e comparando pacientes com lesões em rosto e/ou mãos, com pacientes com lesões em outras partes do corpo que não rosto e mãos.

1. Material e Método

Delineamento

Desenvolveu-se um estudo transversal, descritivo, de associação.

Amostra

Constituíram a amostra deste estudo 205 pacientes, adultos, portadores de dermatose, que estiveram em atendimento nos ambulatórios de dermatologia do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (HSL-PUCRS) e do Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre. Foram avaliados e comparados dois grupos, de acordo com o local da lesão dermatológica: um grupo, composto por pacientes com lesões mais expostas (rosto e/ou mãos), e outro, por pacientes com lesões menos expostas (somente outras partes do corpo, que não rosto e/ou mãos). Os pacientes podiam apresentar mais de uma dermatose, e aqueles que tivessem alguma lesão em rosto e/ou mãos, mesmo tendo lesão em outras partes faziam parte do primeiro grupo.

Alguns pacientes apresentavam outro (s) problema (s) de saúde, e não foram avaliados separadamente. Foram excluídos da pesquisa pacientes com diagnóstico de

câncer de pele ou de alguma dermatose/doença maligna, pacientes com HIV/AIDS, que pudessem agravar os níveis de estresse.

Durante a pesquisa, considerou-se pertinente excluir os pacientes que apresentassem lesões ulceradas nas pernas, que, segundo Azulay e Azulay (2004), com frequência têm origem vascular e sanguínea. Tais lesões, por serem mais incapacitantes que as demais dermatoses, inclusive do ponto de vista da locomoção, trazem maiores prejuízos ao indivíduo, podem exigir repouso e interferir nos resultados de qualidade de vida tanto geral, quanto específica. Assim, contou-se inicialmente com 214 sujeitos voluntários, dos quais 8 foram excluídos.

Instrumentos

Para caracterizar a amostra quanto aos dados sócio-demográficos e à dermatose, utilizou-se ficha de dados sócio-demográficos e diagnósticos e ficha de localização da lesão dermatológica para verificar as partes do corpo acometidas.

Foi utilizado o Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp-ISSL (Lipp, 2000). Este instrumento fornece três resultados: verifica a presença ou não de sintomas de estresse, o tipo de sintomatologia existente (se somática, psicológica ou ambas) e a fase do estresse em que o sujeito se encontra. O primeiro resultado permite diagnosticar se o indivíduo está ou não com estresse. Questões como mãos e pés frios, aumento da sudorese, problemas com a memória, cansaço constante, insônia, entre outros, exemplificam os sintomas somáticos. Os sintomas psicológicos podem ser ilustrados pelas questões: aumento súbito de motivação, irritabilidade excessiva, sensação de incompetência em todas as áreas ou angústia/ansiedade diárias.

As fases do estresse são baseadas no modelo quadrifásico. A fase de alerta é a fase positiva do estresse, em que o indivíduo se prepara para a ação, tornando-se mais atento, forte e motivado. O indivíduo entra na fase de resistência quando a fase de alerta se

mantém por longo período ou quando ficam acumulados novos estressores e o organismo tenta evitar o desgaste total. Nesta fase, a vulnerabilidade da pessoa a vírus e bactérias fica acentuada. Na fase de quase-exaustão, a tensão excede o limite do gerenciável, fazendo com que a pessoa consiga pensar lucidamente, rir e trabalhar, dentre outras tarefas, mediante grande esforço. A fase de exaustão é patológica, a mais negativa do estresse. Nesta fase, há um desequilíbrio interior muito grande, podendo ocorrer doenças como pressão alta, psoríase e vitiligo.

Procedimentos de Coleta de Dados

A presente pesquisa teve apreciação e aprovação da Comissão Científica da Faculdade de Psicologia da PUCRS (FAPPSI) e do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), ofício n.º 134/05, bem como foi aprovada sem restrições pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre (CEP/ISCMPA), parecer n.º 850/05. Os pacientes tiveram participação voluntária e mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Realizou-se a coleta de dados de forma individual, nos próprios ambulatórios de dermatologia dos hospitais, numa sala disponível, resguardando a privacidade do paciente. O mesmo era convidado a participar da pesquisa após a consulta com o dermatologista. No HSL-PUCRS, o médico encaminhava o paciente para a pesquisa após a consulta, e no Complexo Hospitalar Santa Casa, a pesquisadora acompanhava a consulta dermatológica, convidando o paciente para a pesquisa ao final da consulta.

Análise de Dados

A análise de dados foi feita por meio de Estatística Descritiva e do Qui-Quadrado. Nas conclusões foi utilizado o nível de significância de 5%. Os dados foram computados e analisados no Programa SPSS, versão 11.5.

Resultados:

Dados sócio-demográficos

Participaram desta pesquisa 205 sujeitos, com idade média foi de 47,43 anos (dp 15,07), mínimo 20 e máximo 81 anos. A maior parte da amostra é do sexo feminino (67,5%). Em relação à escolaridade, 39,3% possui ensino fundamental incompleto, 22,8%, ensino médio completo, estando os demais distribuídos nas outras escolaridades, sendo a minoria (10,6%) com ensino superior completo ou incompleto. A maioria dos sujeitos tem companheiro sendo 51,8% no grupo com lesões em rosto e/ou mãos e 54,7% no grupo com lesões em outras partes do corpo. A maior parte dos pacientes trabalha (55,1%), está aposentada (25,4%) ou é do lar (10,2%) estando os demais em situação de benefício (3,4%), estudando (2,9%) ou desempregados (2,9%). Quanto aos dados sócio-demográficos (idade, $p=0,878$; escolaridade, $p= 0,511$ e sexo, $p= 0,323$), não houve diferença significativa entre os grupos, sendo então possível as comparações pela homogeneidade dos grupos.

Em relação aos diagnósticos, os mais frequentes na amostra total foram manchas, psoríase, dermatites, doenças fúngicas ou vitiligo, como pode ser observado na tabela 1.

Tabela 1. Distribuição e percentual dos diagnósticos da amostra total:

Diagnóstico	n	%
Acne	9	(4,36%)
Manchas	25	(12,13%)
Ceratoses ¹	10	(4,84%)
Psoríase	47	(22,8%)
Dermatites ²	20	(9,70%)
Doenças Fúngicas ³	25	(12,13%)
Queda de cabelo	9	(4,36%)
Vitiligo	18	(8,73%)
Outros diagnósticos menos frequentes ⁴	47	(65%)

¹ceratoses actínica, seborréica, pilar; ²dermatites ocre, atópica, crônica, de contato, herpertiforme, seborréica; ³cândida, fungos, onocomicose; ⁴:alopécia, artrite psoriásica, líquen plano ou esclero-atrófico,

lupus discóide ou eritematoso tímido, pêlos encravados, alergia, verruga, cisto, eczema, granuloma, hanseníase, ictiose, melanose actínica, melasma, dermatofibroma, neurodermatite, paniculite, púrpura pigmentar, urticária, sardas, herpes, pele seca, escabiose, foliculite, rosácea, xantelasma.

Salientamos que o percentual não fecha em 100% por haver pacientes com mais de um problema de pele. Os dados foram analisados a partir da distribuição da amostra total em dois grupos, conforme o local da lesão dermatológica. Dos 141 sujeitos com lesões em rosto e/ou mãos, 42 (29,8%) apresentavam diagnóstico de vitiligo ou psoríase e 99 (70,2%) de outras dermatoses. No grupo de 64 pacientes com lesões em outras partes do corpo, 22 (34,4%) tinham diagnóstico de vitiligo ou psoríase e 42 (65,6%) de outras dermatoses. Realizou-se o Teste de Qui-Quadrado entre os sujeitos com vitiligo ou psoríase e os sujeitos com outras dermatoses não sendo encontradas diferenças significativas entre esses dois grupos ($p=0,228$).

O estresse quanto à localização da lesão dermatológica

Quanto aos resultados do ISSL, encontrou-se que a maioria dos sujeitos apresenta sintomas de estresse, encontra-se na fase de resistência e tem a sintomatologia psicológica como a mais presente. Tais resultados podem ser observados na tabela 2.

Tabela 2. Frequências e Percentuais em relação ao Estresse (n, %)

<i>Apresenta sintomas de estresse</i>	(n, %)
Sim	135 (65,9%)
Não	70 (34,1%)
<i>Fase do estresse</i>	(n, %)
Alerta	5 (2,4%)
Resistência	104 (50,7%)
Quase-Exaustão	16 (7,8%)
Exaustão	10 (4,9%)
Sem diagnóstico de estresse	70 (34,1%)
<i>Sintomatologia mais presente</i>	(n, %)
Área psicológica	96 (46,8%)
Área física	21 (10,2%)
Sem diagnóstico de estresse	70 (34,1%)
Ambas	18 (8,8%)

Quando da comparação entre os dois grupos de localização da lesão dermatológica, os resultados se mantiveram tal qual a amostra total, demonstrando que a maioria dos pacientes apresenta sintomas de estresse, está na fase de resistência e tem a sintomatologia psicológica como a mais presente. Tais dados demonstram que tanto apresentar ou não sintomas de estresse, quanto a fase e a sintomatologia do estresse independem da localização da lesão dermatológica, ou seja, não há evidências de associação entre os resultados do inventário e o local da lesão. A tabela 3 mostra os resultados encontrados em relação ao estresse em ambos os grupos.

Tabela 3. Comparação de Frequências e Percentuais do Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL) entre os grupos:

Variável	Grupo		p
	Rosto e/ou mãos n (%)	outras partes n (%)	
<i>Apresenta sintomas de estresse</i>			
Sim	95 (67,4)	40 (62,5)	0,495
Não	46 (32,6)	24 (37,5)	
<i>Fase do estresse</i>			
Alerta	4 (2,8)	1 (1,6)	0,873
Resistência	74 (52,5)	30 (46,9)	
Quase-Exaustão	11 (7,8)	5 (7,8)	
Exaustão	6 (4,3)	4 (6,3)	
Sem Diagnóstico	46 (32,6)	4 (37,5)	
<i>Sintomatologia mais presente</i>			
Área psicológica	66 (46,8)	30 (46,9)	0,815
Área Física	16 (11,3)	5 (7,8)	
Ambas	13 (9,2)	5 (7,8)	
Sem Diagnóstico	46 (32,6)	24 (37,5)	

“p” dado pelo Teste de Qui-quadrado

Discussão

O alto índice de sintomas de estresse destacou-se entre os dois grupos, não havendo evidências de associação entre os resultados do ISSL e o local da lesão. A maior parte da amostra apresenta sintomas de estresse, além de grande parte estar na fase de resistência, caracterizada pela grande utilização de energia, podendo gerar sensação de desgaste generalizado sem causa aparente e dificuldades com a memória, dentre outras conseqüências (Lipp, 2003).

O grande número de sujeitos na fase de resistência aponta a necessidade dos dermatologistas estarem atentos a outros fatores que contribuam para o problema de pele, na medida em que tal fase também se caracteriza pela tentativa do organismo em restabelecer o equilíbrio interior (homeostase) que foi quebrado na fase de alerta. Esta última é caracterizada pela produção e ação da adrenalina, tornando o indivíduo mais atento, forte e motivado, sendo uma fase positiva do estresse (Lipp, 2000).

Assim como no estudo de Silva, Muller e Bonamigo (2006), a fase de resistência em que se encontra a maioria dos sujeitos desta pesquisa evidencia uma tentativa automática de manter a homeostase interna por parte deles. Souza, Carvalho, Rocha, Lages, Calvetti e Castoldi (2005) concordam com esta idéia quando falam da função da pele de revestir e delimitar o organismo, protegendo-o de agentes externos e sendo fundamental na manutenção do equilíbrio interno.

Segundo Lipp (2000) e Selye (1965), pode haver uma quebra da resistência se persistirem os fatores estressantes em freqüência ou intensidade, podendo o indivíduo passar para uma fase mais grave do estresse. Desta forma, fica evidenciada a importância de intervenções junto a estas pacientes com o objetivo de ajudá-los a controlar o estresse, prevenindo situações mais sérias.

No aspecto da sintomatologia, entre sintomas somáticos, psicológicos ou ambos, os sujeitos apresentaram predominantemente sintomatologia psicológica, ilustradas por sintomas como angústia/ansiedade diária, dúvida quanto a si próprios, vontade de fugir de tudo, entre outros. Souza, Carvalho, Rocha, Lages, Calvetti e Castoldi (2005) referem que o estresse emocional comumente acompanha os problemas dermatológicos, influenciando, então, nas alterações da pele.

Taborda, Weber e Freitas (2005), avaliando prevalência de sofrimento psíquico em pacientes com dermatoses psicocutâneas (as presentes no estudo foram acne vulgar, vitiligo, psoríase, urticária, dermatite atópica e alopecia areata), apontam que as doenças crônicas, de longa duração e inestéticas, como o vitiligo, podem estar associadas a maior grau de sofrimento psíquico, dado que também corrobora com os achados da presente pesquisa.

As autoras ressaltam também a questão da aparência, “as lesões hipocrômicas do vitiligo são extremamente inestéticas, muitas vezes trazendo disfunção emocional que requer intervenção psicológica” (p.354), o que salienta o prejuízo emocional destes pacientes.

A autora do instrumento utilizado no presente estudo (Lipp, 2000) refere que uma maior incidência em determinada área demonstra a maior vulnerabilidade da pessoa na mesma; por exemplo: há pessoas que, quando estressadas, podem desenvolver ansiedade ou depressão, e outras que podem apresentar algum sintoma físico.

Este entendimento do instrumento, bem como os resultados de estresse da presente pesquisa reforçam a noção da inseparabilidade psique-corpo concebida na psicossomática, para a qual não existe uma dualidade mente-corpo. Isto porque os pacientes da pesquisa possuem um sintoma físico desenvolvido, a dermatose, e apresentam uma vulnerabilidade maior para desenvolver estresse na área psicológica, o que evidencia o acometimento do

sujeito como um todo inteiro, bem como a constante inter-relação de aspectos físicos e emocionais.

Os resultados desta pesquisa podem ser entendidos como a totalidade dos pacientes se mostrando afetada: o corpo (aspectos físicos), através da dermatose, e o psiquismo (aspectos psicológicos) através da sintomatologia psicológica predominante, bem como pelo sofrimento relatado por essas pessoas.

Nesta linha de raciocínio, a pele parece ser a “válvula de escape” via corpo nestes pacientes, através da qual são manifestados os sofrimentos. Desta forma, pode-se pensar no processo de estresse nos pacientes dermatológicos como um excesso/sofrimento emocional que se manifesta na pele, não estando presentes, então, outras sintomatologias físicas do estresse (insônia, taquicardia, sudorese, entre outros), predominando a sintomatologia psicológica.

Relacionado a este entendimento, Souza, Carvalho, Rocha, Lages, Calvetti e Castoldi (2005) apontam o acompanhamento psicoterápico focalizado nos fatores percebidos como desencadeantes da psicodermatose, bem como nos fatores de estresse presentes no dia-a-dia, como uma possibilidade de encontrar “uma nova forma de simbolização em que a pele deixe de ser o veículo de expressão do sofrimento” (p.173).

A presente pesquisa averiguou a influência da lesão de pele nos níveis de estresse, a fim de verificar diferenças entre indivíduos com lesões menos ou mais expostas, e não o estresse como fator desencadeante da dermatose. Futuros estudos poderiam aprofundar a questão psicossomática, avaliando severidade da doença, intensidade de sintomas e local da lesão de acordo com a sintomatologia do estresse, investigando se existe associação entre sintomatologia psicológica e severidade da doença, por exemplo.

Levando em consideração que o sistema nervoso e a pele têm a mesma origem embrionária (Montagu, 1988), estando, pois, em estreita ligação, pode-se ressaltar o quanto

o estresse na fase de resistência determina uma piora na dermatose, e o quanto se deveria propor trabalhos e intervenções para atingir múltiplas variáveis no tratamento. É preciso intervir além da superfície da pele, e buscar alcançar também o psiquismo e o comportamento.

Os resultados deste estudo permitem inferir que os prejuízos em relação a ter ou não sintomas de estresse, sua fase e a sintomatologia predominante são semelhantes nos pacientes dermatológicos, independentemente da localização da lesão de pele. A presença de uma doença de pele provoca estresse, independente de ser ou não exposta, e este é um dado que reforça a necessidade de um trabalho médico-psicológico integrado junto a estes pacientes (Müller, 2005).

Uma hipótese para não terem sido encontradas diferenças significativas em relação ao estresse nos dois grupos pode estar relacionada à própria variável aqui estudada, o estresse, pois talvez os maiores prejuízos em termos de visibilidade das lesões estejam relacionados à auto-estima e à auto-imagem, mais especificamente, visto que os autores referem que lesões visíveis causam constrangimento nos pacientes (Fonseca e Campos, 2003).

Além disso, poderiam ser considerados aspectos como variáveis sazonais, relações interpessoais e auto-conceito, através de instrumentos específicos. Avaliar a percepção do paciente sobre a gravidade da sua doença seria uma medida importante, possibilitando comparar prejuízos entre grupos com diferentes locais de lesão, mas com a mesma percepção de gravidade da doença.

Na literatura são encontradas diferentes argumentações em relação a tal variável. No estudo de Salek e colaboradores (1993) a qualidade de vida não está relacionada a esta variável, no de Kent e Keohane (2001), a extensão da visibilidade é mais importante que a gravidade e no de Thompson, Wilkinson, Sommer e Pollock (2002), a qualidade de vida

não varia de acordo com o local do corpo afetado, mas proporcionalmente à percepção de gravidade por parte do paciente.

Kiebert, Sorenson, Revicki, Fagan, Doyle, Cohen e Fivenson (2002) fizeram um estudo no qual era solicitado ao paciente que avaliasse a gravidade da sua doença (leve, moderada ou severa), e os autores sugerem o uso de parâmetro clínico para avaliar a gravidade.

Salienta-se também a noção de imagem corporal, entendida como mais influenciada pelas condições emocionais do que por características físicas concretas (Capisano, 1992). Root, Kent e Al'Abadie (1994) estudaram pacientes com psoríase e constataram um maior grau de desadaptação social associado à percepção de gravidade da doença que à realidade concreta da mesma, achados estes que reforçam a noção da imagem corporal.

Pode-se inferir o quanto a singularidade de cada pessoa é importante, desde a forma de lidar com o problema de pele, que impede algumas de se expor, e a outras não, assim como de se sentirem mal quando da exposição e outras não. Um estudo qualitativo com pacientes de vitiligo (Thompson, Kent & Smith, 2002) corrobora esta idéia. Foram entrevistadas mulheres com a doença, com o intuito de entender seu impacto e as formas com que cada participante lida com esta doença crônica e desfigurativa, sendo um dos achados a questão de que, mesmo quando uma variável é identificada como relevante, não está claro como efetivamente esta variável influencia a forma de as pessoas verem a si mesmas e as suas relações com os outros.

É pertinente considerar também as características de personalidade dos sujeitos, visto que a forma como o indivíduo vai perceber e interpretar as situações ao seu redor, inclusive a própria dermatose, vai estar sendo influenciada por suas características pessoais (Mingorance, Loureiro, Okino & Foss, 2001).

Uma das limitações do estudo foi não ter avaliado separadamente os sujeitos que possuíam outro problema de saúde além do de pele, o que pode ter interferido nos resultados do ISSL, por talvez ter captado prejuízos relativos a esta outra patologia que não a de pele.

Outros estudos sobre a pele, a fim de desvendar suas repercussões na vida dos pacientes podem ser realizados. Quanto mais claros são os fatores que influenciam na dermatose, mais instrumentalizados ficam os profissionais que atuam junto a estes pacientes e mais capazes de esclarecer as variáveis e ensinar os pacientes a lidarem de forma mais responsável e ativa no seu problema de pele, melhorando tanto as condições da pele quanto a sua vida como um todo.

Considerações Finais

É importante salientar que, embora não existam diferenças significativas entre os dois grupos neste estudo, o estresse apareceu como um aspecto presente nos pacientes. Assim, está implicada a questão psicossomática, o entendimento do indivíduo como um ser biopsicossocial, em que os aspectos físicos e emocionais são indissociáveis, na medida em que as lesões na pele influenciam os sentimentos e as reações, sejam físicas e/ou emocionais da pessoa acometida dermatologicamente, da mesma forma que não podemos esquecer o quanto as manifestações cutâneas deixam expostas ao olhar do outro as emoções do indivíduo.

Os avanços da psicodermatologia, psiconeuroimunologia e do entendimento da influência dos aspectos emocionais nas doenças de pele caminham não apenas em direção a um entendimento integrado do indivíduo, mas principalmente em direção a um trabalho integrado médico-psicológico.

Por fim, os resultados desta pesquisa reforçam a necessidade de um olhar multifatorial do profissional da saúde no entendimento da doença do paciente, bem como na forma de se comunicar com o mesmo e de intervir.

Frente à complexidade que compõe o adoecimento dermatológico, o profissional da saúde que atende estes pacientes se depara com um desafio muito grande: o de enxergar o paciente para além da sua pele, assim como auxiliá-lo para que ele próprio consiga fazer o mesmo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO

Este estudo trouxe algumas contribuições importantes no que diz respeito à influência da localização da lesão na qualidade de vida e no estresse em pacientes dermatológicos, posto que alguns dados foram diferentes do esperado por muitos que atuam junto a esta população. Não terem sido encontradas diferenças significativas dos prejuízos entre pacientes com lesões mais expostas (rosto e/ou mãos) e pacientes com lesões menos expostas (outras partes do corpo) suscitou uma extensa discussão, abarcando variáveis como: gravidade da doença, extensão das lesões, inclusão de diferentes dermatoses, características pessoais e de personalidade, dentre outras que aqui se iniciaram, mas que certamente têm muito a serem desbravadas.

Diversos estudos, inclusive a presente dissertação, encontraram diferenças nos prejuízos de qualidade de vida nos pacientes dermatológicos de acordo com o local da lesão. O que se percebe é que os achados não são totalmente congruentes, visto que os prejuízos variam de um estudo para outro. Os dados permitem inferir que o fato de ser pele, de ser visível, por si só, parece aproximar os prejuízos entre os pacientes com dermatoses, não importando se há lesão em partes mais expostas, como rosto e mãos. O fato de ter lesão na pele, por si só, torna próximo o sofrimento dos pacientes dermatológicos uns com os outros. A lesão pode ser em partes do corpo possíveis de esconder ou disfarçar, mas o paciente “sabe-a lá”.

Esta pesquisa não termina em si mesma, mas sim, possibilita novos questionamentos sobre a temática, bem como abre portas para futuras investigações no assunto. Avaliar a influência da visibilidade da lesão de pele na vida do indivíduo configura-se num desafio, por tratar de um aspecto subjetivo e por hora mais profundo do que as variáveis aqui levantadas.

Ressalta-se a necessidade de uma avaliação contínua da qualidade de vida bem como de outras variáveis psicológicas, que configuram importantes medidas, inclusive no desenvolvimento da relação médico-paciente, no sentido de sensibilizar ainda mais o profissional para o sofrimento dos indivíduos acometidos por doenças de pele, assim como uma maior possibilidade de olhar cada caso em particular.

Como sugestão, uma forma mais controlada de medir o prejuízo de acordo com o local da lesão poderia ser um estudo qualitativo e quantitativo, em que o paciente marcasse fidedignamente na ficha de localização da lesão as partes do corpo acometidas. A partir disto, pontuaria o grau de insatisfação com cada lesão, bem como os motivos que atribui à sua insatisfação, podendo avaliar o quanto cada lesão o incomoda e por que.

Pesquisas, inclusive na área da Psicologia da Saúde sobre o tema são fundamentais na medida em que acontecem a partir de um prisma/olhar diferente do médico dermatologista, tornando os profissionais médicos e psicólogos complementares no entendimento e intervenção junto aos pacientes dermatológicos. Através dos estudos como este, é possível sensibilizar ainda mais os profissionais que atuam junto a pacientes dermatológicos, bem como esclarecer aos próprios pacientes e às pessoas com quem se relacionam. Desta forma, existe a conscientização do sofrimento do paciente dermatológico por parte dos profissionais e das pessoas em geral, a possibilidade de identificação dos pacientes com os demais que sofrem do mesmo problema, bem como um esforço em prol da divulgação do conhecimento, melhorando rotinas de atendimento e as relações interpessoais nos diferentes âmbitos da vida dos pacientes, na medida em que se esclarece a população quanto a não contaminação, por exemplo.

Este trabalho possibilitou um olhar mais profundo sobre os pacientes dermatológicos; não só a inserção nas equipes de dermatologia, em especial na equipe da Santa Casa, como também permitiu um contato maior com a forma de o profissional

dermatologista compreender as afecções de pele, uma troca de conhecimento entre diferentes áreas, bem como uma experiência de um trabalho médico psicológico integrado. Isso tudo possibilitado através de uma observação de pesquisadora e não de psicóloga da equipe.

A experiência esta pesquisa só veio a reiterar a idéia da necessidade de um trabalho biopsicossocial junto a estes pacientes. Isto ficou claro tanto através de seus relatos, do quanto percebem a influência dos aspectos emocionais na sua doença, como pelos próprios dermatologistas, que percebem com facilidade a necessidade de atendimento psicológico quando há comorbidade psiquiátrica, aceitam bem o profissional psicólogo, e certamente se beneficiariam de uma compreensão da dermatose para além da comorbidade psiquiátrica.

Uma vivência importante de ser lembrada foi a passagem entre dois grupos de pesquisa, no decorrer da dissertação. Esta experiência possibilitou a abertura para novos conhecimentos e discussões, diferentes formas de se trabalhar em equipe, bem como ampliou a rede de contatos e as produções.

Por fim, refiro-me à pele como um órgão do corpo que merece atenção, que expressa beleza e que, embora grande parte das vezes benignas (no caso desta pesquisa, todas benignas), as doenças de pele influenciam na vida do paciente. O acometimento dermatológico não mata do ponto de vista físico, mas muitas vezes pode ser a causa de portas que se fecham na vida do paciente, assim como o motivo que o leva a se fechar para muitas situações da vida.

REFERÊNCIAS

- Aghaei, S., Sodaifi, M., Jafari, P., Mazharinia, N., Finlay, A. Y. (2004). DLQI scores in vitiligo: reability and validity of the Persian version. BMC Dermatology, 4 (8).
- Amorim-Gaudêncio, C.; Roustan, G.; Sirgo, A. (2004). Evaluation of Anxiety in Chronic Dermatoses: Differences between Sexes. Revista Interamericana de Psicologia, 38 (1), 105-114.
- Anzieu, D. (1989). O Eu-Pele. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Asadi, K.; Usman, A. (2001). The role of psychological stress in skin disease. Journal of Cutaneous Medicine and Surgery, 5, (2).
- Azambuja, R.P. (2000). Dermatologia Integrativa: a pele em um novo contexto. Anais Brasileiros de Dermatologia, 75 (4), 393-420.
- Azulay, D. A. & Azulay, R. A. (2004). Dermatologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Azulay, R.D & Azulay, D.R. (1992). Dermatologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Badia, X., Mascaró, J. M & Lozano, R. (1999). Measuring health-related quality of life in patients with mild to moderate eczema and psoriasis: clinical validity, reability and sensitivity to change of the DLQI. British Journal of Dermatology, 141, 698-702.
- Balkrishnan, R., McMichael, A. J., Hu, J. Y., Camacho, F. T., Shew, K. R., Bouloc, A. Rapp & Feldman, S. R. (2006). Correlates of health-related quality of life in women with severe facial blemishes. International Journal of Dermatology, 45, 111-115.
- Capisano, H. F. (1992) Imagem Corporal (179-192). In: J. Mello Filho (Org.), Psicossomática Hoje. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ciconelli, R.M. (1997). Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade “Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey (SF-36)”. Tese de Doutorado não-publicada, UNIFESP, Escola Paulista de Medicina, São Paulo.

- Ciconelli, R.M., Ferraz, M.B., Santos, W., Meinão, I. & Quaresma, M.R. (1999). Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). Revista Brasileira de Reumatologia, 39 (3), 143-150.
- Coghi, S.L. (2005). Avaliação da qualidade de vida dos pacientes adultos com dermatite atópica. Dissertação de Mestrado em Ciências não-publicada, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Du Vivier, A., McKee, P.H. (1997). Atlas de Dermatologia Clínica (2.ªed.). São Paulo: Editora Manole Ltda.
- Fagot-Largeault, A. (2001). Reflexões sobre a Noção de Qualidade de Vida. Revista de Direito Sanitário 2 (2), 82-107.
- Ferraz, L.B., Almeida, F. A., Vasconcellos, M.R., Faccina, A. S., Ciconelli, R.M. & Ferraz, M.B. (2005). The impact of lupus erythematosus cutaneous on the Quality of Life: The Brazilian-Portuguese version of DLQI. Quality of Life Research, 15, 546-570.
- Finlay, A.Y. & Khan, G.K. (1994). Dermatology Life Quality Index (DLQI): a simple practical measure for routine clinical use. Clinical and Experimental Dermatology, 19, 210-216.
- Fitzpatrick, T. (Org.). Dermatology (3.ª ed.). New York: International Edition, 1997.
- Fleck, M., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L. & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. Revista de Saúde Pública 34 (2), 178-183.
- Fonseca, G. F., Campos, L. C. (2003). Vitiligo. Acta Médica, 24, 644-653.
- Fortune, D.G.; Main, C.J.; O’Sullivan, T.M.; Griffiths, C.E.M. (1997). Assessing illness-related stress in psoriasis: the psychometric properties of the psoriasis life stress inventory. Journal of Psychosomatic Research, 42 (5), p. 467-475.

- Galiás, I. (2002). Psiquiatria e Dermatologia: o estabelecimento de uma comunicação bidirecional. Junguiana: Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica, 20, 57-72.
- Ginsburg, I. H. (1996). The psychosocial impact of skin disease: an overview. Dermatologic Clinics, 14 (3), 473-484.
- Ginsburg, I. H. (2002). La adaptación a las enfermedades crónicas: sistemas y estrategias. In: F. Grimalt & J. A. Cotterill (Orgs.), Dermatología y Psiquiatría: historias clínicas comentadas (pp. 245-252). España: Aula Medica Ediciones.
- Grimalt, F.; Peri, J.M.; Torres, X. (2002). Transtornos psicológicos en enfermos dermatológicos no afecto de una psicodermatosis reconocida como tal. In: Grimalt, F.; Cotterill, J. A. Dermatología y Psiquiatría: Historias clínicas comentadas. España: Aula Medica Ediciones. p. 37-56.
- Grob, J. J., Revuz, J., Ortonne, J. P., Auquier, P. & Lorette, G. (2005). British Journal of Dermatology, 152, 289-295.
- Gupta M. A. & Gupta A. K. (2003). Psychiatric and psychological co-morbidity in patients with dermatologic. American Journal of Clinical Dermatology, 4 (12), 833-842.
- Hautmann, G. & Panconesi, E. (1997). Vitiligo: A Psychologically Influenced and Influencing Disease. Clinics in Dermatology, 15, 879-890.
- Hisada, S. (2003). Conversando sobre a doença. Rio de Janeiro: Ed. Revinter.
- Hoffmann, F. S, Zogbi, H., Fleck, P. & Müller, M.C. (2005). A integração mente e corpo em psicodermatologia. Psicologia: Teoria e Prática, 7 (1), 51-60.
- Hutchings, C. V., Shum, K. W. & Gawkrödger, D. J. (2001). Occupational contact dermatitis has an appreciable impact on quality of life. Contact Dermatitis, 45, 17-20.
- Kadyk, D., McCarter, K. & Achen, F. (2003). Quality Of Life in patients with allergic contact dermatitis. Journal of the American Academy of Dermatology, 49 (6), 1037-1048.

- Kent, G. & Keohane, S. (2001). Social anxiety and disfigurement: The moderating effects of fear of negative evaluation and past experience. British Journal of Clinical Psychology, 40, 23-34.
- Kiebert, G., Sorenson, S. V., Revicki, D., Fagan, S. C., Doyle, J.J., Cohen, J. & Fivenson, D. (2002). Atopic dermatitis is associated with a decrement in health-related quality of life. International Journal of Dermatology, 41, 151-158.
- Koblenzer, C. S. (1983). Psychosomatic Concepts in Dermatology. Archives of Dermatology, 119, 501-512.
- Kurwa, H.A.; Finlay, A.Y. (1995). Dermatology in-patient management greatly improves life quality. British Journal of Dermatology, 133, 575-578.
- Lipp, M. (2003). Stress: Evolução Conceitual. In: Lipp, M.N. (org). Mecanismos Neurofisiológicos do Stress: Teoria e Aplicações Clínicas. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- _____. (2000). Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- _____. (2003). O modelo quadrifásico do stress. In: M. N. Lipp (Org), Mecanismos neurofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas (pp. 15-21). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- _____. (org). (1996). Pesquisas sobre stress no Brasil. São Paulo: Papyrus.
- Lundberg, L., Johannesson, M., Silverdahl, M., Hermansson, C. & Lindberg, M. (2000). Health-related Quality of Life in Patients with Psoriasis and Atopic Dermatitis Measured with SF-36, DLQI and Subjective Measure of Disease Activity. Acta Derm Venereol, 80, 430-434.
- Lundberg, L., Johannesson, M., Silverdahl, M., Hermansson, C. & Lindberg, M. (1999). Quality of life, health-state utilities and willingness to pay in patients with psoriasis and atopic eczema. British Journal of Dermatology, 141, 1067-1075.

- Martins, G. A., Arruda, L. & Mugnaini, A. S. B. (2004). Validação de questionários de avaliação da qualidade de vida em pacientes de psoríase. Anais Brasileiros de Dermatologia, 79 (5), 521-535.
- Mello Filho, J. (2002). Concepção psicossomática: visão atual. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Mingnorange, R. C., Loureiro, S. R. & Okino, L. (2002). Pacientes com psoríase: qualidade de vida e adaptação psicossocial. Anais Brasileiros de Dermatologia, 77 (2), 147-159.
- Mingorange, R.C., Loureiro, S. R., Okino, L. & Foss, N. T. (2001). Pacientes com psoríase: adaptação psicossocial e características de personalidade. Medicina, 34, 315-324.
- Moffaert, M.(1992) Psychodermatology: na overviem. Psychotery Psychosomatic, 58, 125-136.
- Mondarto, P. D., Cutrim Júnior, R. J. C., Mello Filho, J. (2000). Grupos com Pacientes Dermatológicos. In: J. Mello Filho (Org.), Grupo e Corpo: Psicoterapia de grupo com pacientes somáticos (pp. 233-246). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Montagu, A. (1988). Tocar: o significado humano da pele. São Paulo: Summus.
- Müller, M. C. (2005) Psicossomática: uma visão simbólica do vitiligo. Vetor Editora: São Paulo.
- Müller, M. C., Ramos, D. G. (2004). Psicodermatologia: uma interface entre Psicologia e Dermatologia. Psicologia: Ciência e Profissão, 24 (3), 76-81.
- Müller, M., Cenci, C, Hoffmann, F., Boschetti, A., Kim, D., Redivo, L. & Ludwig, M. (2001). Os diferentes significados psicológicos da pele. Revista de Filosofia e Ciências Humanas 18 (1), 63-73.
- Nadelson, T. (1978). A person's boudaries: a meaning of skin disease. Cutis 5, 90-94.
- Niemeier, V., Klein, H., Gieler, U., Schill, W. & Kupfer J. (2005). Stress and psoriasis: a psychoneuroimmunological study. Psychotherapie, psychosomatik, medizinische psychologie 55 (1), 20-8.

- O'Leary, C. J., Creamer, D., Higgins, E. & Weinman, J. (2004). Perceived stress, stress attributions and psychological distress in psoriasis. Journal of Psychosomatic Research, 57 (5), 465-471.
- Ongenaes, K., Beelaert, L., Geel, N. V. & Naeyaert, J. M. (2006). Psychosocial effects of vitiligo. European Academy of Dermatology and Venereology, 20, 1-8.
- Paldaof, H, Leroux, M. B. & Fernández Bussy, R. (2001). Del estrés a las psicodermatosis: breve guía para comprender la etiopatogenia de las dermatosis inducidas por el estrés. Archivos argentinos de dermatología, 51 (1), 9-14.
- Panconesi, E. (2000). Dermatología psicósomática: pasado y futuro. Internacional Journal of Dermatology, 39, 732-734.
- Panconesi, E.; Hautmann, G. (1996). Psychophysiology of Stress in Dermatology. Dermatologic Clinics, 14 (3).
- Perrot, S. B., Murray, A. H., Lowe, J. & Mathieson, C. M. (2000). The psychosocial impact of psoriasis: physical severity, quality of life, stigmatization. Physiology & Behavior, 70 (5), 567-571.
- Picardi, A. & Abeni, D. (2001). Stressful life events and skin diseases: Disentangling evidence from myth. Psychotherapy and Psychosomatics, 70 (3), 118-136.
- Picardi, A.; Porcelli, P.; Pasquín, P.; Fassone, G. Et al. (2006). Integration of Multiple Criteria for Psychosomatic Assessment of Dermatological Patients. Psychosomatics, 47 (2), p.122-8.
- Pinho Junior, A. (2003). Stress e Imunidade. In: M. N. Lipp (Org.), Mecanismos neurofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas (pp. 54-56). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Rocha, T. N. (2003). Atendimento Dermatológico Integrativo-uma contextualização do atendimento médico sob a ótica integrativa. Anais Brasileiros de Dermatologia, 78 (5), 619-624.
- 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, 234-237.
- Salek, M. S, Finlay, A. Y., Luscombe, D. K., Allen, B. R., Jones, J. B., Camp, R. D. R., Brown, R. A. C. G., Khan, G. K., Marks, R., Motley, R. J., Ross, J. S., & Sowden, J. M. (1993). Cyclosporin greatly improves the quality of life of adults with severe atopic dermatitis: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. British Journal of Dermatology, 129, 422-430.
- Sampaio, S. A. P., Rivitti, E. A. (2001). Dermatologia. São Paulo: Artes Médicas.
- Schimid, G., Jaeger, B. & Lamprecht, F. (1996). Dimensions of stigmatization in patients with psoriasis in a 'questionnaire on experience with skin complaints'. Dermatology, 193, 304-10.
- Schmid, G., Kuensebeck, H. W., Jaeger, B., Werfel, T., Frahm, K., Ruitman, J., Kapp. A. & Lamprecht, F. (1999). Validity study for the stigmatization experience in atopic dermatitis and psoriatic patients. Acta Dermato-Venereologica, 79, (6), 443-447.
- Seidl, E. & Zannon, C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cadernos de Saúde Pública 20 (2), 580-588.
- Selye, H. (1965). Stress: a tensão da vida. São Paulo: IBRASA.
- Shah, M. & Coates, M. (2006). An assessment of the quality of life in older patients with skin disease. British Journal of Dermatology, 154, 150-153.

- Shikiar, R., William, K. M., Okun, M. M., Thompson, C. S. & Revicki, D. A. (2006). The validity and responsiveness of three quality of life measures in the assessment of psoriasis patients: results of a phase II study. Health and Quality of Life Outcomes, 4 (71).
- Silva, J. D. T., Müller, M. C., Bonamigo, R. R. Estratégias de *coping* e níveis de estresse em pacientes portadores de psoríase. Anais Brasileiros de Dermatologia, 81 (2), 2006.
- Silvan, M. (2004). The Psychological Aspects of Vitiligo. Cutis, 73, 163-167.
- Souza, A.P.F.S.; Carvalho, F.T; Rocha, K.B.; Lages, M.N.; Calvetti, P.Ü.; Castoldi, L. (2005). Associação de eventos estressores ao surgimento ou agravamento de vitiligo e psoríase. Psico, 36, 2, p.167-174.
- Stangier, U. & Ehlers, A (2000). Stress and anxiety in dermatological disorders. In: D. H. Barlow & D. I. Mostofsky, The management of stress and anxiety in medical disorders. (pp. 304-333). Needham Heights, MA, EUA: Allyn & Bacon.
- Steiner, D. & Perfeito, F. (2003). A relação entre stress e doenças dermatológicas. In: M. N. Lipp (Org.), Mecanismos neurofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas (pp. 111-114). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Strauss, G. (1989). Skin Disorders. Baltimore: Williams Wilkins.
- Taborda, M. L. V. V., Weber, M. B. & Freitas, E. S. (2005). Avaliação da prevalência de sofrimento psíquico em pacientes com dermatoses do espectro dos transtornos psicocutâneos. Anais Brasileiros de Dermatologia, 80 (4), 351-4.
- Thompson A. R. & Kent, G. (2001). Adjusting to disfigurement: process involved in dealing with being visibly different. Clinical Psychology Review, 21, 663-682.
- Thompson, A. R., Kent, G., Smith, J. A. (2002). Living with vitiligo: dealing with difference. British Journal of Health Psychology, 7, 213-225.
- Thomson, K. F, Wilkinson, S. M., Sommer, S. & Pollock, B. (2002). Eczema: quality of life by body site and the effect of patch testing. British Journal of Dermatology, 146, 627-630.

- Tiedra, A., Mercadal, J., Badía, X., Mascaró, J., Herdman, M. & Lozano, R. (1998). Adaptación transcultural al español del cuestionário Dermatology Quality Index (DLQI): El Índice de Calidad de Vida em Dermatología. Actas Dermato-Sifiliográficas, 89, 692-700.
- Vivas, C. J. R. & Serritiello, L. S. (2002). Cinco casos demostrativos de un estudio psicossomático en enfermos psoriáticos. Archivos del Hospital Vargas, 44, (1/2), 60-67.
- Ware, J. E. & Gandek, B. (1994). The SF-36 survey: development and use in mental health research and the IQOLA Project. International Journal of Mental Health, 23, 49-73.
- Wittkowski, A, Richards, H. L, Griffiths, C. E. M. & Main, C. J. (2004). The impact of psychological and clinical factors on quality of life in individuals with atopic dermatitis. Journal of Psychosomatic Research, 57 (2), 195-200.
- Yang, H. Y., Sun, C., Wu, Y. C. & Wang, J. D. (2005). Stress, insomnia, and chronic idiopathic urticaria: a case-control study. Journal of the Formosan Medical Association 104 (4), 254-263.
- Yazici, K., Baz, K., Yazici, A. E., Köktürk, A., Tot, S., Demirseren, D., & Buturakt, V. (2004). Disease-specific quality of life is associated with anxiety and depression in patients with acne. European Academy of Dermatology and Venereology JEADV, 18, 435-439.
- Zogbi, H. (2004). Avaliação de qualidade de vida em pacientes com dermatoses: estudo de adaptação e validação do Dermatology Life Quality Index (DLQI) para uma amostra sul-brasileira. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica não-publicada, Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Zogbi, H., Ludwig, M. W. B. & Müller, M. C. (2006). A pele como órgão de relação e suas implicações no psiquismo. In: B. S. G. Werlang & M. S. Oliveira (Orgs), Temas em Psicologia Clínica. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Zogbi, H., Müller, M. C., Protas, J. S., Kieling, C. M. & Driemeier, F. M. (2005). Dermatologia e psicossomática: adaptação e validação DLQI (Dermatology Life Quality Index) para uma amostra brasileira. Portal de Psiquiatria: Psiqweb-Psiquiatria Geral [Online]. Disponível em <http://virtualpsy.locaweb.com.br/index>.

ANEXOS



Rua Prof. Annes Dias, 285 - Telefone: (51) 3214.8080 - Fax: (51) 3214.8585
 CEP 90020-090 - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - CNPJ: 92815000 0001-68
 Site: www.santacasa.org.br - E-mail: marketing@santacasa.tche.br



Compromisso com a excelência

PARECER CONSUBSTANCIADO

Protocolo nº 1171/05

Parecer nº 850/05

Título: "O adocimento da pele: um estudo de Qualidade de Vida, Estresse e localização da lesão Dermatológica".

Pesquisador Responsável: Roberto Lopes Gervini

Instituição onde se realizará – Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

Data de Entrada: 09/11/05

II - Objetivos – Apontar índices de qualidade de vida genérica e específica em pacientes portadores de dermatoses; verificar níveis de estresse em pacientes dermatoses; identificar a localização da lesão dermatológica; examinar se há associação entre localização da lesão e as demais variáveis; comparar nível de qualidade de vida geral e específica entre pacientes com lesões de localização rosto e mãos e resto do corpo.

III - Sumário do Projeto

Descrição e caracterização da amostra: Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de associação, no qual serão avaliados e comparados em dois grupos. Serão sujeitos desta pesquisa pacientes adultos (a partir de 20 anos), portadores de qualquer dermatose, que estejam no mínimo na terceira consulta naquele local. A coleta será feita no Ambulatório de Dermatologia do Complexo Hospitalar Santa Casa e no Ambulatório de Dermatologia do Hospital São Lucas da PUCRS. A amostra será composta por no mínimo 200 pacientes, com base em outros estudos pesquisados.

Crêterios de Inclusão/Exclusão: Os sujeitos deverão ser adultos (acima de 20anos de idade), possuir alguma dermatose e estar no mínimo na terceira consulta, para que haja maiores chances de um diagnóstico definido. Serão excluídos desta pesquisa, pacientes que tenham câncer de pele ou outro doença mais severa, como HIV/AIDS, que possa agravar o problema de pele ou gerar dúvidas quanto aos índices de estresse e qualidade de vida.

Adequação das condições - Hospital escola com infra-estrutura adequada para a realização do estudo descrito.

IV -Comentários:

- **Justificativa do uso de placebo** – Não se aplica.

- **Análise de riscos e benefícios** – Adequado.

Adequação do termo de consentimento e forma de obtê-lo – O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, escrito de forma clara, apresenta os objetivos, a justificativa, e os benefícios científicos

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/ISCMPA Fone/Fax (51) 3214-8571 – e-mail:cep@santacasa.tche.br
 Reconhecido: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP / Ministério da Saúde
 IRB – Institutional Review Board pelo U.S. Department of Health and Human Services (DHHS)
 Office for Human Research Protections (ORPH) sob número - IRB00002509.
 FWA – Federalwide Assurance sob número - FWA00002949.



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

Rua Prof. Amnes Dias, 285 - Telefone: (51) 3214.8080 - Fax: (51) 3214.8585
 CEP 90020-090 - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - CNPJ: 92815000.0001-68
 Site: www.santacasa.org.br - E-mail: marketing@santacasa.tche.br



Compromisso com a excelência

esperados pela pesquisa, explicita os meios mediante os quais será realizada e garante a informação atualizada quanto ao estudo, o sigilo, as respostas às perguntas e a possibilidade de desistência a qualquer momento para os sujeitos da mesma. Estão indicados os telefones para localização da pesquisadora se o sujeito da pesquisa necessitar entrar em contato.

- **Informação adequada quanto ao financiamento** – A pesquisadora arcará com as despesas previstas e especificadas no orçamento do projeto de pesquisa, perfazendo um total de R\$ 1.408,00.

- **Outros centros no caso de estudos multicêntricos** - Não se aplica.

V -**Parecer** – *“Após avaliação do projeto acima descrito, o presente comitê não encontrou óbices para o seu desenvolvimento em nossa Instituição”.*

VI -**Data da Reunião:** 06/12/05.

“Projeto e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Aprovados”

Obs.: 1 - O pesquisador responsável deve encaminhar à este CEP, Relatórios de Andamento dos Projetos desenvolvidos na ISCMPA. Relatórios Parciais (pesquisas com duração superior à 6 meses), Relatórios Finais (ao término da pesquisa) e os Resultados Obtidos (cópia da publicação).

2 – *Para o início do projeto de pesquisa, o investigador deverá apresentar a chefia do serviço (onde será realizada a pesquisa), o Parecer Consubstanciado de aprovação do protocolo pelo Comitê de Ética.*

Porto Alegre, 21 de dezembro de 2005.

Dr. Claudio Teloken
 Coordenador do CEP/ISCMPA



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP - PUCRS



Ofício nº 1134/05-CEP

Porto Alegre, 28 de novembro de 2005.

Senhor(a) Pesquisador(a):

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa intitulado: "O adoecimento da pele: um estudo de qualidade de vida , estresse e localização da lesão dermatológica".

Sua investigação está autorizada a partir da presente data.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Caio Coelho Marques
COORDENADOR EM EXERCÍCIO

ilmo(a) Sr(a)
Dr(a) Martha Wallig Brusius Ludwig
N/Universidade



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP - PUCRS



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO DE PESQUISA

Senhor(a) Pesquisador(a):

É dever do CEP acompanhar e zelar pela realização da pesquisa da forma como foi aprovada, solicitando relatórios aos pesquisadores. De acordo com o item VII.13.d., da Resolução CNS 196/96, tais relatórios deverão ser anuais (parciais ou finais, em função da duração da pesquisa). Nos trabalhos sobre "Fármacos, medicamentos, vacinas e testes diagnósticos novos ou não registrados no país" (área temática especial número 03), os relatórios deverão ser semestrais (Resolução CNS 251/97, item V.1.c). Portanto, solicitamos a Vossa Senhoria encaminhar ao CEP, relatório de sua pesquisa conforme situação da pesquisa acima discriminada.

Titulo do Projeto:

"O adocimento da pele: um estudo de qualidade de vida , estresse e localização da lesão dermatológica"

Pesquisador : Dr(a) Martha Wallig Brusius Ludwig

Aprovação CEP : 28/11/2005

Aprovação CONEP: data: x.x.x.x.x.x.x.x.

Relatórios Entregues:

Relatório(s) do pesquisador responsável previsto(s) para:

Data: 28/05/2005

Relatório : data:

Relatório 3: data:

Relatório 2: data:

Relatório 4: data:

Tipo de Pesquisa:

SIM NÃO

Residente Médico HSL Projeto multicêntrico: Fase: Não se aplica
Doutorado: Professor Nacional:
Mestrado: Internacional: Trabalho conclusão:

1. Situação atual do projeto

Não iniciado

Retirado data:

Em execução:

Data início:

Data término:

interrompido temporariamente data:

Encerrado data:

2. Nº de pessoas pesquisadas:

Pessoas Previstas:

Pessoas incluídas:

Pessoas em outras Instituições:

3. Nº de participantes excluídos:

4. Eventos adversos graves:

No centro: em outros centros:

5. Recursos financeiros necessários:

Ainda não disponíveis

Já disponíveis

Insuficientes

6. Resultado total (local):

7. Observações:

8. Parecer CEP:

Obs: Confira e atualize os dados acima, referentes ao seu Projeto de Pesquisa, e encaminhe nesta mesma folha para o CEP.

Ass. Pesquisador

Coordenador do CEP