



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
Departamento de Psicologia Clínica
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

À FLOR DA PELE: UM ESTUDO SOBRE ASPECTOS
PSICOLÓGICOS EM DOENÇAS CUTÂNEAS

THAÍS KRISTINE MILHORIM

Brasília, outubro 2020



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
Departamento de Psicologia Clínica
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

**À FLOR DA PELE: UM ESTUDO SOBRE ASPECTOS
PSICOLÓGICOS EM DOENÇAS CUTÂNEAS**

THAÍS KRISTINE MILHORIM

**Dissertação apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de Brasília, como
requisito parcial à obtenção do título de
Mestre em Psicologia Clínica e Cultura,
linha de pesquisa Psicologia da Saúde e
Processos Clínicos**

ORIENTADORA: Profa. Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo

Brasília, outubro 2020



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
Departamento de Psicologia Clínica
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APROVADA PELA SEGUINTE BANCA
EXAMINADORA:

Profa. Dra. Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo - Presidente
Departamento de Psicologia Clínica - Universidade de Brasília

Dra. Lia Silvia Kunzler - Membro
Hospital Universitário de Brasília - Universidade de Brasília

Dra. Telma Nolêto Rosa Franco - Membro
Hospital Estadual Geral de Goiânia - Secretaria de Estado de Saúde de Goiás

Prof. Dr. Sergio Eduardo Silva de Oliveira - Departamento de Psicologia Clínica/
Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos - Universidade de Brasília - Suplente

Brasília, outubro de 2020

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Elcio e Maria, que com o amor, apoio e confiança desde o princípio tornaram possível todo o caminho até aqui.

AGRADECIMENTOS

À prof. Tereza, pela oportunidade de desenvolver esse trabalho e por compartilhar comigo um pouco de seu extenso conhecimento e experiência. Agradeço por toda a caminhada proporcionada, que foi repleta de desafios, mas também de muitos aprendizados.

Aos membros da banca, pela disponibilidade em contribuir com o aprimoramento desse trabalho.

Aos meus pais, Elcio e Maria, que acreditaram no potencial transformador do estudo e que me incentivaram e apoiaram incondicionalmente, por vezes acreditando mais em mim do que eu mesma. Ao meu irmão, Rafael, por sempre estar presente, torcer, me estimular e encorajar mesmo sem se dar conta disso. Vocês me deram raízes e asas, e esse trabalho existe também por conta disso.

Ao André, pela presença e amor que foram imprescindíveis em cada passo dessa jornada, desde quando a ideia do mestrado era uma semente até os momentos finais desse percurso. Obrigada por dar sentido ao que é companheirismo e cumplicidade em cada gesto e tornar esse processo mais leve e possível, como sempre.

Aos amigos de mestrado, em especial à Kesia, pela alegria de tê-la como companheira nesse percurso desde o primeiro dia de aula. Nossas conversas nas idas e vindas e nossas angústias e risadas compartilhadas foram essenciais nessa trajetória. Agradeço, também, ao Gustavo e sua hospitalidade, Murilo e as caronas com músicas e conversas, Rodolfo e as reflexões, Agni e o compartilhar de experiências. Ao Alyson, pelo apoio e escuta tão presente e por aceitar ser o revisor desse texto. Às colegas *psis* do hospital, pela compreensão e incentivo na etapa final de apreensão da escrita. Aos demais amigos, pelo apoio de sempre e por serem lugar imprescindível onde eu posso repousar e me fortalecer.

Aos médicos responsáveis pelo Ambulatório de Dermatologia do HC/UFG, médicos residentes e secretárias do serviço, que abriram espaço para que as entrevistas pudessem ser realizadas, me auxiliaram com questões de logística e demonstraram interesse pelo andamento da pesquisa. Foi muito bom poder acompanhar um pouco o trabalho cuidadoso que vocês realizam, ainda que essa experiência tenha sido interrompida por conta da pandemia que enfrentamos.

Quase ao fim e de uma forma especial, a cada participante desse estudo, que acreditou no potencial de compartilhar suas experiências e que permite, de alguma forma, um vislumbre e a possibilidade de outras pessoas estarem em suas peles ao lerem cada narrativa e história compartilhada. Obrigada por tornarem possível esse trabalho. Agradeço, também, às pessoas

que permitiram a reprodução de suas fotografias para a composição visual desse estudo e que fazem um trabalho tão lindo, forte e poético nas redes sociais e no mundo afora.

À UnB, pelas oportunidades de aprendizado, e à CAPES, pelo apoio financeiro essencial.

*Tanto a doença quanto seu romance revelam-se
propriamente humanos, e provém de uma construção do
doente, mas também de nossa própria reconstrução.*
(Del Vogo, 1998)

RESUMO

A pele é um órgão de percepção, expressão e comunicação, sendo o primeiro meio de contato com o mundo e tendo importância primordial na constituição psíquica. Diversos trabalhos apontaram a relação entre pele e aspectos psicológicos e o potencial dessa compreensão no melhor manejo de doenças. Apesar disso, é escassa a compreensão sobre a construção e a constituição dos aspectos psicológicos relacionados ao desenvolvimento de um adoecimento cutâneo considerando a perspectiva e história de vida de quem padece dessas condições. A partir disso, empreendeu-se uma investigação com o objetivo geral de identificar e analisar estresse, ansiedade, depressão e alexitimia em pessoas com adoecimento de pele, e compreender como esses aspectos estão relacionados à eclosão e/ou curso/desenvolvimento do adoecimento a partir da percepção e perspectiva dos pacientes. Foram entrevistados 14 usuários de ambos os sexos, com diagnósticos clínicos dermatológicos de psoríase, vitiligo e alopecia areata. A pesquisa teve como campo de investigação o Ambulatório de Dermatologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC/UFG). Os instrumentos utilizados na coleta de dados foram: Questionário Sociodemográfico e de Informações Clínicas, Roteiro de Entrevista Semiestruturada, Escalas de Alexitimia (*Toronto Alexithymia Scale – TAS*; e *Observer Alexithymia Scale – OAS*) e *Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21)*. Os dados dos instrumentos Questionário Sociodemográfico e de Informações Clínicas, *DASS-21*, *TAS* e *OAS* foram submetidos à análise estatística descritiva e inferencial, e os dados obtidos a partir da entrevista ao *software NVivo* e à análise de conteúdo temática de Bardin. Observou-se que as dimensões de estresse, ansiedade e depressão organizaram-se de maneira moderadamente difusa entre as três doenças, com características sobrepostas entre si. Com relação à alexitimia, observou-se uma predominância de pacientes alexitímicos segundo a *TAS-26* (79%); e uma menor frequência de acordo com a *OAS* (50%). A análise estatística indicou uma correlação negativa entre os participantes com vitiligo e o escore *TAS-26*, sugerindo que a ocorrência do escore de alexitimia é menor se o paciente possui vitiligo. A categorização dos dados das entrevistas evidenciou aspectos relacionados à eclosão da doença (circunstâncias de vida no surgimento da enfermidade, condições de vida na infância/adolescência e vivências de estresse e responsabilidade); aspectos vividos após a manifestação do adoecimento (estigma e preconceito, limitações e impacto da doença); e aspectos relacionados à percepção e expressão dos afetos (percepção sobre a relação entre a doença e aspectos psicológicos e expressão/verbalização dos afetos). Assim, observou-se a existência das variáveis elencadas em todas as fases que envolvem o adoecimento, do período anterior à manifestação da doença até o momento atual, que impactam e atuam sobre a vulnerabilidade e saúde dos participantes. Cumpre ressaltar o papel do estresse nas vivências anteriores à eclosão ou desenvolvimento das enfermidades; e da ansiedade e depressão como fatores de maior expressão após os adoecimentos, compreendendo o impacto das limitações advindas e experiências de preconceito e estigma. Ressalta-se, ainda, dificuldade de verbalização dos afetos, mas também uma identificação dessa dificuldade e a percepção sobre a influência entre o desenvolvimento do adoecimento e os estados emocionais vividos, sendo colocado em discussão o conceito de alexitimia.

Palavras-chave: doenças cutâneas, psicodermatologia, psoríase, alopecia areata, vitiligo

ABSTRACT

The skin is an organ of perception, expression and communication, being the first way of contact with the world and having primary importance in the psychic constitution. Several studies have pointed out the relationship between skin and psychological aspects and the potential for this understanding in better disease management. Despite this, there is still little understanding about the construction and constitution of aspects related to the development of a skin disease, especially considering the perspective and life history of those who suffer from these conditions. From this, an investigation was undertaken with the general objective of identifying and analyzing stress, anxiety, depression and alexithymia in people with skin disease, and understanding how these aspects are related to the outbreak and/or course/development of the disease from patients perception and perspective. 14 participants of both sexes were interviewed, with clinical dermatological diagnoses of psoriasis, vitiligo and alopecia areata. The research had as a field of investigation the Dermatology Clinic of the Hospital das Clínicas of Federal University of Goiás (HC/UFG). The instruments used in data collection were: Sociodemographic and Clinical Information Questionnaire, Semi-structured Interview Guide, Alexithymia Scales (*Toronto Alexithymia Scale - TAS*; and *Observer Alexithymia Scale - OAS*) and *Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21)*. The data from the Sociodemographic Questionnaire and Clinical Information instruments, *DASS-21*, *TAS* and *OAS* were submitted to descriptive and inferential statistical analysis, and the reports obtained from the interview with NVivo software and the thematic content analysis. In general, it was observed that the dimensions of stress, anxiety and depression were organized in a moderately diffuse manner among the three diseases, with overlapping characteristics. Regarding alexithymia, there was a predominance of alexithymic patients according to *TAS-26* (79%); and a lower frequency according to *OAS* (50%). In addition, statistical analysis indicated a negative correlation between participants with vitiligo and the *TAS-26* score, suggesting that if the patient has vitiligo, the lower the occurrence of the alexithymia score. The categorization of the interview data showed aspects related to the outbreak of the disease (circumstances of life in the onset of the disease, living conditions in childhood and adolescence and stress and responsibility); aspects experienced after the manifestation of illness (stigma and prejudice, limitations and impact of the disease); and perception and expression of affects (perception of the relationship between the disease and psychological aspects and expression/verbalization of affects). Thus, it was observed the existence of the variables listed in all phases that involve the disease, from the period prior to the manifestation of the disease to the present moment, which impact and act on the vulnerability and health of the participants. It is important to highlight the role of stress in experiences prior to the onset or development of diseases; and anxiety and depression as factors of greater expression after the illnesses, understanding the impact of the limitations arising and experiences of prejudice and stigma. The observation about a difficulty in verbalizing the affects is highlighted, but also an identification of this difficulty and the perception about the influence between the development of the illness and the emotional states experienced, with the concept of alexithymia being discussed.

Key words: skin diseases; psychodermatology; psoriasis; alopecia areata; vitiligo

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	IV
AGRADECIMENTOS	V
RESUMO	VII
ABSTRACT	VIII
LISTA DE TABELAS	XI
LISTA DE FIGURAS	XII
INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO 1 – Psicodermatologia: delimitando um campo do conhecimento	20
1.1 Noções biológicas sobre a pele	20
1.2 Pele e psiquismo	23
1.3 Psicodermatologia	29
CAPÍTULO 2 – Levantamento de pesquisas sobre alopecia areata, psoríase e vitiligo: um enfoque psicológico	38
2.1 Alopecia Areata	38
2.2 Psoríase	41
2.3 Vitiligo	44
2.4 Revisão da literatura	46
2.5 Panorama nacional	48
2.6 Panorama internacional	49
2.7 Conteúdo dos artigos categorizados por tipo de doença	50
2.7.1 <i>Psoríase</i>	50
2.7.2 <i>Alopecia</i>	53
2.7.3 <i>Vitiligo</i>	54
2.8. Principais considerações	56
CAPÍTULO 3 – Delineamento da pesquisa de campo	59
3.1 Objetivos	59
3.2 Aspectos éticos	59
3.3 Campo de investigação	60

3.4 Participantes	61
3.5 Critérios de inclusão	62
3.6 Critérios de exclusão	62
3.7 Instrumentos	62
3.8 Procedimentos de coleta de dados	64
3.9 Procedimentos de análise de dados	66
CAPÍTULO 4 – Resultados e discussão	68
4.1 Análise descritiva e inferencial	68
4.1.1 Caracterização da amostra	68
4.1.2 Estresse, ansiedade e depressão	70
4.1.3 Alexitimia	76
4.2 Análise a partir da entrevista semiestruturada	83
4.2.1 Categoria 1 – Aspectos relacionados à eclosão da doença	85
4.2.2 Categoria 2 – Aspectos vividos após a manifestação do adoecimento	99
4.2.3 Categoria 3 – Percepção e expressão de afetos	110
CONSIDERAÇÕES FINAIS	124
REFERÊNCIAS	131
ANEXO 1 – AUTORIZAÇÕES DOS COMITÊS DE ÉTICA EM PESQUISA	153
ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	163
ANEXO 3 – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E DE INFORMAÇÕES CLÍNICAS	165
ANEXO 4 – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	167
ANEXO 5 – <i>DEPRESSION, ANXIETY AND STRESS SCALE (DASS-21)</i>	169
ANEXO 6 – <i>TORONTO ALEXITHYMIA SCALE (TAS)</i>	171
ANEXO 7 – <i>OBSERVER ALEXITHYMIA SCALE (OAS)</i>	175
ANEXO 8 – NUVENS DE PALAVRAS	177

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. <i>Principais aspectos sobre as produções dos estudos nacionais</i>	48
Tabela 2. <i>Principais aspectos sobre as produções dos estudos internacionais</i>	49
Tabela 3. <i>Caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo (n = 14)</i>	69
Tabela 4. <i>Frequência e percentual de participantes de cada doença</i>	70
Tabela 5. <i>Distribuição dos domínios da DASS-21 na amostra</i>	70
Tabela 6. <i>Média e mediana geral dos escores da DASS-21</i>	71
Tabela 7. <i>Distribuição dos domínios da DASS-21 para alopecia areata</i>	72
Tabela 8. <i>Distribuição dos domínios da DASS-21 para psoríase</i>	72
Tabela 9. <i>Distribuição dos domínios da DASS-21 para vitiligo</i>	73
Tabela 10. <i>Média e mediana dos escores de cada doença em relação à DASS-21</i>	74
Tabela 11. <i>Distribuição da frequência de alexitimia em categorias a partir da TAS</i>	77
Tabela 12. <i>Média e mediana do escore em relação à TAS</i>	77
Tabela 13. <i>Distribuição dos domínios da TAS para cada doença</i>	77
Tabela 14. <i>Média e mediana dos escores de cada doença em relação à TAS</i>	78
Tabela 15. <i>Distribuição dos domínios da OAS para cada doença</i>	79
Tabela 16. <i>Média e mediana dos escores para cada fator da OAS</i>	79
Tabela 17. <i>P-valores do Teste Qui-Quadrado para as variáveis categóricas</i>	81
Tabela 18. <i>Distribuição dos Pacientes com vitiligo dado o escore TAS</i>	82
Tabela 19. <i>P-valores do Teste de Mann-Whitney para os escores quantitativos</i>	83
Tabela 20. <i>Categorização das entrevistas</i>	84
Tabela 21. <i>Principais temas envolvidos no contexto de surgimento da enfermidade</i>	85
Tabela 22. <i>Principais eventos descritos como marcantes e/ou de difícil elaboração emocional na infância e/ou adolescência</i>	90
Tabela 23. <i>Principais vivências relacionadas a preconceito e estigma</i>	100
Tabela 24. <i>Principais impactos/limitações provocados pela doença</i>	105
Tabela 25. <i>Conhecimento e percepção sobre a relação entre a doença e fatores emocionais</i>	111

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. <i>Alopecia areata</i>	39
Figura 2. <i>Alopecia areata</i>	40
Figura 3. <i>Psoríase</i>	42
Figura 4. <i>Psoríase</i>	43
Figura 5. <i>Vitiligo</i>	45
Figura 6. <i>Vitiligo</i>	46
Figura 7. <i>Distribuição dos Pacientes com Vitiligo dado o escore TAS</i>	82
Figura 8. <i>Nuvem de palavras da subcategoria “Circunstâncias de vida no surgimento da enfermidade”</i>	177
Figura 9. <i>Nuvem de palavras da subcategoria “Condições de vida na infância e adolescência”</i>	177
Figura 10. <i>Nuvem de palavras da subcategoria “Estresse, responsabilidade e sobrecarga”</i>	178
Figura 11. <i>Nuvem de palavras da subcategoria “Estigma e preconceito”</i>	178
Figura 12. <i>Nuvem de palavras da subcategoria “Limitações e impacto da doença”</i>	179
Figura 13. <i>Nuvem de palavras da subcategoria “Percepção sobre a relação entre a doença e aspectos psicológicos”</i>	179
Figura 14. <i>Nuvem de palavras da subcategoria “Expressão e verbalização de afetos”</i>	180

INTRODUÇÃO

A relação entre pele e psiquismo aparece de maneira distinta ao longo da história da humanidade. Seja na literatura, nos ditos populares, na observação de filósofos, em tratados ou em pesquisas de diferentes segmentos científicos, diversas são as formas de se retratar o universo cutâneo para além de sua constituição orgânica. Há alusões sobre o assunto já na Antiguidade, em menções de Hipócrates sobre o estresse e seus efeitos na pele, ou mesmo em representações de livros religiosos. Em uma passagem da Bíblia, por exemplo, a doença de pele da personagem Miriã é representada como forma de punição por seus atos cometidos, sendo atrelada à existência da doença uma condição de sanção e castigo moral (Bezerra, 2003; França et al., 2013; Oliveira, 2007).

Shakespeare, ao retratar a vida de Henrique IV, da Inglaterra, menciona os sofrimentos do aristocrata a partir de uma doença que se assemelha fortemente à psoríase. Mitos e contos de fadas falam sobre a força e o significado dos cabelos quando retratados nas histórias de Sansão, Medusa ou Rapunzel. Já na pintura, em *O Juízo Final* (1541), de Michelangelo, chama a atenção a figura de São Bartolomeu segurando a própria pele com a mão esquerda, sinal de seu sofrimento ao ter sido esfolado ainda vivo. Não por acaso, ele é considerado o santo padroeiro das doenças de pele e, também, padroeiro da Dermatologia (Bezerra, 2003; França et al., 2013; Oliveira, 2007).

No dito popular, várias são as expressões da linguagem que remetem à pele, tato, toque e seus significados humanos, conforme apontou Montagu (1988), e que remetem à importância desses aspectos no cotidiano: estar à flor da pele, entrar em contato, ver algo tocante, dar um toque em alguém, uma atração de pele, uma pessoa sem tato, lidar com algo na ponta dos dedos, arrancar os cabelos de preocupação, ficar com os cabelos em pé, salvar a pele, arriscar a pele, se colocar na pele de alguém. Não é difícil, também, mencionar algumas reações fisiológicas

naturais a todos que se alteram conforme nosso estado emocional: ruborizar ao sentir vergonha ou constrangimento, empalidecer após um susto, arrepiar ou ter calafrios ao sentir excitação ou medo, ou ter sudorese em um estado maior de nervos.

Percebe-se, desse modo, que a pele é um órgão altamente sensorial e que possibilita a percepção e expressão de uma série de aspectos. Sua capacidade de espelhar reflete o funcionamento de nossos órgãos internos, aspectos do ambiente como frio, calor, pressão, dor etc; e também afetos, emoções e pensamentos, o que a torna um importante meio de comunicação e expressão. Independente da abordagem teórica, como sinalizou Jorge et al. (2004), a pele tem sido vista como um meio pelo qual se mantém contato com o mundo e com o outro. Ela é nosso primeiro meio de comunicação, ao nascermos, e funciona como uma roupagem contínua e flexível ao longo da vida de acordo com as necessidades apresentadas.

Tem sido reconhecida, cada vez mais, a existência de questões emocionais no desencadeamento, manutenção ou agravamento das doenças. Os quadros dermatológicos podem ser de caráter transitório ou crônico e ter compreensões diversas quanto à origem ou consequências suscitadas para o sujeito adoecido. Nessa perspectiva, entende-se que a manifestação do sintoma cutâneo não é algo isolado e de conotação puramente orgânica, mas, sim, a expressão de um corpo que carrega uma história. Os sentidos e os caminhos que levam a esse adoecimento, entretanto, nem sempre são totalmente compreendidos ou elucidados, por mais que consequências e prejuízos sejam amplamente acarretados. Uma das grandes razões para isso talvez esteja relacionada ao modelo biomédico, de influência cartesiana, ainda bastante prevalente e que separa mente e corpo não considerando questões subjetivas e suas implicações nos processos de saúde e doença (Mello-Filho, 2010).

Por localizarem-se na fronteira entre o externo e o interno, entre o corpo e o meio, as dermatoses trazem duas principais consequências: primeiro, a visibilidade da doença poderá ser notada imediatamente e atrair a atenção de outras pessoas. Esse fator tira o senso de controle

do sujeito, pois muitas vezes não há como controlar se, quando e como as pessoas saberão da condição de adoecimento – o que traz a ideia da doença como uma “propriedade pública”. Em segundo lugar, as doenças de pele são cercadas de mitos, ligados a noções de sua origem como falta de higiene, sujeira ou a crenças sobre contágio, o que frequentemente gera estigmas, preconceitos e profundo prejuízo nas relações afetivas e sociais (Tuckman, 2017; Walker & Papadopoulos, 2005).

O que se tem, de maneira geral, é o estabelecimento da ideia de um ciclo: questões psicológicas podem atuar na eclosão, desenvolvimento e exacerbação de doenças de pele; ao mesmo tempo em que as doenças cutâneas podem desencadear repercussões psíquicas diversas (Bewley et al., 2014; Koo & Lebwohl, 2001). São ainda escassos os dados sobre a prevalência de afecções psicossomáticas presentes nas diferentes áreas/especialidades em saúde, incluindo a dermatologia. Há dados bastante divergentes sobre o assunto, conforme será observado no decorrer desse trabalho, mas que apontam em consonância como grande parte dos pacientes pode ter fatores psicológicos importantes envolvidos no curso de diferentes dermatoses.

Ademais, convém destacar que, na literatura, há indícios de que pacientes com questões emocionais substancialmente envolvidas em diferentes tipos de adoecimentos são hospitalizados ou buscam por atendimentos nos diferentes níveis de saúde mais vezes do que aqueles que vivenciam em menor intensidade essas questões. Além disso, eles podem ter um tratamento mais prolongado e gerar maior custo aos sistemas de saúde (Barkow et al., 2004; Fink, 1990; Wise & Rundell, 2005). Nesse sentido, mascarar ou ocultar as questões psicológicas envolvidas não apenas é uma medida inócua, como também um contrassenso, uma vez que os sintomas físicos podem aparecer em maior frequência na busca pelos atendimentos médicos.

Torna-se proeminente, a partir disso, a necessidade de compreensão de como se constituem os aspectos que levam a um adoecimento. Embora a influência de fatores psíquicos nos adoecimentos de pele seja comum e já mencionada há bastante tempo, ela é tema de estudo

e pesquisa sistemática há pouco tempo, além de ser não ser discutida em profundidade frequentemente. Tem-se, muitas vezes, o reconhecimento da ideia de que o estresse pode afetar essas condições, mas de uma maneira ampla e vaga. Pouco se discute e investiga de que forma e em quais associações com outros fatores importantes uma doença de pele pode se desenvolver, considerando a perspectiva e a história de vida de quem padece dessas condições.

Também são escassas as publicações nacionais relativas ao tema, como será detalhado no capítulo referente à revisão de literatura. Em âmbito internacional, observa-se avanços significativos na quantidade de estudos, embora a grande maioria deles verse sobre uma abordagem prioritariamente quantitativa. No Brasil, as publicações são escassas independentemente do enfoque metodológico, sendo relevante destacar que, nas regiões Centro-Oeste e Norte, a investigação desses aspectos é ainda mais restrita – o que torna relevante a realização de um estudo para compreender a expressão desse fenômeno dentro dessa realidade local.

Convém apontar as motivações acadêmicas e profissionais que conduziram ao aprofundamento desse tema de pesquisa. O interesse pelo campo da psicossomática surgiu por meio da inserção da pesquisadora em uma instituição hospitalar, a partir do ingresso no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal de Goiás (HC/UFG), voltado à área de Urgência e Emergência. Nesse contexto, foi possível observar a íntima associação entre os aspectos emocionais e suas influências no curso das enfermidades de pacientes em vários espaços institucionais, uma vez que no Programa há rodízio em unidades distintas do hospital (Clínica Médica, Cirúrgica, Tropical, Ortopédica, UTI, Pronto-Socorro adulto e infantil).

Apesar da existência de literatura sobre a psicossomática e os aspectos biopsicossociais envolvidos no curso saúde/doença, chamou a atenção o fato de que as equipes, por vezes, apresentavam dificuldade em identificar ou compreender tais aspectos e que o modelo

biomédico em saúde ainda é bastante prevalente. Essa circunstância sinalizou a necessidade de investigação do assunto e motivou o interesse em buscar compreensão sobre as manifestações corporais do sofrimento psíquico no contexto do Pronto-Socorro, campo ainda relativamente incipiente com relação à abordagem biopsicossocial de maneira geral. Esse trabalho (Milhorim & Costa-Neto, 2019), então, impulsionou a busca pelo aprofundamento na área.

Dada a vasta extensão do universo das manifestações corporais do sofrimento psíquico, houve a necessidade de maior recorte com relação a um tipo de adoecimento específico como foco de investigação. O interesse pelo campo das doenças cutâneas surgiu a partir de alguns fatores: a) o aspecto paradoxal da pele ser o órgão mais superficial do corpo e, ao mesmo tempo, implicar questões tão profundas e primordiais na constituição psíquica; b) a alta carga de sofrimento daqueles que vivem condições desse tipo e como isso impacta as relações dessas pessoas consigo e com o mundo; c) o fato de que, apesar de relativamente tácita a associação entre aspectos psicológicos e doenças de pele (como também se verá na revisão de literatura mais à frente), poucos são os estudos que buscam aprofundar nas vivências e experiências de vida subjetivas daqueles que enfrentam um processo de adoecimento cutâneo.

Assim, teceu-se o desejo em compreender e discutir esse aspecto dentro desse universo. Diante desse contexto, o presente trabalho foi desenvolvido com base nas seguintes questões norteadoras:

- a) Quais as principais demandas psicológicas trazidas pelos pacientes atendidos em unidade de saúde voltada às afecções cutâneas?
- b) Como esses pacientes vivenciam seus sintomas?
- c) Quais são suas histórias de vida e quais aspectos biográficos acompanham o curso da doença?
- d) Como alguns aspectos psicológicos se associam com a dinâmica de adoecimento?
- e) A quem os pacientes atribuem seus sintomas?

Do ponto de vista científico, acredita-se que essa compreensão pode, primeiramente, facilitar uma discussão sobre variáveis que influenciem nesse processo e que devem ser observadas mais atentamente por profissionais que estão em contato com esses pacientes. Reconhece-se, a partir disso, a possibilidade de promoção de um olhar mais cuidadoso e sensível como ferramenta para a construção de diferentes tipos de manejos clínicos que possam proporcionar maior qualidade de vida ao paciente. Isso é especialmente importante em cenário brasileiro, onde essa discussão é incipiente e, ainda, há uma escassez de serviços que atendam pacientes com doenças cutâneas e que disponham de um enfoque ou de uma equipe multidisciplinar.

Do ponto de vista social, ressalta-se essa perspectiva como uma forma de incentivar e contribuir para uma visão menos dicotômica em um paradigma ainda calcado sob um modelo prioritariamente biomédico, que é, lembrando, mais focado na doença do que na pessoa adoecida e sua história de vida. Ao incentivar esse olhar, vislumbra-se como possível impacto uma facilitação em relação ao fluxo e qualidade dos serviços, a partir do reconhecimento das diferentes questões implicadas no processo de adoecimento. Assim, tem-se como possível consequência uma melhor resolução das demandas apresentadas e uma maior satisfação tanto do usuário como do profissional, por meio do incentivo à construção de ferramentas que incrementem a capacidade de gerenciamento dessa demanda nos serviços.

Essa dissertação é constituída por quatro capítulos. O *Capítulo 1* irá delinear os aspectos históricos e conceituais da relação entre doenças de pele e aspectos psíquicos, retomando uma breve construção sobre o assunto e sobre o campo da Psicodermatologia. No *Capítulo 2*, serão apresentadas as doenças que foram exploradas na pesquisa de campo e uma revisão da literatura sobre a relação entre estas doenças e os aspectos psicológicos elegidos para este estudo (estresse, ansiedade, depressão e alexitimia). No *Capítulo 3*, serão apresentados os objetivos do estudo, o delineamento do método utilizado para realização da pesquisa, os aspectos éticos

envolvidos, instrumentos utilizados e a coleta de dados. No *Capítulo 4*, serão apresentados os principais resultados obtidos a partir dessa investigação, seguidos de uma discussão a partir da literatura revisada. As considerações finais compõem a última parte desse estudo, ressaltando-se as principais contribuições, limitações e sugestões para pesquisas futuras.

CAPÍTULO 1

PSICODERMATOLOGIA: DELIMITANDO UM CAMPO DO CONHECIMENTO

Neste capítulo, serão levantados aspectos referentes à relação entre pele e psiquismo, especialmente no campo da saúde. Inicialmente, será feita uma breve apresentação sobre a pele para que seja possível compreender como ela se constitui e quais são suas principais funções biológicas enquanto órgão humano. Posteriormente, serão apresentados aspectos históricos e conceituais relativos à construção do campo entre pele e psiquismo, com base em estudos que versam sobre o assunto. Ao final, será apresentado e delimitado o campo da Psicodermatologia e de algumas das principais variáveis psicológicas que compõem investigações na área.

1.1 Noções biológicas sobre a pele

A pele se constitui como o maior e mais pesado órgão do corpo humano, correspondendo a 15% do peso corporal. Suas funções em relação ao corpo visam a proteção, percepção, hemorregulação, termorregulação, secreção, excreção, metabolização, absorção e revestimento estético. Isso significa que a pele funciona como uma “capa de proteção” contra fungos, bactérias, produtos químicos, físicos e fatores ambientais (como o sol, por exemplo), assim como possui capacidade de captar e transmitir sensações, uma vez que é repleta de terminações nervosas. Ademais, ela permite controlar a pressão sanguínea, manter a temperatura ideal do corpo, produzir substâncias necessárias e eliminar outras que são tóxicas, além de compor e delinear nosso revestimento corporal (Azambuja, 2017; Azulay, 2015; Barros, 2009).

A pele se constitui basicamente em três camadas, que são: a) epiderme: camada mais externa, que tem como principal função formar uma barreira protetora do corpo, proteger contra

danos externos e dificultar a saída de água do organismo e a entrada de substâncias e micróbios (além de originar os anexos da pele: unhas, pelos, glândulas sudoríparas e sebáceas); b) derme, camada intermediária, formada por substâncias que dão tonicidade e elasticidade e por grande quantidade de vasos sanguíneos, terminações nervosas e nervos sensitivos, que recebem os estímulos do meio ambiente e os transmitem ao cérebro; e c) hipoderme: última camada, formada basicamente por células de gordura, que apoia e une a epiderme e a derme ao resto do corpo, além de manter a temperatura do corpo e acumular energia para o desenvolvimento das funções biológicas (www.sbd.org.br).

A pele apresenta variações e pode ter conotação racial, sexual ou etária, por exemplo, implicando valorações culturais diversas, uma vez que pode ser parâmetro de diversas questões sociais diferentes. Ela pode ser classificada em tipos (normal, seca, oleosa e mista), fototipos (cores e tons) e variar quanto à textura, odor, temperatura e inervação. Além disso, se distribui de maneira distinta em um mesmo corpo de acordo com a necessidade da espessura: pode ser mais fina em uma região mais sensível, como os olhos ou a boca; ou mais áspera em áreas que sofrem maior atrito, como cotovelo, joelhos e pés. Também apresenta diferenças nos sulcos e saliências, como na ponta dos dedos, por exemplo, para poder se detectar algo ou agarrar melhor um objeto, além de permitir a identificação única de um indivíduo por meio de suas impressões digitais.

Seus anexos possuem funções distintas: as unhas, por exemplo (células epiteliais formadas por maior quantidade de queratina), têm função maior de proteção e de auxílio aos movimentos finos; os pelos e cabelos funcionam principalmente como isolantes térmicos e barreiras mecânicas (sobrancelhas, cílios e pelos nasais); glândulas sudoríparas, por sua vez, regulam a temperatura do corpo e eliminam substâncias tóxicas, enquanto as sebáceas lubrificam e impermeabilizam a pele e os pelos. Desde o nascimento até a morte, a pele está em constante renovação, na qual são eliminadas e produzidas novas células epiteliais.

Segundo Montagu (1988), estudioso sobre os efeitos do toque na experiência humana, a pele é o primeiro sistema sensorial a se tornar funcional em humanos e em várias espécies de animais e, de acordo com a lei embriológica geral, quanto mais cedo se desenvolve uma função fisiológica, provavelmente mais fundamental ela será. Além disso, é bastante difundida a descoberta embriológica de que pele e sistema nervoso se originam do *ectoderma*, a mais externa das três camadas de células embriônicas. Mais especificamente, a originação provém do ectoderma e do mesoderma, sendo que do ectoderma derivam as estruturas epiteliais (epiderme, glândulas, pelos e unhas) e neurais (melanócitos e nervos), enquanto do mesoderma derivam a derme e a hipoderme (Azulay, 2015).

Por conseguinte, desde a gestação os dois sistemas se relacionam mutuamente, o que ajuda na compreensão de como a pele pode se constituir como um canal de percepção, expressão e comunicação. Pode-se dizer que o sistema nervoso constitui uma parte escondida da pele ou que a pele constitui uma parte exposta do sistema nervoso, como uma espécie de sistema nervoso externo (Montagu, 1988). Ela torna-se, então, o nosso primeiro meio de percepção do mundo e um meio privilegiado de expressão de sentimentos.

Esse autor relembra a importância da pele ao dizer que o ser humano pode viver cego, surdo ou completamente desprovido do olfato e paladar, mas que não pode de modo algum sobreviver sem as funções desempenhadas pela pele. Não é de surpreender, por exemplo, que a perda de parte do tecido cutâneo (por queimadura, por exemplo) pode colocar em risco imediato a vida de um indivíduo, com complicações hemodinâmicas e infecciosas que exigem condutas imediatas de tratamento. Também vale mencionar que as complicações cutâneas podem estar restritas a condições e problemas de pele ou, por vezes, expressar sinais e sintomas como a primeira manifestação de uma ampla gama de doenças sistêmicas do organismo (Azulay, 2015).

Segundo Sterry et al. (2006), a pele oferece um “teatro da vida”, pois a partir dela é possível observar diretamente traços e registros inconfundíveis sobre a história de vida de uma pessoa (incluindo idade, hábitos de vida, bem-estar geral, existência de doenças, cultura social, hábitos alimentares). Além disso, sua associação com a vida psíquica de uma forma geral é bastante presente. Essa relação, apesar de já mencionada ocasionalmente desde a Antiguidade, conforme mencionado anteriormente, logrou certo tempo até ser de fato estudada e estabelecida.

1.2 Pele e psiquismo

A história da dermatologia moderna começa na Europa, em especial na França, entre os séculos XV e XVI, quando médicos começaram a se interessar por problemas cutâneos. Foi apenas entre o século XVIII e XIX, entretanto, que houve o aumento de tratados médicos que indicavam compreensões acerca desse sistema e que possibilitaram o estabelecimento da dermatologia como especialidade. A partir disso, a pele passou a não ser considerada mais como apenas um envelope ou invólucro do corpo, tido como superficial e supérfluo, mas também como sede de lesões capazes de explicar processos patológicos (Benchimol, 2004; Rodrigues et al., 2009; Santoro, 2017).

Foi necessário certo tempo, como se pode observar, até reconhecer-se a pele como órgão e evidenciar a complexidade envolvida em seu funcionamento orgânico. As descobertas iniciais centravam-se sobre as principais formas de detecção, diagnóstico e manejo de condições e adoecimentos cutâneos diversos. Foram pontuais as menções a aspectos psíquicos envolvidos no curso de uma doença. Entre 1799 e 1801, por exemplo, foi descrita a parasitose delirante (ou Síndrome de Ekbom), referente à crença de que a pele está infestada de parasitas e que leva à coceira e escoriação (França et al, 2013).

Em 1857, William James Erasmus Wilson escreveu o livro *“Diseases of the Skin”*, no qual abordou aspectos relativos à ansiedade e depressão em parasitoses, alopecia e coceiras. Em 1865, Hillier apontou a existência da debilidade de nervos e ansiedade implicadas na manifestação de eczemas. Já a influência de questões psíquicas em relação a doenças como urticárias, psoríases, dentre outras apareceu em 1927 com o livro de W. J. O’Donovan, intitulado *“Dermatological Neuroses”*, e avanços em relação a essa ideia foram registrados por Maxmillian Obermayer, em 1955, com seu livro *“Psychocutaneous Medicine”* (Montagu, 1988; Walker & Papadopoulos, 2005). As esporádicas descobertas e associações relacionam-se, naturalmente, com o contexto hegemônico de grande influência do dualismo cartesiano e em um modelo de forte primazia biomédica.

Outras experiências que sugerem a importância do sistema cutâneo aparecem na investigação dos reflexos galvânicos da pele, estudados por Jung, e a conexão desses reflexos com as experiências psicológicas. O galvanômetro é um instrumento utilizado para medir correntes elétricas de baixa intensidade a partir do contato com a pele e era utilizado por Jung ao longo de testes de associação de palavras. A ideia era que cada elevação na curva elétrica do instrumento corresponderia a um estímulo que acompanha uma emoção (Ramos, 2006).

Paul Schilder, médico austríaco que trouxe importantes contribuições para o campo da imagem corporal na década de 1930, apontou para outras compreensões sobre o assunto. Ele destacou que, além de nos proteger, a pele também funciona como um dos nossos primeiros meios de comunicação. Como o corpo é totalmente recoberto pela pele, entra-se em contato com o mundo através dela, ou seja, a pele é um dos principais mediadores entre o ser e o mundo e é responsável por guardar o sentimento de identidade. Este órgão sensorial é, portanto, um sistema de proteção da individualidade, possuindo importante função na estrutura psíquica do sujeito e auxiliando na formação da autoimagem (Schilder, 1994).

Os pressupostos de Freud, nesse sentido, também foram de grande relevância ao postular a dimensão da superfície do corpo no psiquismo. Em *“O eu e o id”*, Freud menciona a existência de um ego corporal anterior a tudo, “o ego é, primeiro e acima de tudo, um ego corporal” (1923, p. 238). Além disso, chamava a atenção para a superfície do corpo devido à sua bipolaridade tátil (sinto o objeto que toca minha pele ao mesmo tempo que sinto minha pele tocada pelo objeto). A pele, portanto, prepararia o desdobramento psíquico do ego (eu/não eu), sendo a experiência tátil, de certo modo, modelo da experiência psíquica.

Convém destacar que, a despeito de como se dá a formação do ego (o que é alvo de muitos estudos e debates em muitas áreas), há algo em comum na maioria das formulações. Tem-se como lugar comum que a estruturação do ego se dá pelo contato com o outro, o que ocorre, em primeiro lugar, a partir do corpo e, mais especificamente, a partir da pele. É necessário lembrar que o nascimento propriamente dito e o nascimento psíquico não são concomitantes e que, a princípio, há para o bebê a fusão entre ele e a figura materna. Para existir como unidade psíquica, seria necessária uma separação física dessa figura, a partir da qual se tornaria possível a saída da unidade-dual para a existência de um eu e de um não-eu. O ego-corporal, nessa ótica, constitui o ego-psíquico, sendo a consciência do “não-eu” essencial à constituição da identidade individual, ou seja, à ideia de que existem dois seres e não apenas um (Fontes, 2006).

Machado e Winograd (2007) relembram que desde o nascimento, os bebês são tocados e se tocam, e que esses toques enriquecem a construção da imagem e também a vivência de prazer ou desprazer corporal a partir da relação com o outro. Isso significa resgatar a dimensão da sensorialidade na organização do psiquismo antes da palavra ou do discurso e que as primeiras percepções táteis do bebê são primordiais nessa constituição. Assim, é pelo toque delicado na higiene, na alimentação/amamentação, na voz melodiosa, no colo, banho, nos

carinhos e no olhar que retorna contato, entre outros, que o bebê pode se dedicar ao seu trabalho de nascer psicologicamente.

A importância da interação física entre mãe-bebê passa, gradativamente, a tornar-se prevalente em estudos empíricos desenvolvidos no século XX. René Spitz (1945), por exemplo, ao comparar crianças que moravam em um orfanato com outras internadas em uma enfermaria penal, onde suas mães estavam presas, observou uma frequência muito alta de doenças e mortes no orfanato. Por mais que as condições físicas nesse espaço fossem mais adequadas, a importância da relação mãe-filho e a presença ou ausência de contato materno foi atribuída como variável significativa nesse processo. Bowlby (1979) também defendia a importância inata do contato no desenvolvimento do apego infantil após observar crianças na primeira infância que eram separadas ou privadas do contato com suas figuras primárias. Ele elabora a ideia de que essa privação ou estimulação inadequada poderia afetar seriamente os bebês, incluindo impactos cognitivos e emocionais persistentes ao longo da vida.

Outras proposições sobre essa importância vieram por meio das pesquisas, famosas e controversas, como as do pesquisador americano Harry Harlow (1958). Harlow buscou comprovar empiricamente as ideias de Bowlby e, estudando fatores na relação mãe-bebê, observou como bebês macacos criados em laboratório criavam forte vínculo com pedaços de pano usados pra forrar o revestimento do chão e das gaiolas. Ele descobriu que bebês criados em gaiolas de arame sem qualquer revestimento ou com apenas um cone de arame sobreviviam com mais dificuldade do que aqueles que tiveram introduzidos em suas gaiolas um cone de arame recoberto com pano felpudo e dotado com uma lâmpada que irradiava calor. Posteriormente, descobriu que os bebês macacos valorizavam mais a estimulação tátil do que a alimentação, uma vez que preferiam pendurar-se nas “mães” que forneciam contato físico mesmo sem darem leite em detrimento das de arame que os alimentavam.

Gradativamente, portanto, começa a formar-se um corpo teórico que difunde a ideia do corpo como primeiro meio de relação e a necessidade intrínseca humana de conforto, segurança e apego alcançados a partir do acolhimento de um toque cutâneo. Outras proposições essenciais no que concerne a esse campo são as ideias do psicanalista francês Didier Anzieu que, em sua obra intitulada “*O Eu-pele*” (1985), traz a importância da pele na formação do Eu. O autor formula o conceito de Eu-pele como uma figura de linguagem ou metáfora para ressaltar a importância da base orgânica na formação do psiquismo. A partir disso, ele aponta para o que nomeou de uma passagem do Eu-pele ao Eu-psíquico, sendo cruciais nesse desenvolvimento as interações estabelecidas entre a dupla mãe-bebê.

Nesse manejo, a criança faz interface entre o que é de fora e o que é de dentro, além de ter nesse contato uma fonte de segurança e contorno, de continente. Anzieu retoma o aspecto paradoxal de que ao tocar somos também tocados, sujeito e objeto da mesma ação, proporcionando a pele a experiência de si e do outro ao mesmo tempo. Assim, a pele funciona tanto como o primeiro espaço de troca com o outro como um sistema de percepção e proteção da individualidade. Por essa razão, Anzieu fala da pele como um “envelope psíquico”, que ao mesmo tempo em que envelopa o corpo, envelopa também o psiquismo (Anzieu, 1985).

Além disso, o autor define nove principais funções apresentadas pelo Eu-pele, dentre as quais: manutenção do psiquismo; individuação; delimitação das fronteiras do Eu; função de intersetorialidade; função continente; envelope de excitação erógena (que serve de pano para o prazer sexual), dentre outras. Uma das funções diz respeito, também, ao aspecto autodestrutivo da pele e do eu. Desse modo, se não há diferenciação em relação à figura materna, a pulsão agressiva inerente ao bebê voltaria a si próprio por não haver o reconhecimento de um outro que é continente dos afetos iniciais.

Isso seria determinante no desenvolvimento do psiquismo, dependendo da maneira como se deu ou não essa constituição. Nesse sentido, seria frequente observar doenças de pele

relacionadas ao modo como a pessoa busca não só “encontrar os limites do interno em sua corporeidade, mas também como esperança de vir a encontrar o toque terno do corpo do outro” (Durski & Safra, 2016, p. 109). Além disso, Anzieu menciona as fantasias presentes em sua clínica que retomam a ideia de contorno, continente, proteção, bolsa, etc.

Poderia se pensar nas doenças de pele como fruto desse paradoxo ao poderem trazer um interior à tona e, ao mesmo tempo, tanto intimidar como atrair, sendo o adoecimento de pele relacionado à uma dificuldade de limites entre o eu não-eu (Jorge et al., 2004). Isso, porque, em um plano simbólico, a pele pode ser entendida sob a ótica do paradoxo: como órgão de relação, a pele estabelece a fronteira entre o eu não-eu, dentro e fora, intersetorialidade e individualidade, proteção e projeção.

Também na década de 1980, a publicação de outro livro marca o entendimento entre pele e psiquismo sob um viés diferente. O livro *“Psychosomatic Dermatology: Stress and Skin Disease”* (1984), de Emiliano Panconesi, trouxe as primeiras pesquisas que utilizavam a psiconeuroimunologia no campo das dermatoses. Espalhou-se, a partir daí, essa interação sob um olhar que, paulatinamente, explorava os mecanismos neurais, químicos e biológicos e que conquistava a aceitação dos antes céticos a esse respeito (Azambuja, 2017), atendendo a uma metodologia que correspondia a esses anseios. Tem-se, então, a compreensão de que o estresse pode causar reações no sistema nervoso simpático a partir da presença de fibras nervosas em contato com as células da superfície cutânea e com células imunológicas presentes na pele, e a subsequente ativação das glândulas sudoríparas, vasoconstrição ou vasodilatação periféricas, aumento da fragilidade capilar, prurido etc (Azambuja, 2000).

O conhecimento sobre a relação entre pele e psiquismo, como é possível observar, independente do enfoque teórico ou metodológico, é relativamente recente. A maior parte do que sabemos a respeito das funções da pele foi aprendido a partir da década de 1940 e, desde a década de 1970, vem ocorrendo uma ampliação substancial do interesse em teorias e pesquisas

(Montagu, 1988; Silva & Müller, 2007). Todo esse interesse irá se desdobrar em uma área específica, que busca integrar o conhecimento oriundo de múltiplas perspectivas e campos do saber e que possibilita maior compreensão sobre o campo das doenças cutâneas.

1.3 Psicodermatologia

Esse corpo de conhecimento constituído permitiu gradativamente o estabelecimento do campo da Psicodermatologia, área que se tornou uma interface entre psicologia, psiquiatria e dermatologia. Nesse campo, são abordadas doenças de pele em que causas psicogênicas, consequências ou circunstâncias concomitantes têm um papel essencial e uma influência terapêuticamente importante. Assim, ela constitui-se como um ramo que busca compreender como acontece a interação entre pele e fatores psicológicos, além de dar sugestões para o manejo das doenças (Azambuja, 2017; Harth et al., 2009; Jorge et al., 2004).

A prática em psicodermatologia inclui modificações no modo usual de se observar e tratar os pacientes, compreendendo-se que fatores psíquicos podem desempenhar um papel primário ou secundário a uma doença de pele. Essa diferença é fundamental para se compreender a etiologia e decidir sobre o manejo e tratamento que deve ser direcionado a cada paciente. Assim, na classificação psicossomática das dermatoses, utilizaremos a definição de Koo e Lebowhl (2001), uma das mais difundidas e nas quais três grupos principais podem ser diferenciados:

- ◆ **Dermatoses de base psicológica/psiquiátrica primária (com enfoque em comportamentos obsessivo/compulsivos ou psicóticos)**

Essas dermatoses são aquelas desencadeadas por desordens mentais que podem ser acompanhadas por alucinações, delírios, comportamentos obsessivo-compulsivos, ampliação de sintomas, dentre outros. São encontradas em menor frequência e têm como exemplos: escoriações de pele; onicofagia (comportamentos de autolesão na área das unhas e cutículas), dermatite artefacta (quadro com lesões provocadas pelo próprio sujeito, que pode ser mais ou menos consciente a respeito do comportamento), ilusão de parasitose (crença de que a pele está infestada de parasitas, insetos ou bichos), distúrbio dismórfico do corpo (pensamentos obsessivos de ordem estética, preocupação com falhas leves ou imaginadas que envolvem cabelos, acne, cicatrizes, rugas), glossodinia (sensações dolorosas na língua ou mucosa bucal), parestesias (dormências ou formigamentos) e tricotilomania (comportamento de arrancar os próprios cabelos e/ou pelos).

◆ **Dermatoses de base multifatorial, cujo curso é influenciado por estados psicológicos**

Nesse grupo estão as doenças que sofrem influência dos fatores psíquicos na eclosão, desenvolvimento, agravamento ou remissão da doença. Exemplos: psoríase (manchas avermelhadas com escamas secas que provocam coceira), dermatite atópica (pele seca, erupções que coçam e crostas), vitiligo (lesões com áreas despigmentadas), alopecia areata (queda de cabelo em falhas circulares ou no corpo todo), acne (espinhas e cravos), formas crônicas de urticária (lesões avermelhadas e inchadas que provocam coceira ou ardor), rosácea (ruborização, vermelhidão, presença de microvasos e inflamações), hiperhidrose (produção excessiva de suor), herpes simples (pequenas bolhas infecciosas agrupadas), dermatite seborreica (oleosidade, descamação e vermelhidão em áreas da face), líquen plano (coceiras e

protuberâncias em mucosas, unhas, couro cabeludo), hidradenite (lesões inflamadas e dolorosas que podem evoluir com abertura de pus), entre outros.

◆ **Dermatoses que afetam o psiquismo e provocam desordens psicológicas/psiquiátricas secundárias**

No terceiro grupo, têm-se as dermatoses que influenciam o estado emocional do paciente e que são mantidas ou agravadas por esses estados. Neste caso, elas têm um profundo impacto na autoestima e autoimagem do paciente, trazendo como consequência depressão, frustração, ansiedade, evitação social, dificuldades de ajuste, baixa autoestima, entre outros. Tem-se como exemplo a psoríase, alopecia areata, alergias, dermatites numulares, neoplasias, ictiose, hemangiomas e acne cística. Poderia acrescentar-se muitas outras, neste item, entendendo que qualquer dermatose pode denotar impacto e sofrimento significativos.

Nessa perspectiva, vale lembrar que em um sentido mais amplo a visão psicodermatológica abrange qualquer doença de pele, uma vez que todas podem ter reflexos e impactos emocionais (Armenteros et al., 2016; Azambuja, 2017). É necessário ressaltar a limitação e o cuidado com o uso da classificação, a fim de que não seja taxativa, mas sua utilidade em direcionar grupos de doenças no sentido das semelhanças de questões primordialmente implicadas a elas. Com relação ao segundo grupo de doenças, os autores mencionam que esse é um campo de crescente atenção, embora tenha sido por muito tempo subestimado, sendo esse, neste estudo, o grupo de doenças ao qual nos debruçaremos por seu caráter mais orientado à psicossomática.

Por sua base multifatorial, a Psicodermatologia requer uma equipe multidisciplinar, sendo idealmente composta por profissionais como dermatologistas, psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, pediatras, geriatras, assistentes sociais, entre outros (Bewley et al., 2014). Deve-

se ressaltar, ainda, que o objetivo não deve ser a cura completa ou a eliminação da doença, que nem sempre é possível, mas a atenção aos estados mentais que fazem parte do quadro clínico e o fornecimento de recursos para lidar com o problema (Azambuja, 2017).

Com o estabelecimento gradual da Psicodermatologia como campo, outros tipos de estudo trouxeram novas contribuições. Observou-se, por exemplo, o impacto que as doenças cutâneas podem ter, destacando-se muitas vezes qualidade de vida e funcionamento psicossocial prejudicados em pacientes com diferentes tipos de dermatoses. Também tornou-se possível o delineamento de estudos que comparam pacientes com e sem dermatoses, dermatoses entre si ou dermatoses em comparação à outras doenças, usando-se instrumentos gerais de qualidade de vida ou alguns desenvolvidos especificamente para o contexto dermatológico. Atualmente, alguns dos mais utilizados são o *Dermatology Life Quality Index (DLQI)* e o *Skindex*, sendo que também há instrumentos voltados a populações de adultos ou crianças e patologias específicas como psoríase (*Psoriasis Disability Index*), acne (*Acne Disability Index*), dermatite atópica (*Quality of Life for Atopic Dermatitis*), entre outras (Cárcano et al., 2018; Finlay & Khan, 1994; Finlay, 2005; Heller et al., 2012).

Aos poucos, esse conhecimento permitiu delinear um novo cenário às doenças cutâneas que, por vezes, eram tidas como brandas em termos do impacto subjetivo que provocam (por localizarem-se “apenas” na superfície do corpo). Descobriu-se que as doenças de pele, embora não potencialmente fatais, podem causar tanto impacto quanto outras doenças crônicas, como câncer, artrite, hipertensão, doença cardíaca e diabetes (Bhutani et al., 2013; Rapp et al., 1999). Compreender o impacto das doenças e, ao mesmo, o que predispõe o surgimento delas, impulsionou a ampliação de pesquisas em diversos segmentos. Assim, ao mesmo tempo em que novos mecanismos e terapêuticas foram sendo descobertas do ponto de vista orgânico, a observação de que fatores de várias ordens tanto predispunham como eram consequência dos adoecimentos começou a amplificar os estudos em vários países do mundo.

Vale mencionar, nesse sentido, que os estudos e pesquisas sobre Psicodermatologia e a relação pele/psiquismo ocorrem no mundo todo, embora ainda sejam escassos grupos específicos dedicados à essa temática. No Brasil, não há instituições formais sobre o campo, mas atualmente existem algumas associações internacionais como a *Psychodermatology UK* (<https://www.psychodermatology.co.uk/>), *Association for Psychoneurocutaneous Medicine of North America* (<http://www.psychodermatology.us/>), *The European Society for Dermatology and Psychiatric* (www.psychodermatology.net) e *Japanese Society of Psychosomatic Dermatology* (<http://www.jpsd-ac.org/>), que promovem encontros, estudos e pesquisas.

Apesar disso, a prática em Psicodermatologia ainda enfrenta desafios no sentido de sua efetivação no cotidiano dos profissionais e de articulação com a prática clínica. Richards et al. (2004), por exemplo, realizaram dois tipos de análise em uma pesquisa que avaliou consultas entre dermatologistas e pacientes: na primeira, os pacientes foram avaliados com relação à ansiedade e depressão; na segunda os médicos registraram se acreditavam que o paciente estava sofrendo psicologicamente com esses fatores. As respostas indicaram que 37% dos pacientes foram identificados como prováveis casos clínicos de ansiedade e 12% de depressão. Contudo, o nível de concordância entre a classificação do paciente e a realizada pelo dermatologista foi baixa, sendo que em apenas 39% dos casos as dificuldades psicológicas dos pacientes foram levantadas pelos dermatologistas. Além disso, quando os dermatologistas identificaram as dificuldades, nenhuma outra ação foi tomada após a consulta na maioria dos casos.

Em outro estudo, realizado com 102 médicos dermatologistas, Jafferany et al. (2010) encontraram que apenas 18% dos médicos relataram um entendimento claro do campo da Psicodermatologia e que 42% relataram estar confortáveis em diagnosticar e tratar questões psicocutâneas. Além disso, 39% dos participantes manifestaram interesse em participar de algum tipo de atividade de educação continuada sobre o assunto. Esses resultados sinalizam

uma falta de conhecimento sobre questões que envolvem o campo e questões relativas à saúde mental dos pacientes.

Há algumas variáveis que, já há algum tempo, vêm sendo estudadas em maior aproximação com as dermatoses. Uma vez que a pele é o maior órgão do corpo e desempenha funções importantes de barreira e imunidade, tem sido reconhecido que esse sistema pode ser um fator imediato de percepção do estresse, por exemplo (Chen & Lyga, 2014). Nesse sentido, essa variável pode se fazer presente principalmente em relação às dermatoses do segundo grupo de Koo e Lebwohl (2001), tidas como de base multifatorial e influenciadas por estados psicológicos. Considerando que fatores distintos podem estar presentes nesse processo, é necessária uma análise sobre a duração da exposição ao evento estressor (agudo x crônico), tipo de estresse, contexto, etapa de desenvolvimento em que ele aparece e tipo de manifestação cutânea que é desencadeada.

Além do estresse, a ansiedade e a depressão também são tratadas na literatura enquanto fatores associados às condições dermatológicas. Nesse caso, esses aspectos podem aparecer de diferentes maneiras: como uma tentativa de enfrentamento de sentimentos complexos, manifestando-se em arranhões e coceiras ou associados à automutilação ou comportamentos repetitivos focados no corpo; como uma menor tolerância à efeitos colaterais, aumento da percepção de dor, coceira e desfiguração (Shah & Bewley, 2014); e, além disso, como resultado de alterações significativas nos eixos que envolvem as funções neuroendócrinas em situações de sofrimento e que podem levar a exacerbações de dermatoses principalmente inflamatórias (Gupta et al., 2017).

Ademais, é importante o entendimento de que nem sempre as manifestações apresentadas pelos pacientes vão seguir uma linha clara de sintomatologia e que alguns pacientes podem, por exemplo, queixar-se de alterações cutâneas como dor e sensação de queimação para as quais nenhuma base física/orgânica pode ser identificada. Os traços

depressivos ou ansiosos, nesse caso, podem estar “mascarados” e não necessariamente serem identificados com clareza. Uma queixa física, desse modo, pode ser sugestiva de uma condição mais complexa do ponto de vista psicológico (Koo & Lebowhl, 2001).

Para Gupta (2005), embora as comorbidades psicológicas e psiquiátricas geralmente sejam vistas como secundárias à desordem cutânea, em algumas instâncias elas podem ser o fator primário e/ou ter implicação direta com o curso do sintoma dermatológico, e, por isso, devem ser investigadas de uma maneira abrangente. Embora nenhuma dessas variáveis apresentadas seja necessariamente prejudicial, uma vez que constituem processos de suma importância à vida, deve-se estar atento para sua apresentação, cronificação e possibilidade de manejo. É importante atentar-se, nesse sentido, à intensidade e frequência dos sintomas como indicativos de sofrimento junto a uma situação ou circunstância específica.

Há outras variáveis frequentemente investigadas em menor proporção com relação às dermatoses, como qualidade de vida, estresse pós-traumático, suicídio, sono, personalidade, sexualidade etc. Além dessas, vem ganhando certo destaque, apesar dos estudos ainda incipientes, a investigação da alexitimia, conceito frequentemente vinculado ao campo geral das doenças psicossomáticas. O interesse pelo campo da alexitimia tornou-se difundido a partir dos estudos de Peter Sifneos e John Nemiah, na década de 1970, que apontavam para uma maneira peculiar de lidar com as emoções e sentimentos de alguns pacientes. O trabalho desses dois autores coloca esse construto como algo que pode ser entendido e descrito a partir de uma dificuldade em identificar ou expressar emoções e afetos (etimologicamente, o conceito significa “sem palavras para emoções”) e com o maior uso da expressão corporal para sentimentos não vivenciados ou elaborados (Sifneos, 1996).

Antes disso, uma noção similar vinha sendo desenvolvida na década de 1960 pela Escola Psicossomática de Paris, principalmente por Pierre Marty e Michel de M’Uzan, sob a noção de “pensamento operatório”. O conceito se relaciona a um estilo de pensamento concreto, pouco

elaborado psiquicamente e com ausência ou dificuldade de modulação afetiva. Ao falar de alexitimia, portanto, refere-se essencialmente a uma dificuldade ou inabilidade de identificar e expressar/descrever estados emocionais e/ou sentimentais, além de uma dificuldade de diferenciação desses afetos de estados corporais (Marty & M'Uzan, 1994; Mostaghini, 2017; Sifneos, 1996; Thompson, 2005). De uma maneira mais detalhada, três fatores centrais podem estar envolvidos: (1) dificuldade em identificar sentimentos e distingui-los das sensações corporais da emoção; (2) dificuldade em comunicar, descrever e expressar sentimentos; e (3) pensamento orientado para o exterior, baseado no concreto e com uma pobre capacidade de fantasiar e imaginar (Freire, 2010; Willemsen et al, 2008).

Várias perspectivas se incorporaram ao estudo da alexitimia, sendo possível atualmente considerá-la sob uma ótica psicodinâmica, neurofisiológica, de aprendizagem social, genética, entre outras. Gradualmente, ela foi sendo estudada e descrita como um fator de risco para uma variedade de condições, como abuso e dependência de substâncias (Carneiro, 2008), perturbações alimentares (Berthoz et al., 2007), hipertensão (Jula et al., 1999), doenças renais (Pregnoatto, 2005), doenças inflamatórias intestinais (Guimarães & Yoshida, 2008), entre outras. Uma revisão sistemática sobre o assunto traz, entretanto, que evidências epidemiológicas sobre alexitimia como fator de risco prognóstico para problemas de saúde não é algo ainda bem estabelecido (Kojima, 2012).

Apesar disso, Willemsen et al. (2008), em um estudo intitulado “*Alexythymia and dermatology: the state of the art*”, sugeriram que alguns resultados já apontam para implicações importantes da alexitimia no tratamento de alguns distúrbios dermatológicos, incluindo alopecia areata, psoríase, vitiligo e dermatite atópica. A observação e investigação dessa dificuldade, portanto, pode trazer benefícios à prática de manejo com o paciente ao longo de seu processo de tratamento, razão pela qual é importante que essa variável seja considerada e avaliada.

Observa-se, assim, uma trajetória incipiente, porém profícua com relação à construção do campo da Psicodermatologia. No capítulo seguinte, serão exploradas mais especificamente algumas das doenças aqui descritas, assim como algumas das variáveis psicológicas retratadas.

CAPÍTULO 2

LEVANTAMENTO DE PESQUISAS SOBRE ALOPECIA AREATA, PSORÍASE E VITILIGO: UM ENFOQUE PSICOLÓGICO

Esse capítulo tem como intuito fornecer um panorama da literatura e, por essa razão, será inicialmente constituído por uma breve apresentação das doenças que serão exploradas na pesquisa de campo, a fim de viabilizar uma compreensão básica sobre aspectos envolvidos em cada uma delas¹. Na sequência, serão detalhados aspectos referentes ao percurso metodológico desta revisão e os principais resultados encontrados.

2.1 Alopecia Areata

A alopecia areata caracteriza-se como uma doença inflamatória que provoca perda de pelos em uma ou mais áreas do couro cabeludo e, ocasionalmente, em outras regiões pilosas do corpo. De maneira geral, os fios começam a cair resultando em falhas circulares sem pelos ou cabelos, sendo que essas perdas podem ser pequenas e circunscritas, com poucas regiões afetadas ou, em outros casos, maiores e mais extensas (Figuras 1 e 2). A queda é o principal sintoma, entretanto, prurido e sensibilidade também podem estar associados (www.sbd.org.br).

A evolução e prognóstico da doença são imprevisíveis, podendo haver tanto queda total quanto repilação dos locais afetados. Isso é possível acontecer, porque a doença não destrói os

¹ As imagens que serão utilizadas para exemplificar cada condição são oriundas de registros particulares ou de ensaios fotográficos que foram publicados em redes sociais por pessoas que possuem as condições aqui descritas. Optou-se por essas imagens, ao invés das contidas em livros/manuais de ensino, uma vez que se entende que a difusão de fotografias sob essa perspectiva é de fundamental importância para promover um olhar cada vez mais natural e menos estigmatizante de cada doença. Alguns dos perfis produzem trabalhos orientados à divulgação, conscientização e discussão e, por essa razão, sugere-se ao leitor a busca por trabalhos desse tipo, sendo os exemplos aqui apresentados apenas uma pequena parcela do que há disponível na internet e nas mídias sociais. A reprodução das imagens foi autorizada formalmente pelos detentores dos direitos autorais de cada uma, de acordo com orientações do Manual da APA (7ªed).

folículos pilosos, mas os mantêm inativos por conta da inflamação. Embora na maioria dos casos haja repilação espontânea (em média 80% após um ano), em outras vezes o processo progride com novas lesões concomitantes, que acabam por atingir todo o couro cabeludo. Nessas circunstâncias, denomina-se *alopecia areata total* os casos em que o paciente perde todo o cabelo da cabeça, e *alopecia areata universal* os casos em que caem todos os pelos do corpo (Azulay, 2015).

Figura 1. *Alopecia areata*



Nota. Amélie [@hellopecia]. (2020, 14 de maio). [Fotografia]. Instagram. <https://www.instagram.com/p/CALTxutgpRv/>

A doença geralmente acomete entre 1% a 2% da população, afeta igualmente homens e mulheres e costuma ser historicamente prevalente em faixas etárias mais jovens. O couro cabeludo costuma ser o local de maior envolvimento e, em segundo lugar, a região occipital, envolvendo sobrancelhas e cílios. Segundo Harth et al. (2009), a alopecia areata é considerada

uma doença de causa multifatorial, em que fatores genéticos, emocionais, traumas físicos e quadros infecciosos podem desencadear ou agravar a condição. O aspecto autoimune, entretanto, é apontado como um dos principais envolvidos no processo fisiopatológico.

Figura 2. *Alopecia areata*



Nota. Amber [Fotografia]. Por Benjamin Madgwick, 2020, Also Journal. <https://alsojournal.com/beauty/editorial-beauty/amber/>

Algumas doenças podem frequentemente estar associadas, como doença tireoidiana, lúpus eritematoso, vitiligo, diabetes mellitus e doença inflamatória intestinal. Para desenvolvimento da alopecia total ou universal, menor idade de início, doença autoimune ou atópica associada (particularmente doença da tireoide e dermatite atópica), alterações nas unhas, Síndrome de Down e história familiar positiva da doença podem ser considerados fatores de risco (Fricke & Miteva, 2015). Os tratamentos disponíveis visam controlar a doença, reduzir falhas e evitar novas quedas, estimulando o folículo a se desenvolver novamente. Parte

significativa dos tratamentos pode apresentar uma taxa de recidiva e também efeitos colaterais negativos, o que implica um desafio para os médicos e impõe um ônus psicológico e econômico importante aos pacientes (Simakou et al., 2019).

2.2 Psoríase

Doença crônica, cíclica e não contagiosa, a psoríase inclui sintomas que variam de paciente para paciente e que podem incluir: manchas vermelhas com escamas secas esbranquiçadas; pele ressecada e rachada, às vezes com sangramento; coceira, queimação e dor; inchaço e rigidez nas articulações; pequenas manchas brancas ou escuras residuais após as lesões; unhas grossas e sulcadas; entre outros aspectos. A prevalência da doença varia entre 1% a 2% da população, havendo dois picos principais de incidência: entre 20 e 30 anos, e entre 50 e 60 anos (www.sbd.org.br).

Não há etiologia definida, sendo considerada uma base multifatorial associada principalmente à hereditariedade genética, alterações no sistema imunológico e interações com o meio ambiente. Além de histórico familiar, fatores como estresse, obesidade, tabagismo, exposição ao tempo frio, consumo de bebidas alcoólicas, infecções e alterações metabólicas têm sido associados ao início ou piora da doença. O diagnóstico é geralmente clínico e, em geral, não requer complementação laboratorial.

De acordo com Azulay (2015), há vários tipos de psoríase (Figuras 3 e 4), sendo algumas delas: *em placas* ou *vulgar*, manifestação mais comum e que envolve placas secas, avermelhadas e com escamas; *ungueal*, que afeta as unhas das mãos e dos pés; *do couro cabeludo*, na qual surgem áreas avermelhadas e com escamas branco/prateadas, principalmente após se coçar; *gutata*, caracterizada por pequenas feridas, mais finas e em forma de gota no tronco, braços, pernas e couro cabeludo; *invertida*, que atinge principalmente áreas úmidas

(axilas, virilhas, embaixo dos seios e regiões ao redor dos genitais); *pustulosa*, com manchas e bolhas em todas as partes do corpo ou em áreas delimitadas, geralmente com a presença de pus; e *eritodérmica*, tipo menos comum com manchas que podem coçar, arder e provocar manifestações sistêmicas.

Figura 3. *Psoríase*



Nota. Rocyie Wong [@rocyie]. (2019, 10 de setembro). [Fotografia]. Instagram. <https://www.instagram.com/p/B2OkGzjpCAI/>

A psoríase costuma frequentemente estar associada com artrite psoriática (que inclui sintomas mais intensos de dor, rigidez e inchaço nas articulações) além de outras doenças, como as que envolvem distúrbios cardiometabólicos, doenças gastrointestinais, acidente vascular cerebral, esclerose múltipla e alguns tipos de câncer (Amanat et al., 2018; Ayala & Ayala, 2009). É uma doença sem cronologia precisa, com fases de maior estabilidade e recidiva, podendo chegar a ser incapacitante principalmente nos quadros que envolvem artropatia.

Figura 4. *Psoríase*



Nota. Anya Yashkina [@yahshkens]. (2019, 4 de janeiro). [Fotografia]. Instagram. <https://www.instagram.com/p/BsNPCOKgSYo/>

As modalidades de tratamento costumam ser combinadas, variando de acordo com a forma da psoríase, severidade e extensão do quadro. Em quadros leves, medicamentos tópicos, hidratação e exposição diária ao sol costumam ser indicados e em casos um pouco mais graves, tratamento de fototerapia com exposição à luz ultravioleta pode ser recomendado. Em casos considerados graves ou refratários, pode ser associada medicação via oral ou injetável. Como medida geral, costuma ser recomendado o uso de óleos ou outros emolientes para ajudar no tratamento das escamas e na sensação de desconforto (Harth et al., 2009).

2.3 Vitiligo

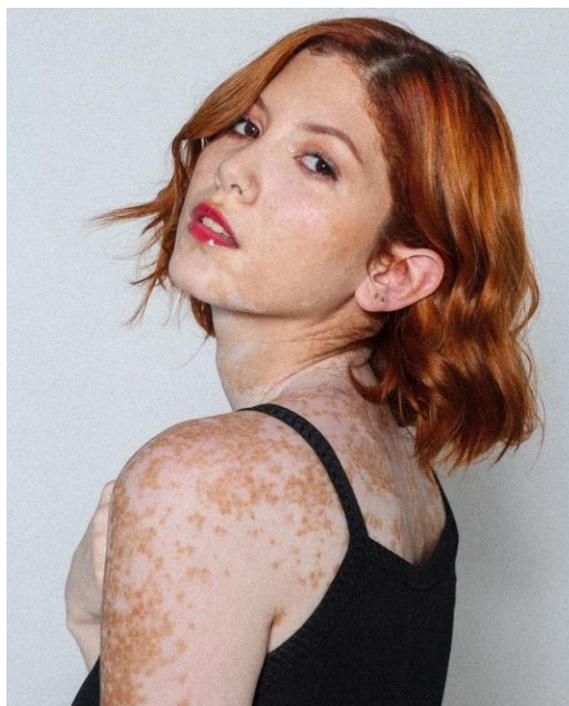
O vitiligo é uma doença caracterizada por lesões cutâneas de hipopigmentação, isto é, lesões que sofrem perda de coloração ocasionada pela diminuição ou ausência de melanócitos (Figuras 5 e 6). O tamanho das manchas hipopigmentadas possui uma distribuição característica e um tamanho variável, não provocando nenhum sintoma físico adicional, embora seja possível que alguns pacientes sintam dor ou sensibilidade na área afetada. O diagnóstico geralmente é clínico, sendo esse o momento no qual o médico dermatologista irá determinar o tipo de vitiligo, se há alguma doença autoimune associada e a melhor terapêutica indicada (www.sbd.org.br).

O vitiligo também é entendido como uma doença não contagiosa, de base multifatorial e etiologia não definida, estando alguns fatores autoimunes, neurogênicos e relacionados à estresse oxidativo comumente relacionados à condição. Além da predisposição genética e gatilhos emocionais, fatores ambientais que envolvem exposição a produtos químicos e industriais também podem ser considerados. São comuns algumas localizações preferenciais, como face, punhos, dorso dos dedos, região da boca e olhos, dobras naturais da pele, genitálias e eminências ósseas. Pode ocorrer também leucotriquia, isto é, acometimento de pelos em diferentes partes do corpo. O vitiligo pode ocorrer em qualquer idade, mas costuma ser mais frequente na segunda ou terceira década de vida. De maneira geral, afeta entre 0,5% a 1% da população, não tendo preferência por sexo ou etnia.

A classificação do vitiligo depende de sua distribuição e extensão, podendo ser consideradas três formas principais. A forma *não segmentar* inclui as apresentações *vulgar* (múltiplas lesões, simétricas e generalizadas); *universal* (despigmentação quase completa); e *acrofacial* (periorifacial e ponta dos dedos). A forma *segmentar* inclui o subtipo *segmentar* (acomete apenas um segmento do corpo); *focal* (uma ou poucas lesões em uma determinada área da pele); e *mucoso* (envolvendo uma ou mais lesões em áreas de mucosa). Na forma mista,

mais rara, pacientes com a forma segmentar podem apresentar lesões em outros locais (Azulay, 2015).

Figura 5. *Vitiligo*



Nota. Bianca [@karenleda]. (2020, 25 de junho). [Fotografia]. Instagram. <https://www.instagram.com/p/CB3TGGqjbU6/>

Os pacientes com a doença têm um risco aumentado de outras doenças autoimunes, incluindo diabetes, anemia, doenças tireoidianas, lúpus, artrite reumatoide e alopecia areata. A evolução é imprevisível e sujeita a diversos fatores, sendo que o objetivo do tratamento médico inclui a estabilização da doença e a repigmentação. Para definição da terapêutica, deve ser considerado se a doença está estável ou em progressão e também a idade, uma vez que a repigmentação costuma ocorrer mais eficazmente em crianças. No tratamento, podem ser utilizados corticosteroides, derivados de vitamina D, fototerapia com radiação ultravioleta B ou ultravioleta A (Ortonne, 2008).

Figura 6. *Vitiligo*



Nota. Akin Cavalcante [@akincavalcante]. (2019, 27 de janeiro). [Fotografia]. Instagram.

<https://www.instagram.com/p/BtI-ElrnkFA/>

2.4 Revisão da literatura

Para realizar esta revisão, considerou-se a seguinte pergunta norteadora: “Quais as associações existentes entre estresse, depressão, ansiedade e alexitimia em relação à alopecia areata, vitiligo e psoríase na literatura científica no período de 2005 a 2020?”. A partir disso, procedeu-se a busca por publicações nos seguintes bancos de dados eletrônicos: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); *Scientific Electronic Library Online* (SciELO); Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PePSIC); e o Portal Periódicos da CAPES, no período de janeiro de 2005 a julho de 2020. Foi feita uma associação e combinação entre as palavras-chave *estresse*, *depressão*, *ansiedade e alexitimia* e as doenças já mencionadas: psoríase, alopecia areata e vitiligo,

considerando-se os unitermos indicados pelos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) em português e em inglês.

Foram incluídos nesta revisão: (1) artigos publicados entre 2005 e 2020; (2) publicados em periódicos indexados e disponíveis na íntegra; (3) artigos em português e inglês; e (4) com temática concernente aos objetivos do tema e da revisão. Por essa razão, torna-se relevante destacar que estudos que abrangeram outras variáveis (como qualidade de vida, suicídio ou aspectos de personalidade, por exemplo) foram incluídos apenas se consideravam também as variáveis aqui destacadas. Além disso, considerando a diferença em termos de desenvolvimento no ciclo vital, foram incluídos estudos que abordassem exclusivamente pacientes adultos, pesando como critério de elegibilidade a idade de 18 anos ou mais.

Para seleção do material, realizou-se leitura minuciosa dos títulos e resumos dos artigos. Aqueles condizentes com os critérios adotados foram selecionados para que houvesse recuperação e leitura dos trabalhos completos, sendo possível delimitar quais seriam os estudos utilizados. Para preparação e organização dessas informações, os artigos foram classificados com o intuito de identificar o ano de publicação, autores, áreas do conhecimento de produção, principais instrumentos utilizados, delineamentos metodológicos e principais resultados e conclusões. Com relação ao delineamento, especificamente, os estudos foram classificados de acordo com algumas das categorias estabelecidas pelo Manual de Publicação da *American Psychological Association* (2020) como sendo: artigos quantitativos, qualitativos, de métodos mistos, revisão de literatura e artigos metodológicos.

Foi encontrado, de acordo com cada base de dados, o seguinte arranjo de artigos: Biblioteca Virtual em Saúde ($n = 1426$); *Scientific Eletronic Library Online* ($n = 72$); Periódicos Eletrônicos em Psicologia ($n = 78$); Portal Periódicos da CAPES ($n = 165$). Por meio de uma leitura preliminar dos títulos e resumos, foram selecionados 328 trabalhos. Ao final, após uma

leitura atenta de todo o *corpus* constituído, verificou-se que 89 dos artigos selecionados abarcavam todos os critérios estabelecidos.

2.5 Panorama nacional

Inicialmente, identificaram-se 37 artigos divulgados em periódicos nacionais. Após análise, entretanto, evidenciou-se que apenas 15 eram voltados de fato para o tema em questão, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. A distribuição de acordo com o grupo de doenças apontou maior número de estudos voltados ao vitiligo ($n = 7$), seguidos da psoríase ($n = 6$) e alopecia ($n = 2$). A Tabela 1 permite algumas observações sobre esse material.

Tabela 1. Principais aspectos sobre as produções dos estudos nacionais

Principais Instrumentos	Tipo de Estudo	Ano de Produção	Área do Conhecimento	Local de Produção
Questionário sociodemográfico	Qualitativo ($n = 7$)	2005-2010 ($n = 7$)	Psicologia ($n = 10$)	Sudeste ($n = 7$)
Entrevista semiestruturada	Quantitativo ($n = 5$)	2010-2015 ($n = 1$)	Medicina ($n = 2$)	Sul ($n = 5$)
Escalas/ Instrumentos	Misto Revisão ($n = 2$)	2015-2020 ($n = 7$)	Outras áreas ($n = 3$)	Nordeste ($n = 3$)

A janela pesquisada neste trabalho abarcou os últimos 15 anos, pois se observou que grande parte da produção nacional está centrada no período entre 2005-2010. Assim, uma vez que a produção nacional não se mostrou expressiva, entendeu-se necessário englobar o período relativo à essa produção. A maior parte dos estudos, de maneira geral, classifica-se sob o delineamento qualitativo, é proveniente da área de Psicologia e utiliza a entrevista semiestruturada e o modelo de questionário sociodemográfico como principais ferramentas.

2.6 Panorama internacional

Inicialmente, identificaram-se 291 artigos divulgados em periódicos internacionais e 74 foram selecionados de acordo com os critérios estabelecidos. Desses, encontram-se distribuídos entre os grupos de adoecimento: psoríase ($n = 44$), alopecia ($n = 17$) e vitiligo ($n = 13$) (Tabela 2).

Tabela 2. Principais aspectos sobre as produções dos estudos internacionais

Ano de Produção	Tipo de Estudo	Local de Produção	Área do Conhecimento	Instrumentos
2005-2010 ($n = 7$)	Quantitativo ($n = 45$)	Europa ($n = 42$)	Medicina ($n = 42$)	Questionário Sociodemográfico
2010-2015 ($n = 31$)	Qualitativo ($n = 3$)	América do Norte ($n = 16$)	Psicologia ($n = 8$)	Escalas/ Instrumentos
2015-2020 ($n = 36$)	Misto ($n = 3$) Revisão ($n = 23$)	Ásia ($n = 11$) Multicêntrico/ Outros ($n = 5$)	Outras áreas ($n = 12$) Não identificados ($n = 12$)	Entrevista semiestruturada

Comparando com a literatura nacional, observa-se uma distribuição mais uniformizada ao longo dos últimos anos, havendo um aumento desde 2010-2015 e uma velocidade similar em 2016-2020, o que indica uma produção atualizada e constante. Além disso, a maioria dos artigos se classifica como quantitativo, sendo que mais da metade destes ($n = 38$) utiliza como ferramenta metodológica grupos-controle.

Com relação aos locais de produção, a maioria dos estudos foi proveniente do continente europeu, seguida pelo continente norte-americano. Ressalta-se a limitação desta revisão em ter utilizado como palavras-chaves nas bases de dados unitermos apenas na língua portuguesa e inglesa, o que influencia esses achados. A maioria dos artigos tem como primeiros autores

pesquisadores ligados a departamentos de Medicina, sendo predominante, dentro da área médica, pesquisadores ligados à dermatologia e psiquiatria. Além da Psicologia, outras áreas presentes englobaram departamentos de ciências humanas, epidemiologia, saúde coletiva, psicopatologia, psicossomática, neurociências, entre outros.

Os instrumentos utilizados foram, em sua maioria, questionários sociodemográficos e clínicos seguidos de escalas/instrumentos diversos. Os instrumentos são voltados à avaliação de ansiedade, depressão, sintomas psicopatológicos e de saúde geral, alexitimia, qualidade de vida, personalidade, além daqueles voltados à avaliação do tipo e/ou nível de gravidade da doença. Algumas investigações também utilizaram exames laboratoriais ou grandes bases de dados de pesquisas nacionais em saúde ou de internação para realizar investigações tanto retrospectivas como prospectivas. Na sequência, serão apresentados os principais resultados e conteúdo dos artigos categorizados por tipo de doença, considerando uma ordem decrescente do quantitativo encontrado para cada uma delas.

2.7 Conteúdo dos artigos categorizados por tipo de doença

2.7.1 Psoríase

Diferentes aspectos foram analisados nas pesquisas referentes à psoríase, que foi a doença com maior número de estudos encontrados ($n = 71$). Esse número pode indicar, de modo geral, que a doença constitui uma grande preocupação para profissionais e pesquisadores. Em sua maioria, os trabalhos estão voltados para a avaliação de níveis de estresse, ansiedade e depressão por meio de variadas escalas ou instrumentos. Aponta-se o efeito de um ciclo vicioso na doença, que inclui o papel dos aspectos psíquicos na eclosão/desenvolvimento e o papel da

própria doença na vida subjetiva dos portadores. A grande maioria, entretanto, direciona maior atenção às consequências psicológicas após o acometimento da doença.

Via de regra, observa-se a menção de que pacientes com psoríase apresentam redução do bem-estar e impacto psicológico mais significativo do que pacientes sem a doença, indicando prevalência clinicamente importante (Egeberg et al., 2019; Kotrulja et al., 2010; Kouris et al., 2015; Moreira et al., 2016; Tribó et al., 2019). Houve, entretanto, grande variabilidade entre os resultados. Enquanto alguns estudos demonstraram uma média entre 10% a 24% de índices de ansiedade e depressão (Dalgard et al., 2015; Lamb et al., 2017; McDonough et al., 2014; Tee et al., 2016; Tian et al., 2019), outros demonstraram níveis entre 35% e 40% (Luca et al., 2016; Singh et al., 2015).

Mostrou-se predominante, também, a existência da relação entre estresse e a doença (Silva & Silva, 2007; J. D. T. Silva et al., 2006), havendo menção de níveis de estresse em até 85% dos pacientes (Leovigildo et al., 2016). Essa variável foi evidenciada como gatilho para a psoríase em alguns estudos, sendo observada a presença de eventos de vida mais estressantes no último ano ou no momento de desencadeamento da dermatose (Calvetti et al., 2017; Janković et al., 2009; Rousset & Halioua, 2018; J. D. T. Silva et al., 2006). Assim, a evidência em relação ao estresse, embora não seja totalmente consensual (Hunter et al., 2013), mostrou-se amplamente aceita e discutida.

Uma análise permite identificar que grande parte dos estudos que vincula estresse e psoríase parte do ponto de vista dos mecanismos fisiopatológicos envolvidos nessa interação. As pesquisas nesse sentido envolvem avaliações *in vitro* com a medição do nível de cortisol sérico ou de outros possíveis biomarcadores do estresse psicológico. Os estudos são tanto transversais, medindo níveis de estresse nos momentos de realização da pesquisa, como longitudinais, em perspectivas temporais distintas da doença. Discute-se, também, evidências a respeito desses principais biomarcadores (Tampa et al., 2018) e o papel de fatores ambientais

na indução de processos inflamatórios em indivíduos com suscetibilidade latente (Zeng et al. 2017).

De maneira geral, essas pesquisas trazem indícios de que o estresse psicológico resulta em uma desregulação do sistema imunológico e do aumento do tráfego de células inflamatórias na pele, o que pode exacerbar a psoríase – que é, lembrando, uma doença inflamatória. Da mesma forma, o processo inflamatório psoriático pode também ter um efeito direto no sistema nervoso central, contribuindo para o desencadeamento de quadros mentais diversos (Aleem & Tohid, 2018; Basavaraj et al. 2011; Harvima & Nilsson, 2012; Hunter et al., 2013; Koo et al., 2017; Kwon et al., 2018; Moreira et al., 2016; Schmid-Ott et al., 2009).

Como já apontado, grande parte dos estudos traz os aspectos de estresse, ansiedade e depressão a partir do impacto e morbidade psicológica que a doença provoca. Descreve-se estigmatização, baixa-autoestima, antecipação de rejeição, sentimentos de falha, efeitos na sexualidade, evitação comportamental, culpa, vergonha, sensibilidade à opinião de outras pessoas, depressão e senso de identidade perturbado (Hrehorów et al., 2012; Kostyła et al., 2013; Young, 2017). Associa-se a esse fato, por conta do perigoso círculo vicioso que a doença desencadeia, que a estigmatização e seus efeitos podem trazer sintomas ansiosos e/ou depressivos ainda mais expressivos, o que pode evoluir para níveis de depressão mais sérios e tentativas de suicídio (Dalgard et al., 2015; González-Parra & Daudén, 2019; Lamb et al., 2017; Lesner et al., 2017; Koo et al., 2017; Kouris et al., 2017; Moreira et al., 2016; Pompili et al., 2016).

Com relação à alexitimia, é possível observar que a maior parte dos estudos utilizou grupos-controle na obtenção e comparação dos dados. Os pacientes com psoríase demonstraram características alexítmicas significativas quando comparados, sendo variável o grau apresentado – entre 14% e 32% (Innamorati et al., 2016; Korkoliakou et al., 2014; Larsen et al., 2017; Palareti et al., 2016; Talamonti et al., 2017). Observou-se que a alexitimia relacionou-se

com maior somatização, depressão e ansiedade na maior parte dos estudos e que, embora nem sempre estivesse correlacionada a esses fatores, esses dados indicam possibilidade de dificuldades quanto à identificação de morbidade psíquica nesses pacientes, dada a possível não identificação e verbalização dos próprios sentimentos.

É importante destacar os estudos que se debruçaram sobre a associação entre experiências negativas de vida ou traumáticas e o surgimento ou agravamento da psoríase. Alguns autores apontam a existência desses fatores em maior quantidade na infância e idade adulta (Campolmi et al., 2012; Crosta et al., 2018; Manolache et al., 2010; Simonić et al., 2010; Souza et al., 2005). Dentre os fatores de maior estresse, encontram-se perdas/lutos, problemas familiares (conjugais e/ou com filhos), crises do ciclo vital, eventos estressores imprevisíveis, doenças familiares, traições, maus-tratos e variados tipos de problemas psíquicos, podendo esses aspectos serem considerados como desencadeantes das dermatoses. Eskin et al. (2014), entretanto, relatam não ter observado diferença entre pacientes com psoríase e controles em termos de eventos negativos de vida, estresse e depressão.

2.7.2 Alopecia

As investigações sobre a alopecia areata (AA) foram as de maior prevalência após os estudos sobre psoríase, apesar do número encontrado ser significativamente menor ($n = 21$). De todo modo, demonstra-se também prevalente a associação da doença com fatores de estresse, ansiedade e depressão (Aghaei et al., 2014; Fricke & Miteva, 2015; Ghanizadeh & Ayoobzadehshirazi, 2014; Mulinari-Brenner, 2018). Na maioria das pesquisas, pacientes com AA tiveram índices maiores e mais significativos de afecções psicológicas, apresentando-se também como um grupo de maior risco. Os índices em relação a esses aspectos variaram, sendo

demonstrada uma média entre 13% e 50% de depressão e 13% 65% de ansiedade (Alfani et al., 2012; Ataseven et al., 2011; Bain et al., 2020; Huang et al., 2013; Okhovat et al., 2019).

O estresse foi observado como um gatilho para a doença, podendo influenciar sua ocorrência, duração e exacerbação (Kuty-Pachecka, 2015; Titeca et al., 2019). São mencionados fatores que dizem respeito principalmente ao papel das citocinas, além de alguns tipos de antígenos e hormônios do estresse. A alteração do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, a partir disso, é evidenciada como passível de alteração e subsequente influência no bulbo capilar humano (Azzawi et al., 2018; Bain et al., 2020; Gregoriou et al., 2010). Essa relação, entretanto, também não é unânime entre os autores, sendo apontada como ainda controversa (Ataseven et al., 2011; Simakou et al., 2019).

A alexitimia também foi ressaltada, sendo encontrado um alto nível de prevalência (Ghanizadeh & Ayoobzadehshirazi, 2014; Kuty-Pachecka & Stefańska, 2014). Com relação às experiências negativas ou traumáticas de vida, evidenciou-se presença significativa desses fatores em pacientes com AA, tanto em eventos na primeira infância como em outros momentos da vida antes da exacerbação da alopecia (Alfani et al., 2012; Kuty-Pachecka, 2015; Willemsen et al., 2009). Nesse sentido, convém destacar a maior quantidade de estudos de caráter qualitativo com relação à investigação dessa temática nessa população. Em alguns estudos utilizando entrevistas semiestruturadas, os sujeitos participantes relataram episódios traumáticos em suas vidas que poderiam ser desencadeantes do ponto de vista emocional, englobando-se eventos associados à morte, rupturas de relacionamentos (próprios ou de figuras afetivas), doenças, gravidez inesperada, estupro, agressão física, nascimento de outro membro da família, além de dificuldades de relacionamento (Prado & Neme, 2008; Yazig et al., 2009).

2.7.3 Vitiligo

A diferença entre o número de investigações sobre alopecia areata e vitiligo foi relativamente pequena, tendo sido encontrados 14 artigos sobre o assunto. Da mesma maneira, aspectos psicológicos foram frequentemente relacionados à doença, com a indicação de que pacientes com vitiligo são significativamente mais propensos a sofrer depressão e ansiedade (Lai et al., 2017; Sawant et al., 2019). Os dados variaram, nesse caso, entre 17% até 72% das amostras (Chan et al., 2013; Krüger & Schallreuter, 2015; Ramakrishna & Rajni, 2014; Ruiz & Reis, 2018). Mulheres, além disso, apresentaram-se como maior grupo de risco (Chan et al., 2013; Sawant et al., 2019; Taborda et al. 2005), o que pode estar relacionado à maior pressão estética vivida pelo público feminino.

Vallerand et al. (2019), em um estudo que buscou avaliar a relação bidirecional entre Transtorno Depressivo Maior e vitiligo, apresentaram um risco aumentado de desenvolvimento da doença em 64% em comparação a uma coorte referente. Os autores destacam que esse resultado apoia a existência de conexões fisiopatológicas entre essas duas condições, uma vez que o risco foi menor em pacientes que estavam sob o uso de antidepressivos. Risco de suicídio também foi apontado, tendo sido observado em 28,3% de uma amostra (Ramakrishna & Rajni, 2014). Além disso, maior hospitalização por questões de saúde mental de pacientes com vitiligo em relação àqueles sem a doença também foi evidenciada (Patel et al., 2019).

O sofrimento psíquico a partir do desencadeamento da doença apareceu de modo mais expressivo na forma de estigmatização e discriminação. A visibilidade, tamanho e localização das lesões foram referidas como fatores de estresse, assim como comentários/abordagens desagradáveis das pessoas em relação à doença, constrangimento social e falta de recursos financeiros para tratamentos adequados, evidenciando associação entre depressão, estigma e enfrentamento da doença. A vida do portador, de forma geral, é afetada na descoberta da doença e continua sendo ao longo do tratamento, que também apresenta estressores específicos (Costa

et al., 2009; Bú et al., 2018; Krüger & Schallreuter, 2015; Mariano et al., 2013; Sawant et al., 2019; Szabo & Brandão, 2016).

Em um estudo, os próprios pacientes relataram associação de fatores emocionais com a doença, estando o estresse mais relacionado à família e trabalho e a ansiedade atribuída a questões inerentes do sujeito (Bú et al., 2018). Observou-se, ainda, associação da doença com baixa autoestima e intensidade alta de incômodo associada a áreas de maior exposição social (Ruiz & Reis, 2018). Outras investigações trouxeram que 70% dos pacientes estavam cientes de sua condição e consideravam ter informações adequadas sobre a doença, e que 84% acreditava que o estresse poderia relacionar-se com sua condição (Topal et al., 2016), sendo a compreensão e representação da doença marcada por aspectos tanto biomédicos como psicossociais (Bú et al., 2017).

2.8 Principais considerações

Os principais resultados observados, a partir das três doenças, permitem algumas considerações. Pode-se dizer que, na maior parte dos estudos, os pacientes com as três afecções apresentaram sofrimento psíquico substancialmente maior do que aqueles sem as doenças, o que denota a importância de investigações e cuidados orientados à essa população. Além disso, é possível mencionar que a maioria dos trabalhos encontrados versaram sobre o papel dos aspectos psicológicos prioritariamente a partir de um olhar sobre o surgimento ou agravamento desses aspectos após o aparecimento das dermatoses, destacando os impactos, consequências e morbidades que os portadores das doenças sofrem cotidianamente.

Quando voltados à compreensão do papel dos aspectos emocionais na eclosão ou agravamento da doença, o enfoque foi menor e mais orientado aos processos fisiopatológicos e neuroimunológicos envolvidos nessa interação. A associação entre os aspectos estudados e o

desencadear das doenças, apesar de não totalmente consolidada, vem encontrando evidências significativas que tornam esse fenômeno cada vez mais aceito, validado e difundido no meio científico de forma geral. Na maior parte dos estudos internacionais, foi predominante o uso de escalas, instrumentos ou medições de substâncias e biomarcadores avaliados experimentalmente, o que traz um panorama sobre a predominância ainda existente dos métodos quantitativos nas pesquisas na área da saúde.

Desse modo, foram escassas as investigações que buscaram compreender a relação desses aspectos a partir da perspectiva dos próprios pacientes e também os caminhos/aspectos biográficos que predisuseram o surgimento da doença sob o ponto de vista psicológico. É apontado, por exemplo, maior nível de eventos estressantes no último ano ou antes do desencadear das dermatoses ou o fato dos participantes estarem passando por algum momento difícil de vida, mas uma minoria dos estudos se voltou para a compreensão desses momentos: quais foram, quais relações envolveram, os significados atribuídos pelos participantes e a construção desenvolvimental desses fatores até o surgimento e curso da doença.

Convém destacar, ainda, que a nível internacional há uma quantidade substancial de investigações que buscam mapear o nível de sofrimento dos pacientes com dermatoses, evidenciando a relação entre estresse, ansiedade, depressão e alexitimia. A nível nacional, entretanto, observou-se uma produção escassa de estudos desse tipo, não tendo sido encontrada, inclusive, nenhuma investigação sobre a manifestação desse fenômeno nas localidades do Centro-Oeste e Norte brasileiro. Posto isso, é notável a necessidade de compreensão sobre a expressão desse fenômeno nessas realidades, assim como o aprofundamento dos fatores envolvidos na eclosão, desenvolvimento, agravamento e remissão dessas doenças sob o ponto de vista psicológico.

Pretendeu-se, a partir do presente capítulo, uma revisão e um panorama dos estudos sobre a relação entre os aspectos psicológicos evidenciados e as três doenças elencadas para

este trabalho. Trata-se de uma temática explorada de modo incipiente, sendo possível compreender algumas demandas do campo a partir do mapeamento realizado e do que foi apresentado nesse capítulo. Em função disso, decidiu-se pela elaboração de um projeto de pesquisa, que será apresentado e detalhado no próximo capítulo.

CAPÍTULO 3

DELINEAMENTO DA PESQUISA DE CAMPO

Neste capítulo, serão expostos os objetivos desta pesquisa, o delineamento do método utilizado e suas justificativas, assim como os aspectos éticos, os instrumentos utilizados e os procedimentos realizados para a coleta e análise de dados.

3.1 Objetivos

Essa pesquisa teve por objetivo identificar, analisar e compreender aspectos psicológicos (estresse, ansiedade, depressão e alexitimia) de pacientes com diagnóstico de doenças cutâneas (alopecia areata, psoríase e vitiligo).

Os objetivos específicos abarcaram:

- (a) Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes;
- (b) Investigar e analisar aspectos psicológicos relacionados a estresse, ansiedade, depressão e alexitimia em pacientes atendidos na unidade;
- (c) Compreender como esses aspectos estão relacionados à eclosão e ao curso/evolução do adoecimento dos pacientes a partir de suas próprias percepções e perspectivas.

3.2 Aspectos éticos

O projeto foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Humanas da Universidade de Brasília (CAAE: 15396519.0.0000.5540) e do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (CAAE: 15396519.0.3001.5078), respeitando-se as exigências da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, complementada pela Resolução nº 510, de 07/04/2016, do Conselho

Nacional de Saúde. As cópias de apreciação dos referidos Comitês encontram-se no Anexo 1. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por sua vez, encontra-se no Anexo 2.

3.3 Campo de investigação

A pesquisa teve como campo de investigação o Ambulatório de Dermatologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC-UFG/EBSERH). O serviço atende pacientes com diversos tipos de adoecimentos dermatológicos e conta, além de um ambulatório geral, com ambulatórios específicos, como os de Psoríase, Vitiligo e Cabelo (onde se inserem os pacientes com alopecia areata). O HC desenvolve assistência na área da saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e é um ambiente de formação para estudantes de graduação e pós-graduação, atuando nas áreas de ensino, pesquisa e extensão. Tem reconhecida qualidade de assistência no estado de Goiás e atende também pacientes de estados vizinhos, por meio de programas de referência. Desde 2014, é administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) (<http://www2.ebserh.gov.br/web/hc-ufg/apresentacao>).

O ambulatório é composto por 12 médicos dermatologistas (nove efetivos e três voluntários) em um espaço que conta com sete salas para atendimentos clínicos, um centro cirúrgico, uma sala de procedimentos, uma de curativos e um auditório onde são realizados eventos, palestras e grupos. O serviço não dispõe de profissionais de psicologia, mas realiza mensalmente um grupo psicoeducativo com pacientes com alopecia areata em um trabalho coordenado por uma psicóloga do hospital e uma médica do ambulatório.

Os atendimentos são realizados de acordo com o quadro e a demanda do paciente (semanalmente, mensalmente ou trimestralmente, por exemplo). Em casos em que se identificam demandas psicológicas e/ou psiquiátricas, os pacientes costumam ser

encaminhados prioritariamente para o serviço de psicologia e psiquiatria da própria instituição, por meio de solicitações de interconsultas. A maior parte dos pacientes do estudo não realizava acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico individual no momento da entrevista, embora alguns já tivessem encaminhamento e aguardassem para serem atendidos no HC-UFG/EBSERH.

3.4 Participantes

Foram entrevistados 14 usuários de ambos os sexos, com diagnósticos clínicos dermatológicos de psoríase, vitiligo e alopecia areata, e que tinham acima de 18 anos. A escolha pelos tipos de patologias ocorreu considerando-se aquelas que são elencadas como pertencentes à segunda categoria de Koo e Lebowhl (2001), tidas como dermatoses de base multifatorial e de curso influenciado por estados psicológicos. A amostra foi selecionada por conveniência de acordo com a disponibilidade do paciente no momento de espera para a consulta médica.

Importante salientar que, inicialmente, o Projeto de Pesquisa visava reunir uma amostra de 30 participantes, tal como informado aos respectivos Conselhos de Ética. Pretendia-se, a partir disso, uma maior tendência de distribuição normal da amostra para análise. Entretanto, a coleta de dados teve que ser interrompida em razão da pandemia de COVID-19, iniciada no país no primeiro semestre do ano. Por conta da pandemia, as atividades do ambulatório restringiram-se apenas àquelas de caráter de urgência, tendo havido a suspensão de muitos dos atendimentos eletivos. Em vista disso, houve a contenção da circulação de profissionais no setor e no hospital como um todo, o que culminou na interrupção e finalização da coleta antes do previsto.

3.5 Critérios de inclusão

1) Usuários atendidos pelos profissionais da unidade que tinham diagnóstico clínico médico elucidado das afecções dermatológicas descritas acima;

2) Usuários que compreenderam os objetivos do estudo e que aceitaram participação no estudo, após concordância e assinatura do TCLE.

3.6 Critérios de exclusão

Usuários que apresentassem alterações de consciência, de linguagem e/ou de pensamento.

3.7 Instrumentos

- *Questionário Sociodemográfico e de Informações Clínicas*

Elaborado para coleta de dados referentes a variáveis sociais e demográficas que podem influir na história do sujeito, quais sejam: sexo, idade, estado civil, renda familiar, escolaridade, situação de moradia, ocupação profissional e doença preexistente (Anexo 3).

- *Roteiro de Entrevista Semiestruturada*

Construído com base na literatura revisada, apresenta perguntas norteadoras que objetivam abarcar elementos relevantes das narrativas dos sujeitos relacionados com a sintomatologia apresentada. O roteiro – apresentado no Anexo 4 – teve o trabalho de Valente (2012) como principal fundamento.

- ***Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21)***

Desenvolvida por Lovibond e Lovibond (2004) e adaptada e validada para o Brasil por Vignola e Tucci (2014). A escala é composta por 21 itens em uma escala Likert de quatro pontos: 0 (não se aplicou a mim de forma alguma) a 3 (aplicou-se muito a mim ou na maior parte do tempo). Ela é dividida em três subescalas de 7 itens que medem, com relação à última semana, níveis relacionados a depressão, ansiedade e estresse em indivíduos adultos (Anexo 5). A correção é feita multiplicando-se os valores por dois, utilizando os pontos de corte da *DASS-42* (Lovibond & Lovibond, 1995) – versão original que apresenta a mesma estrutura e boa consistência interna com a versão reduzida de 21 itens aqui utilizada. Os resultados são classificados em “normal”, “leve”, “moderado”, “severo” e “extremamente severo”.

A base conceitual do instrumento tem como alicerce o modelo tripartite de ansiedade e depressão, descrito por Clarck e Watson (1991), que propõe que a questão emocional/afetiva e seus subtipos estão dentro de um mesmo *continuum* entre depressão, ansiedade e estresse. O uso do instrumento, portanto, é pertinente na medida em que possibilita a avaliação de três dimensões que, embora distintas, apresentam características comuns que se sobrepõem principalmente em um contexto clínico ou empírico.

- ***Escalas de alexitimia***

Toronto Alexithymia Scale (TAS-26): conjunto de escalas de Taylor et al. (1985), adaptada e validada para o português por Yoshida (2006). É composta por 26 itens, dispostos em uma escala de cinco pontos: 1 (discordo inteiramente) a 5 (concordo plenamente). Os escores variam de 26 a 130, sendo que escores iguais ou acima de 74 permitem considerar o

sujeito alexitímico; escores iguais ou abaixo de 62 como não alexitímicos; e valores entre 63 e 73 são considerados inconclusivos (Anexo 6).

Observer Alexithymia Scale (OAS): proposta por Haviland et al. (2000) e composta de 33 itens que variam em uma escala Likert de 4 pontos: 0 (nunca) a 4 (todo o tempo, sempre). A escala vem sendo usada internacionalmente em alguns estudos em conjunto com a *TAS-26*, pelo fato de se considerar que pacientes alexitímicos podem apresentar recursos internos limitados de identificação dos próprios afetos e que, portanto, pode haver dificuldade de expressão desses aspectos em escalas de auto relato. Na *OAS*, que tem o escore máximo de 99 pontos (Anexo 7), é o pesquisador/avaliador profissional que responde a respeito do sujeito observado, ou uma pessoa comum que tenha proximidade e conheça bem o sujeito a ser avaliado (um familiar ou amigo).

O intuito, portanto, ao utilizar os dois instrumentos, é possibilitar a complementaridade de perspectivas sobre o mesmo constructo. No Brasil, essa escala foi adaptada e validada para uma população de dependentes de substâncias (Carneiro, 2008). Entretanto, considerando que seus itens não são específicos para apenas esse grupo e que há vinculação apontada na literatura entre alexitimia e vários tipos de doenças, conforme exemplificado no primeiro capítulo, considerou-se que sua aplicabilidade pode ser útil para diferentes situações clínicas, razão pela qual ela será utilizada com essa população nessa pesquisa. Em relação ao ponto de corte, a recomendação é o uso de escore igual ou maior que 40 para classificação de alexitimia clínica, conforme parâmetro utilizado no instrumento original.

3.8 Procedimentos de coleta de dados

Inicialmente, foi realizado contato com a chefia do Ambulatório de Dermatologia para exposição dos objetivos do trabalho. Após a primeira reunião, foi estabelecido que haveria um

encontro com os demais médicos dermatologistas vinculados ao setor para que compreendessem a proposta, expressassem suas dúvidas e possível concordância a respeito da realização do trabalho no local. A partir dessa reunião, em que houve a aceitação da equipe, solicitou-se formalmente autorização para a coleta de dados, dando-se encaminhamento do projeto para apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências Humanas da Universidade de Brasília e do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás.

Após as aprovações, foi iniciada a coleta de dados, que ocorreu entre dezembro de 2019 e março de 2020. Uma vez que o tempo previsto para a entrevista era similar ao tempo de espera para a consulta, a abordagem aos participantes foi feita de acordo com a lista de pacientes a serem atendidos em cada dia e que aguardavam consulta com os médicos na sala de espera. Quatorze participantes foram, então, entre os meses de dezembro e março, convidados a participar do estudo a partir de uma descrição sobre a pesquisa, seus objetivos e procedimentos. Depois do aceite expresso verbalmente, cada participante foi encaminhado a uma sala disponibilizada pelo setor, onde foi aplicado o TCLE, seguido do Questionário Sociodemográfico e de Informações Clínicas, Entrevista Psicossomática Semiestruturada, *Depression, Anxiety and Stress Scale* e *Toronto Alexithymia Scale*.

Os dados da entrevista foram gravados em áudio e posteriormente transcritos na íntegra para posterior análise dos dados. Após cada entrevista, a pesquisadora preencheu a *Observer Alexithymia Scale*. Optou-se pelo preenchimento da escala pela pesquisadora, e não por algum membro familiar, considerando que nem todos os pacientes compareciam acompanhados às consultas. Além disso, foram registradas, também, impressões gerais de cada participante, como um diário de campo. Esse aspecto foi importante para lembrar detalhes dos encontros presenciais que implicavam percepções que não poderiam ser apreendidas apenas pela fala. A

transcrição, portanto, não foi apenas uma reprodução das gravações, mas uma busca por compreender a comunicação de forma mais ampla.

3.9 Procedimentos de análise de dados

A análise dos dados coletados foi realizada de maneira distinta com relação aos instrumentos utilizados. Os resultados obtidos por meio do *Questionário Sociodemográfico e de Informações Clínicas*, *Toronto Alexithymia Scale*, *Observer Alexithymia Scale* e *Depression, Anxiety and Stress Scale* foram armazenados e organizados em uma planilha eletrônica no programa *Excel 2016*, e submetidos à estatística por meio do programa *R*, na versão 3.4.0. Os dados foram submetidos à análise estatística descritiva, sendo usadas medidas de tendência central e dispersão (frequência, média e desvio padrão). Para análise inferencial, foram empregados os seguintes testes: Teste do Qui-Quadrado com correção de Monte Carlo e Teste de Mann-Whitney. Foi considerado um nível de significância de 5%, ou seja, sempre que $p \leq 0,05$ houve evidência de significância estatística.

Para análise dos dados coletados via Roteiro de Entrevista Semiestruturada, foi utilizado o programa *NVivo® 12*, *software* especializado no apoio para a análise de informação lexical e que auxilia na exploração e gerenciamento dos padrões dispostos nos dados. No processo de organização desses dados, o pesquisador reúne nos chamados “nós” informações descritivas e fragmentos do texto que permitem a identificação de tendências (Alves, et al., 2006).

Junto a essa organização e sistematização do material, utilizou-se o método de Análise Temática de Conteúdo, de Laurence Bardin. A Análise de Conteúdo é compreendida como um conjunto de técnicas sistemáticas cujo objetivo é apreender os sentidos e qualificar as vivências de um sujeito, assim como suas percepções sobre um determinado objeto e seus fenômenos (Bardin, 2009). A análise qualitativa proporciona o levantamento de indicadores e procura

realizar inferências e interpretações do conteúdo da comunicação de um texto por meio da operacionalização de três etapas (pré-análise, seleção de unidades de análise e processo de categorização) tanto a partir dos conteúdos manifestos, como também por meio das figuras de linguagem, reticências, gestos, entrelinhas etc (Campos, 2004).

CAPÍTULO 4

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, serão apresentados e discutidos os resultados desta pesquisa. Na primeira parte, serão discutidos os dados obtidos a partir do Questionário Sociodemográfico e das escalas utilizadas. Na segunda, será realizada uma análise a partir da categorização e interpretação do material reunido por meio do Roteiro de Entrevista Semiestruturada, sendo estes resultados discutidos à luz da literatura.

4.1 Análise descritiva e inferencial

Inicialmente, será retratada a caracterização da amostra. Em seguida, serão expostos e discutidos os dados obtidos a partir dos instrumentos *DASS-21*, *TAS-26* E *OAS*.

4.1.1 Caracterização da amostra

A aplicação dos instrumentos foi realizada com 14 pacientes (Tabela 3), dos quais a maioria é do sexo feminino ($n = 11$), com idade entre 50 e 60 anos ($M = 35,4$; $DP = 10,7$), sendo que a maior parte é casada ou vive em uma união estável ($n = 9$), mora com a família ($n = 13$), possui um ou dois filhos ($n = 6$), ensino médio completo ($n = 7$), renda entre um e três salários mínimos ($n = 8$) e possui religião católica ($n = 8$). Com relação à ocupação profissional, percebe-se que a amostra é bem balanceada entre os quatro grupos, havendo um caso a mais para as categorias “empregado” e “autônomo” em relação às demais. Há uma predominância de casos com comorbidade prévia ($n = 10$) e uma totalidade de casos em que os pacientes moram com outras pessoas, e, como não há variação nesse sentido, essa variável não foi representada na tabela.

Tabela 3. Caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo (n = 14)

Variável	Categoria	Frequência	Percentual
Faixa Etária	18,1 a 30 anos	3	21%
	30,1 a 40 anos	2	14%
	40,1 a 50 anos	3	21%
	50,1 a 60 anos	4	29%
	Mais de 60,1 anos	2	14%
Ocupação	Empregada	4	29%
	Empregadora	3	21%
	Autônoma	4	29%
	Aposentado	3	21%
Escolaridade	Ensino Fundamental Incompleto	1	7%
	Ensino Fundamental Completo	1	7%
	Ensino Médio Incompleto	2	14%
	Ensino Médio Completo	7	50%
	Ensino Superior Completo	3	21%
Estado Civil	Casado (a)/Em união estável	9	64%
	Divorciado (a)/Separado (a)	1	7%
	Solteiro (a)	4	29%
Renda	1 a 3 salários	8	57%
	3,1 a 6 salários	4	29%
	6,1 a 9 salários	2	14%
Filhos	Sem filhos	4	29%
	1 a 2	6	43%
	3 a 4	4	29%
Religião	Católica	8	57%
	Espírita	3	21%
	Protestante	1	7%
	Outra	1	7%
	Não possui	1	7%

A frequência de participantes com cada uma das doenças é apresentada na Tabela 4. É possível notar que a maioria tem psoríase ($n = 6$), em seguida alopecia areata ($n = 5$) e vitiligo ($n = 3$). Na tabela, também é especificado quais participantes possuem as doenças descritas.

Tabela 4. *Frequência e percentual de participantes de cada doença*

Doença	Frequência	Percentual	Participantes
Alopecia Areata	5	36%	P6, P9, P12, P14
Psoríase	6	43%	P1, P3, P4, P7, P10, P11, P13
Vitiligo	3	21%	P2, P5, P8

4.1.2 Estresse, ansiedade e depressão

Nesta seção, serão expostos os resultados obtidos pela *DASS-21*, sendo os domínios da escala (estresse, ansiedade e depressão) considerados separadamente. Conforme apresentado no Capítulo 3, o instrumento produz escores para cada um dos respectivos fatores e seus níveis variam entre normal a extremo severo, sendo esses dados apresentados por meio da Tabela 5.

O predomínio de estresse na amostra é de pacientes com nível normal (36%). Entretanto, logo em seguida tem-se o predomínio do nível oposto, de estresse severo, em 29% da amostra. Em relação à ansiedade, os casos de extremo severo somam 36%. Com relação ao indicador de depressão encontra-se um certo equilíbrio, entretanto, há uma predominância de 36% dos casos em nível normal e 29% em nível extremamente severo.

Tabela 5. *Distribuição dos domínios da DASS-21 na amostra*

Variável	Categoria	Frequência	Percentual
<i>DASS – Estresse</i>	Normal	5	36%
	Médio	1	7%
	Moderado	1	7%
	Severo	3	21%
	Extremamente severo	4	29%

<i>DASS – Ansiedade</i>	Normal	3	21%
	Médio	2	14%
	Moderado	3	21%
	Severo	1	7%
	Extremamente severo	5	36%
<i>DASS – Depressão</i>	Normal	5	36%
	Médio	1	7%
	Moderado	1	7%
	Severo	3	21%
	Extremamente severo	4	29%

Na Tabela 6, são expostos os resultados dos escores de forma quantitativa. Nestes casos, os escores não foram categorizados, permitindo avaliar pequenas variações nos níveis de cada fator.

Tabela 6. *Média e mediana geral dos escores da DASS-21*

Escore	Média	Mediana	Desvio Padrão
<i>DASS - Estresse</i>	22,57	23	12,88
<i>DASS - Ansiedade</i>	16,71	14	12,64
<i>DASS - Depressão</i>	20,14	20	15,42

Com base nos dados retratados, pode-se perceber que as distribuições aparentam ser equilibradas, uma vez que a média e mediana se colocam de forma próxima. As tabelas abaixo permitem uma compreensão mais específica sobre como esses domínios se apresentam em relação a cada doença, sendo os dados apresentados de forma categórica nas Tabelas 7, 8 e 9, e, em seguida, de forma quantitativa (Tabela 10), em uma distribuição que também se demonstra equilibrada e simétrica.

Tabela 7. *Distribuição dos domínios da DASS-21 para alopecia areata*

Variável	Categoria	Frequência	Percentual
<i>DASS – Estresse</i>	Normal	2	50%
	Médio	0	0%
	Moderado	1	25%
	Severo	0	0%
	Extremamente severo	1	25%
<i>DASS – Ansiedade</i>	Normal	0	0%
	Médio	1	25%
	Moderado	1	25%
	Severo	0	0%
	Extremamente severo	2	50%
<i>DASS – Depressão</i>	Normal	2	50%
	Médio	0	0%
	Moderado	0	0%
	Severo	1	25%
	Extremamente severo	1	25%

Tabela 8. *Distribuição dos domínios da DASS-21 para psoríase*

Variável	Categoria	Frequência	Percentual
<i>DASS – Estresse</i>	Normal	2	29%
	Médio	1	14%
	Moderado	0	0%
	Severo	2	29%
	Extremamente severo	2	29%
<i>DASS – Ansiedade</i>	Normal	2	29%
	Médio	1	14%
	Moderado	1	14%
	Severo	1	14%
	Extremamente severo	2	29%
<i>DASS – Depressão</i>	Normal	2	29%
	Médio	1	14%
	Moderado	1	14%
	Severo	1	14%
	Extremamente severo	2	29%

Tabela 9. *Distribuição dos domínios da DASS-21 para vitiligo*

Variável	Categoria	Frequência	Percentual
<i>DASS – Estresse</i>	Normal	1	33%
	Médio	0	0%
	Moderado	0	0%
	Severo	1	33%
	Extremamente severo	1	33%
<i>DASS – Ansiedade</i>	Normal	1	33%
	Médio	0	0%
	Moderado	1	33%
	Severo	0	0%
	Extremamente severo	1	33%
<i>DASS – Depressão</i>	Normal	1	33%
	Médio	0	0%
	Moderado	0	0%
	Severo	1	33%
	Extremamente severo	1	33%

Com relação ao estresse, observa-se maior predominância de nível normal no grupo da alopecia areata (50%); equivalência entre estresse normal, severo e extremamente severo na amostra com psoríase (29%); e equivalência do mesmo tipo com relação aos pacientes com vitiligo (33%). No que tange a ansiedade, têm-se 50% de pacientes com estresse extremamente severo para alopecia areata; níveis equivalentes de ansiedade normal e extremamente severo para pacientes com psoríase (29%); e níveis equivalentes com relação a ansiedade normal, moderada e extremamente severa em pacientes com vitiligo. Com relação à depressão, tem-se um predomínio de normalidade para pacientes com alopecia areata (50%); equivalência entre níveis normais e extremamente severos para pacientes com psoríase (29%); e também uma equivalência com relação a níveis normais, severos e extremamente severos para vitiligo (33%).

Tabela 10. Média e mediana dos escores de cada doença em relação à DASS-21

Alopecia			
Escore	Média	Mediana	Desvio Padrão
DASS – Estresse	23,6	20	14,7
DASS – Ansiedade	20,8	20	12,5
DASS – Depressão	22,4	24	18,2
Psoríase			
DASS – Estresse	21,0	21	12,7
DASS – Ansiedade	13,0	11	12,8
DASS – Depressão	17,0	14	14,2
Vitiligo			
DASS – Estresse	24,0	26	15,1
DASS – Ansiedade	17,3	14	15,3
DASS – Depressão	22,7	24	18

A frequência numérica equivalente entre algumas categorias (“normal” à “extremamente severo”) nos domínios do instrumento aponta, de maneira geral, que os aspectos de estresse, ansiedade e depressão se organizam de maneira moderadamente difusa a partir das três doenças. É importante lembrar que, de acordo com o modelo teórico do instrumento, definido por Clarck e Watson (1991), características relativas às três dimensões podem se sobrepor umas às outras, considerando um mesmo *continuum* para sua manifestação.

Para além desses fatores, é necessário considerar a força quantitativa limitada dessa amostra, além de outras hipóteses que podem ser levantadas. Deve-se ponderar, por exemplo, que as diferenças em relação aos níveis de estresse, ansiedade e depressão podem relacionar-se com o tempo de doença (início recente ou não), etapa do ciclo vital, características intrínsecas de cada uma (presença de desconforto físico, coceira, dor, etc), assim como sua gravidade ou extensão do ponto de vista clínico.

Também é necessário ter em vista aspectos individuais vivenciados, considerando fontes distintas de estresse, ansiedade e depressão relacionadas à dinâmica de vida dos pacientes. A análise qualitativa de literatura, neste sentido, proporcionará subsídios para que se compreenda

esses aspectos especificamente a partir das experiências dessa amostra. Uma rotina que inclua o trabalho como ambiente aversivo com relação à exposição da doença, por exemplo, ou o isolamento provocado por conta de limitações físicas podem influir sobre a manifestação desses fatores.

Conforme apresentado no Capítulo 2 deste estudo, a literatura traz diferenças substanciais com relação a esses mesmos aspectos em outras amostras. Em estudos brasileiros, por exemplo, foram encontrados índices de estresse de 25% (Taborda et al., 2005) de 60,3% (Ludwig et al., 2006) e até 85% (Leovigildo et al., 2016). Em estudos internacionais, níveis entre 10 a 24% de ansiedade e depressão foram encontrados (Alfani et al., 2012; Ataseven et al., 2011; Dalgard et al., 2015; Lamb et al., 2017; McDonough et al., 2014; Tee et al., 2016; Tian et al., 2019), enquanto níveis entre 35% e 65% também foram apresentados (Huang et al., 2013; Luca et al., 2016; Okhovat et al., 2019; Singh et al., 2015).

Essa diferença pode ser compreendida, em parte, pelo quantitativo de participantes em cada estudo mencionado, assim como pela variabilidade de instrumentos utilizados para avaliação. A *DASS-21* considera, por exemplo, aspectos de estresse, ansiedade e depressão relacionados às duas últimas semanas. Naturalmente, o intervalo abarcado por um instrumento, assim como outras características relativas à sua estrutura, podem denotar diferenças nesse sentido, o que deve ser considerado. Não foram encontradas outras pesquisas no campo das doenças cutâneas que utilizaram a *DASS-21*, sendo essa, provavelmente, a primeira a fazer esse uso. Considerações a esse respeito, abarcando benefícios e limitações sobre essa utilização, serão discutidas em outro momento desse estudo.

Um dado importante é que 78,5% da amostra é composta de mulheres, o que pode estar relacionado ao fato de que mulheres tendem a procurar por serviços de saúde com maior frequência do que homens. Além disso, a pressão estética costuma ser mais direcionada a esse público, o que possivelmente influi nos resultados, isto é, na maneira como estresse, depressão

e ansiedade são vividos. Convergindo com essa discussão, estudos similares com alopecia areata, psoríase e vitiligo também apontaram para maior sofrimento psíquico dessa população (Abedini et al., 2018; Campolmi et al., 2012; Hedayat et al., 2016).

Independentemente da variabilidade entre níveis de estresse, ansiedade e depressão com relação às três doenças, convém destacar a presença desses aspectos de maneira importante na amostra. Como destacado na tabela 10, anteriormente, a média dos escores em torno de 20 aponta para uma reflexão fundamental sobre as pessoas que são atendidas no serviço dermatológico. Dados como esse reforçam a necessidade de um reconhecimento amplo do sofrimento e de uma investigação necessária nesse sentido. Na sequência, serão apresentados os dados relativos à alexitimia, que auxiliarão na compreensão de outras questões relevantes.

4.1.3 Alexitimia

No que se refere à alexitimia, diferentes resultados foram obtidos a partir dos instrumentos *TAS-26* e *OAS*. A *TAS-26* avalia a alexitimia a partir de um escore que categoriza os pacientes em alexitímicos, não alexitímicos e inconclusivo. No caso da *OAS*, a partir do escore, os participantes são categorizados apenas em alexitímicos ou não alexitímicos. Além do escore geral, o instrumento possui escores específicos para fatores como ligados a sintomas físicos relacionados com a saúde (somatização/*somatizing*), intenso autocontrole (rigidez/*rigid*), baixa tolerância ao estresse e pouco autoconhecimento (sem insight/*uninsightful*), desinteressante e cansativo (sem graça /*humorless*) poucas habilidades para assuntos interpessoais e relacionamentos (distanciamento/*distant*).

A Tabela 11 apresenta os resultados dos escores da *TAS* de forma categórica, sendo apontada uma clara predominância de pacientes alexitímicos, equivalentes a 79% da amostra ($n= 11$). Outros dois pacientes não são alexitímicos e um foi tido como inconclusivo.

Tabela 11. *Distribuição da frequência de alexitimia em categorias a partir da TAS*

Variável	Categoria	Frequência	Percentual
TAS	Alexitímico	11	79%
	Inconclusivo	1	7%
	Não alexitímico	2	14%

A Tabela 12 mostra as principais medidas descritivas para os escores de forma quantitativa, ou seja, não categorizada. Assim como no caso dos dados apresentados a partir da *DASS-21*, é possível perceber que as distribuições demonstram equilíbrio, uma vez que a média e a mediana se apresentam de maneira próxima. As Tabelas 13 e 14 apresentam os mesmos fatores, porém considerando suas diferenciações de acordo com cada uma das doenças.

Tabela 12. *Média e mediana do escore em relação à TAS*

Escore	Média	Mediana	Desvio Padrão
TAS	84,21	88,5	14,67

Tabela 13. *Distribuição dos domínios da TAS para cada doença*

	Categoria	Frequência	Percentual
Alopecia	Alexitímico	4	100%
	Inconclusivo	0	0%
	Não alexitímico	0	0%
	Categoria	Frequência	Percentual
Psoríase	Alexitímico	6	86%
	Inconclusivo	1	14%
	Não alexitímico	0	0%
	Categoria	Frequência	Percentual
Vitiligo	Alexitímico	1	33%
	Inconclusivo	0	0%
	Não alexitímico	2	67%

Tabela 14. Média e mediana dos escores de cada doença em relação à TAS

Alopecia			
Escore	Média	Mediana	Desvio Padrão
TAS	89,0	91	9,1
Psoríase			
Escore	Média	Mediana	Desvio Padrão
TAS	84,2	86	10,6
Vitiligo			
Escore	Média	Mediana	Desvio Padrão
TAS	76,3	60	28,3

Os parâmetros de alexitimia relacionados a cada doença apresentaram algumas variações. Com a *TAS-26*, todos os pacientes com alopecia areata foram considerados como alexitímicos. A maioria dos pacientes com psoríase foi considerada do mesmo modo, sendo apenas um abarcado como inconclusivo; e, dos pacientes com vitiligo, dois foram considerados não alexitímicos, enquanto um foi considerado alexitímico.

Conforme sinalizado no Capítulo 2, a maioria dos estudos com relação à alexitimia utiliza grupos-controle na obtenção de seus dados e compara amostras clínicas e não clínicas. De maneira geral, esses estudos indicam graus inferiores de alexitimia ao que foi obtido nesse estudo, com valores entre 14% e 51,24% (Korkoliakou et al., 2014 ; Kutý-Pachecka & Stefańska, 2014 ; Larsen et al., 2017 ; Palareti et al., 2016 ; Talamonti et al., 2017). É importante destacar que foi observada dificuldade para alguns participantes na compreensão de alguns itens do instrumento, especialmente 2, 5, 7 e 13.

A Tabela 15 apresenta a distribuição de alexitimia de acordo com cada uma das doenças a partir da *Observer Alexithymia Scale (OAS)*. Observa-se que, a partir do instrumento, metade dos participantes é considerado como sendo alexitímico, o que diverge dos dados encontrados por meio da *TAS*. Entre os que são considerados alexitímicos, há uma maior frequência entre aqueles que tem vitiligo, seguidos daqueles que possuem alopecia areata e psoríase.

Tabela 15. *Distribuição dos domínios da OAS para cada doença*

OAS	Alexitímico		Não alexitímico	
Doença	Frequência	Percentual	Frequência	Percentual
Vitiligo	2	67%	1	33%
Alopecia Areata	3	60%	2	40%
Psoríase	2	33%	4	67%
Total	7	50%	7	50%

De acordo com a OAS, portanto, o nível de alexitimia é menor do que em relação à TAS. Além disso, há uma diferença no que tange a doença com maior nível de alexitimia, uma vez que de acordo com o instrumento, o vitiligo é a doença que aparece em primeiro lugar, seguido de alopecia areata e psoríase.

Na Tabela 16, é possível verificar a média e mediana de cada fator relacionado à OAS. Nota-se maiores valores relacionados tanto ao “distanciamento” como ao item “sem insight”, que denotam respectivamente poucas habilidades para assuntos interpessoais e relacionamentos e baixa tolerância ao estresse e pouco autoconhecimento.

Tabela 16. *Média e mediana dos escores para cada fator da OAS*

Escore	Média	Mediana	Desvio Padrão
OAS	37,3	34	8,5
OAS - Distanciamento	12	12	1
OAS - Sem insight	13,7	12	3,8
OAS - Sem graça	4,3	3	4,2
OAS - Somatização	5,7	6	1,5
OAS - Rigidez	7,3	5	4,9

Essa diferença entre valores obtidos pela TAS e OAS pode ser compreendida ao se considerar que a OAS parte de uma avaliação do pesquisador/avaliador ou de uma pessoa que tenha proximidade e que conheça o sujeito a ser avaliado. Nesta pesquisa, o preenchimento do

instrumento foi feito sempre pela pesquisadora após a realização da Entrevista Semiestruturada, isto é, após contato direto com o participante. A *OAS*, portanto, disponibiliza uma complementaridade de perspectiva sobre a mesma característica, na medida em que abrange outro modo de investigação.

A Entrevista Semiestruturada traz outros elementos que auxiliam em relação a essa compreensão, sendo possível obter por meio dela aspectos que se referem à semelhança com o tipo de verbalização geralmente descrito como típico a pacientes alexitímicos. Como discutido no Capítulo 1, a alexitimia vem sendo compreendida a partir de diferentes perspectivas: psicodinâmica, neurofisiológica, genética, sociocultural, entre outras. Percebe-se, assim, uma ampliação do conhecimento sobre o assunto, ao mesmo tempo em que questões conceituais e de definição parecem menos ou pouco reformuladas desde o surgimento do conceito na década de 70.

Não foram encontrados estudos que utilizaram a *TAS-26* em conjunto com a *OAS* para a população de pacientes com doenças cutâneas, o que dificulta, nesse caso, uma articulação sobre essa divergência. É necessário considerar, também, que a alexitimia vem sendo ligada à ansiedade e à depressão, o que permitiria considerá-la não como um traço estável, mas como consequência de uma situação crônica de estresse (Innamorati et al., 2016; Korkoliakou et al., 2014; Palareti et al., 2016; Willemsen, 2008). Relaciona-se à essa dimensão, portanto, as situações que geram estresse, ansiedade e/ou depressão, que poderiam propiciar maior ou menor somatização ou atos mais impulsivos.

Os valores destacados na Tabela 17 indicam as relações significantes que foram obtidas nessa amostra, adotando-se $p < 0,05$. A análise correlacional realizada por meio do teste Qui-Quadrado indicou uma correlação estatisticamente significativa entre os participantes com vitiligo e o escore *TAS*, com um p -valor de 0,014. As demais variáveis não foram estatisticamente significantes entre si.

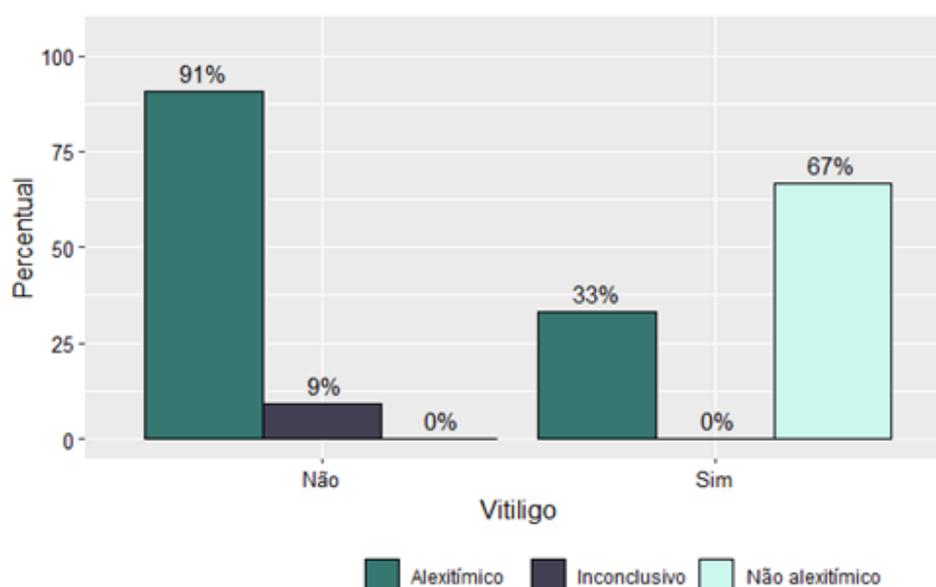
Com relação ao vitiligo e o escore da *TAS-26*, tem-se que entre os pacientes que não possuem vitiligo, 91% são alexitímicos, enquanto dentre os pacientes que tem a doença, 67% são não alexitímicos (Tabela 18 e Figura 7). Desse modo, observa-se uma estrutura de predominância diferente entre quem tem ou não vitiligo. Nesse caso, a relação é de que se o paciente possui um escore maior de alexitimia, menor é a relação com a ocorrência de vitiligo. Ressalta-se, entretanto, a cautela necessária com relação a essa inferência, tendo em vista do limitado número de participantes no estudo.

Tabela 17. *P-valores do Teste Qui-Quadrado para as variáveis categóricas*

Doença	Fator	P Valor	Doença	Fator	P Valor
Vitiligo	TAS	0,014	Vitiligo	Renda	0,502
Alopecia	Renda	0,054	Psoríase	Estresse	0,507
Psoríase	Religião	0,096	Psoríase	Depressão	0,507
Alopecia	Faixa Etária	0,098	Psoríase	Ansiedade	0,517
Alopecia	Estado Civil	0,138	Psoríase	Faixa Etária	0,539
Alopecia	Filhos	0,147	Psoríase	Medicação	0,581
Psoríase	TAS	0,239	Alopecia	Escolaridade	0,61
Psoríase	Renda	0,25	Psoríase	Escolaridade	0,692
Alopecia	Religião	0,259	Psoríase	Filhos	0,694
Vitiligo	Religião	0,278	Psoríase	Ocupação	0,703
Vitiligo	Escolaridade	0,293	Alopecia	Medicação	0,733
Alopecia	Ocupação	0,324	Vitiligo	Ocupação	0,77
Vitiligo	Estado Civil	0,346	Psoríase	Comorbidade	0,798
Alopecia	TAS	0,346	Alopecia	Depressão	0,824
Alopecia	Estresse	0,352	Vitiligo	Ansiedade	0,856
Psoríase	Estado Civil	0,394	Alopecia	Comorbidade	0,93
Vitiligo	Filhos	0,443	Vitiligo	Estresse	0,934
Alopecia	Ansiedade	0,449	Vitiligo	Depressão	0,934
Vitiligo	Faixa Etária	0,462	Vitiligo	Comorbidade	1

Tabela 18. Distribuição dos Pacientes com vitiligo dado o escore TAS

Vitiligo TAS	Não		Sim	
	Frequência	Percentual	Frequência	Percentual
Alexitímico	10	91%	1	33%
Inconclusivo	1	9%	0	0%
Não alexitímico	0	0%	2	67%
Total	11	100%	3	100%

Figura 7. Distribuição dos Pacientes com Vitiligo dado o escore TAS

Nota. Gráfico gerado pelo programa R, versão 3.4.0.

Avaliando a relação das variáveis quantitativas e as doenças estudadas, ou seja, os escores obtidos pelos instrumentos psicológicos, foi aplicado o teste de Mann-Whitney para amostras independentes, considerando a limitação da amostra e a distribuição que não segue normalidade na maioria dos casos. Esse teste tem como objetivo comparar a distribuição dos escores entre os grupos de quem possui ou não a respectiva doença. Na Tabela 19, estão os *p*-valores obtidos

pelo teste para cada um dos testes realizados. Nota-se que em nenhum caso houve relação significativa, dado que nenhum p -valor foi inferior ao nível de significância de 5%.

Tabela 19. *P-valores do Teste de Mann-Whitney para os escores quantitativos*

Doença	Fator	P Valor	Doença	Fator	P Valor
Psoríase	OAS D	0,148	Vitiligo	DASS A	0,562
Alopecia	DASS A	0,158	Psoríase	TAS	0,602
Psoríase	OAS R	0,164	Psoríase	DASS S	0,627
Alopecia	TAS	0,193	Psoríase	OAS SI	0,628
Psoríase	OAS	0,259	Alopecia	OAS	0,656
Vitiligo	OAS SI	0,265	Alopecia	OAS SI	0,657
Alopecia	OAS S	0,294	Psoríase	DASS D	0,698
Psoríase	OAS SG	0,371	Alopecia	OAS D	0,705
Vitiligo	DASS D	0,407	Vitiligo	OAS	0,708
Alopecia	DASS S	0,42	Vitiligo	OAS SG	0,737
Alopecia	DASS D	0,447	Vitiligo	OAS D	0,806
Alopecia	OAS SG	0,5	Vitiligo	OAS S	0,808
Psoríase	OAS S	0,5	Vitiligo	TAS	0,825
Vitiligo	DASS S	0,531	Psoríase	DASS A	0,85
Vitiligo	OAS R	0,531	Alopecia	OAS R	0,874

De todo modo, é importante apontar as relações com os menores p -valores obtidos que possuem maior probabilidade de sinalizar algumas tendências. A ocorrência de psoríase e do fator distanciamento da *OAS*, assim como a ocorrência de alopecia com o fator ansiedade da *DASS-21* podem indicar um direcionamento no sentido de relações que possam vir a ser significantes em outros estudos.

4.2 Análise a partir da entrevista semiestruturada

Foi realizada a análise das respostas dos participantes à entrevista semiestruturada com o auxílio do *software* NVivo, examinando-se trechos que representavam unidades de significado e elencando-se categorias de acordo com a semelhança semântica das respostas. O

auxílio do *software* também permitiu a identificação de nuvens de palavras, que são construídas graficamente a partir dos vocábulos que aparecem com mais frequência no material (Alves et al., 2006). Essas nuvens foram produzidas a partir dos trechos de unidades de sentido para cada nó do software, sendo selecionadas as 50 palavras mais verbalizadas (com a exclusão de conjunções ou interjeições). Esse recurso permitiu uma análise complementar e, por essa razão, consta no Anexo 8 (Figuras 15-21).

Foram elencadas, a partir disso, três categorias (Tabela 20). A primeira considera os aspectos relacionados ao período anterior à manifestação/eclosão da dermatose ou em um período relativo ao retorno da doença. A segunda abarca os aspectos emocionais surgidos ou agravados após a manifestação da condição, de forma subsequente. A terceira categoria, por sua vez, reúne fatores associados a percepção do paciente sobre a relação entre a doença e os seus aspectos psicológicos, englobando, ainda, a observação sobre sua tendência de expressão/não expressão dos afetos. Nesse sentido, pretende-se explorar mais especificamente a alexitimia. Importante ressaltar que, para todas as categorias, foram selecionados apenas alguns trechos com o intuito de ilustrar as vivências dos participantes.

Tabela 20. *Categorização das entrevistas*

Categoria 1 Aspectos relacionados à eclosão da doença	Categoria 2 Aspectos vividos após a manifestação do adoecimento	Categoria 3 Percepção e expressão dos afetos
- Circunstâncias de vida no surgimento da enfermidade - Condições de vida na infância e adolescência - Estresse e responsabilidade	- Estigma e preconceito - Limitações e impacto da doença	- Percepção sobre a relação entre a doença e aspectos psicológicos - Expressão e verbalização dos afetos

4.2.1 Categoria 1 – Aspectos relacionados à eclosão da doença

Na primeira categoria, foram elencadas as verbalizações sobre os aspectos de vida relacionados à eclosão da doença. Foram identificadas 33 unidades de significado dos participantes, dispostas em três subcategorias.

- **Circunstâncias de vida no surgimento da enfermidade**

Inclui descrições sobre os momentos/fases de vida vivenciados pelos participantes no momento ou até cinco anos antes do início de manifestação do início ou remissão da doença (Tabela 21). Apesar de alguns estudos avaliarem essas circunstâncias com relação ao último ano antes da eclosão da doença, optou-se por considerar como critério o tempo de cinco anos por entender que algumas situações descritas envolvem acúmulo ou afluência de experiências negativas ao longo de um certo tempo.

Tabela 21. Principais temas envolvidos no contexto de surgimento da enfermidade

<i>Participante</i>	<i>Principais temas</i>
P1	Família (conflitos e separação entre membros do núcleo familiar)
P2	Família (traição conjugal)
P3	Família (conflitos intrafamiliares) e Trabalho (instabilidade financeira)
P4	Família (conflitos intrafamiliares) e Trabalho (conflitos com colegas)
P5	Família (sobrecarga de responsabilidade) e Trabalho (instabilidade financeira)
P6	----
P7	Família (luto + conflitos conjugais e traição)
P8	Família (sobrecarga de responsabilidades)
P9	Trabalho (conflitos com chefia)
P10	Família (conflitos conjugais + traição) + Trabalho (rigidez normas)

P11	Família (separação de figuras parentais)
P12	Família (adoecimento de figura parental)
P13	Família (conflitos com figura materna) e Trabalho (conflitos com funcionários + aposentadoria)
P14	Finalização de um ciclo (preocupação com o futuro) + sobrecarga de atividades

Nota. Os itens especificados por traçados, nessa tabela e nas demais abaixo, referem-se à ausência de descrição, por parte dos participantes, de aspectos relacionados ao tema da subcategoria em questão.

Eu tinha 17 anos, e a minha irmã mais velha casou muito nova. E o esposo dela judiava muito dela, e um dia ela resolveu se separar. E ele pegou as crianças, que na época eles tinham três crianças, e ele pegou os três, os dois mais velhos, e trouxe pra cá. A gente morava no interior, e ele trouxe pra cá pra morar e pôs numa creche. [...] Então sofria muito com aquilo, eu sou muito apegada com a família. E de lá pra começou a surgir as manchas. E aí nunca mais. (P1)

E com as alterações de humor, problemas financeiros, problemas de saúde, aí começou né. Que eu tava começando a constituir família, meus filhos começaram a nascer, aí cê começava a pensar: "tenho que trabalhar, poder colocar comida em casa" e tudo, essas coisas assim, né. E aí não deu resultado. Não fui tendo resultado. [...] Mas assim, era aqueles atrito pai e filho, eu não queria obedecer ele, brigava com ele, aquela coisa assim. Mas passou aquela fase, eu casei e quando nessa fase aí, meu pai não era muito de concordar comigo, com aquilo que eu fazia e tal. Tanto que eu acho que a psoríase surgiu foi numa época que eu tive um desentendimento muito grande com ele. (P3)

Aí depois que eu casei e tive meus meninos, aí teve uma época que meu marido caiu de moto e machucou, ficou dois, três anos com ferro na perna, e eu fiquei mantendo a casa.

Aí aumentou muito [o vitiligo]. Foi aonde que veio, aqui, tinha aqui assim, saiu até lá [risos]. Foi quando saiu assim no rosto, aumentou aqui assim, aumentou muito no corpo. Era ruim de eu... trabalhava demais. E eu morria de medo. Nem eu e nem ele gosta de contar. (P5)

E minha mãe quebrou os dois fêmur, ficou de cama, e nisso deu câncer de pele também. Ela morreu com câncer. Então foi muito tempo assim de sofrimento. Um morreu também, meu irmão, o último, minha mãe já tava acamada e ele morreu com câncer de boca. Assim, foi uma fase muito difícil. A mãe sofrendo de um lado, o irmão do outro. Aí foi que baqueou. Aí foi por causa disso que apareceu o vitiligo [risos]. Você perguntou aquela hora, né, foi mais ou menos nessa época. (P8)

Depois que eu tive meu filho mais novo o cabelo diminuiu bastante. Aí eu tive uns picos de ansiedade, tava ansiosa, caiu mais ainda. [...] Eu descobri o câncer do meu pai. Foi quando eu descobri o câncer dele que caiu bastante, foi quando me incomodou e eu busquei ajuda. (P12)

De maneira geral, os relatos incluem a presença de um ou mais eventos de forte intensidade emocional associados ao período anterior à manifestação da doença. Em alguns, observa-se a descrição de condições, situações e vivências específicas e precisamente situadas no tempo. Em outros, descreve-se uma concentração de experiências estressantes ao longo dos anos, cumulativas, como é o caso das participantes P8 e P9. Essas experiências indicam a existência de um estresse crônico em curso, com oscilações envolvendo maiores ou menores picos de instabilidade emocional. No caso de P8, por exemplo, a sobrecarga esteve associada à

função de cuidadora de dois familiares doentes, exercida por anos; e, no caso de P9, a conflitos de trabalho constantes e espaçados ao longo do tempo.

Experiências de vida negativas anteriores à manifestação da doença também são evidenciadas por outros autores nas histórias de pacientes com psoríase (Campolmi et al., 2012; Crosta et al., 2018; Janković et al., 2009), alopecia areata (Leite-Junior et al., 2017; Prado & Neme, 2008; Willemsen, 2009; Yazig, 2009) e vitiligo (Sacramento, 2012; Souza et al., 2005). Um aspecto importante a ser mencionado é que, embora alguns participantes não conseguissem a princípio identificar com clareza algum evento ou situação vivida de maneira concomitante ao surgimento da enfermidade, por vezes conseguiram realizar essa identificação em outros momentos da entrevista com perguntas não diretamente relacionadas a esse tema (ao falarem sobre sono, rotina ou rede de apoio, por exemplo). Esse aspecto, relacionado mais especificamente à essa percepção, será mais bem detalhado na terceira categoria.

Também é relevante destacar que a maioria dos temas estiveram voltados a questões familiares, com uma ou mais figuras do seio familiar envolvidas em diferentes tipos de conflitos: brigas, traições, sobrecarga de atividades/funções, lutos, separações, doenças e abuso/violência. Na amostra deste estudo, portanto, os problemas familiares foram de maior predominância, o que também esteve presente no trabalho de Campolmi et al. (2012) e de Manolache et al. (2010). No caso desses autores, após os problemas familiares, seguiram-se situações que envolviam a doença/morte de uma pessoa querida e problemas pessoais, de trabalho e/ou financeiros. Perdas e separações também aparecem como um dos assuntos de maior relevância no trabalho de Souza et al. (2005), sendo todos esses temas também significativamente presentes nessa amostra.

A dimensão da ansiedade mostrou-se especialmente evidente quando associada a uma experiência que indica a ruptura, crise ou fim de um ciclo, quando a expectativa e apreensão em relação ao futuro aparece de modo expressivo. Isso esteve presente na fala de P13, por

exemplo, ao discorrer sobre a necessidade de uma aposentadoria antes do tempo previsto, e a dificuldade em relação a lida com o tempo ou com a vida a partir desse momento; e também em P14 ao discorrer sobre o término da faculdade e o receio/expectativa em relação ao futuro e caminhos que sua vida tomaria, tendo as doenças desses pacientes se desenvolvido pouco tempo após esses eventos. Esses acontecimentos não estiveram isolados de outros, que também são importantes, mas ressaltam a dimensão da ansiedade como algo presente nessa situação.

Nesse sentido, vale ressaltar que, na maioria dos casos, a fonte de estresse não esteve voltada a um único âmbito de vida, mas sim a conflitos concomitantes em mais de uma esfera. Mostrou-se frequente a associação entre conflitos familiares e laborais, por exemplo, ou conflitos familiares envolvendo situações diferentes entre os membros de uma mesma família (necessidade de cuidado de um membro e conflito com outro, por exemplo). Esse aspecto traz observações importantes sobre o estresse, não apenas considerando a dimensão temporal mencionada anteriormente, ou seja, estresse crônico/longitudinal, mas também como uma acumulação e sobrecarga de atividades concomitantes, o que comumente acaba por extrapolar as capacidades de lida do sujeito no momento vivido. Campolmi et al. (2012) apontam que se pode considerar como estresse diário problemas relacionados a emprego, família, fatores sociais, dentre outros, o que se aproxima das problemáticas vivenciadas pelos participantes.

Manolache et al. (2010) discutiram que estudos que não apontam a relação entre circunstâncias difíceis e o desenvolvimento das doenças cutâneas podem não considerar, por vezes, outras fontes importantes de estresse, ao levar em conta apenas eventos vividos nos últimos seis meses ou um ano antes do início da doença. A existência de estresses crônicos, por exemplo, não é contemplada nesses casos. Nesse sentido, destaca-se a importância da entrevista como recurso auxiliar na elucidação desses fatores, uma vez que muitos instrumentos utilizados para avaliação de aspectos como estresse, ansiedade e depressão tem enfoque pontual, como é o caso da escala utilizada nessa pesquisa, a *DASS-21* (voltada para as duas últimas semanas); e

nem sempre se voltam ao contexto e história do paciente em uma perspectiva temporal/biográfica.

- **Condições de vida na infância e adolescência**

Aspectos evidenciados pelos participantes como de difícil elaboração emocional ou significado subjetivo intenso nas fases da infância e/ou adolescência (Tabela 22).

Tabela 22. *Principais eventos descritos como marcantes e/ou de difícil elaboração emocional na infância e/ou adolescência*

<i>Participante</i>	<i>Tipo de conflito</i>
P1	Conflitos familiares (educação rígida) Baixo poder aquisitivo familiar e dificuldades financeiras
P2	Instabilidade parental, acidente da figura materna e dificuldades financeiras
P3	Abuso sexual (exercido por membro familiar) Conflitos familiares (educação parental rígida) Adoção (descoberta tardiamente)
P4	Acidente com perda subsequente do lar da família
P5	Nascimento prematuro Afogamento
P6	Relação extraconjugal de figura parental no período de gestação Exposição a um episódio de mediunidade de figura familiar
P7	Violência intrafamiliar (parental e fraternal) Luto (separação abrupta de figuras de afeto)
P8	Doença (displasia óssea)
P9	----
P10	Violência doméstica intrafamiliar (exercida pelo pai sobre a mãe) Separação das figuras parentais Bullying Baixo poder aquisitivo familiar e dificuldades financeiras
P11	Luto (perda de figura de cuidado) Separação (figuras parentais)

P12	Conflitos familiares (entre figuras parentais)
P13	Conflitos familiares e relação abusiva (exercida por figura parental)
P14	----

Não tinha energia, a gente acordava de madrugada, ia pra escola a pé, não tinha condução, meu pai sempre meio disperso no mundo, saía pra trabalhar, só chegava no fim do mês... e saía de novo. Muito mulherengo com a minha mãe, sabe, fazia minha mãe sofrer demais nessa questão. [...] O que mais marcou... de ruim, foi a questão do acidente da minha mãe. E assim, quando eu era mais novinha, é... essa questão do meu pai, ser desse jeito, fazia rolo demais, mexia com negócio de agiota, ameaça. Isso me marcou muito. (P2)

Teve aquelas situações ruins, de infância, por exemplo, meu pai era muito enérgico com algumas coisas. Era daqueles que se o menino olhasse atravessado era um tapa, um pescoço, o pau comendo e aquela coisa. [...] Mas aí quando entrei na adolescência era também de boa, única coisa que trouxe assim um certo tormento, vamos dizer assim, é porque na verdade eu não era filho do meu pai. Era padrasto, era só filho da minha mãe. Mas eu sabia, tinha uma desconfiança por causa da diferença da gente né, a maneira que a gente era e tudo. E isso causou entre eu e meu pai na adolescência umas intrigas né, porque começou a bater né. Aí que que aconteceu, meu pai adoeceu. Aí qual filho que foi cuidar dele? Aí eu fui cuidar dele né [...] Tem uma coisa que me incomoda assim, não, digo assim, que ela trava minha vida. Não, ela não trava minha vida. Mas ela de vez em quando vem no inconsciente. Eu fui abusado [sexualmente] uma época. Aí de vez em quando isso vem na minha mente. (P3)

Aí a minha infância foi assim, apanhando. Apanhei demais, mas demais dessa minha irmã. Aí eu só tenho lembranças ruins, não tem boas [...] Se a minha irmã me mandasse fazer alguma coisa e eu não fizesse, ela me batia. Não tinha um dia que ela não me dava uma surra. [...] E mamãe e ele viajava quase todo mês, quase todo mês mamãe ia pra cidade dela pra ver a mãe dela. Um belo dia, eu já trabalhava fora, eu não lembro a idade que eu tinha, acho que uns 17, e ela resolveu ir pra lá e levou meu irmão. Eu tô achando que ela levou pra passear, ela levou meu irmão pra ficar na casa da minha irmã. Aí essa lembrança é muito triste, porque eu era muito apegada nele [emociona]. Aí ela deixou ele lá. [...] Sei que ele andou 100 metros do posto, atravessou a rua, bateu numa árvore e morreu na hora. Não sabe se tava passando um carro, a gente não sabe, só chegou a notícia que ele tava morto. Aí eu quis morrer também. (P7)

Na época, assim, meus pais separaram eu tinha 8 anos. Aí eu fui morar com a minha mãe na casa da minha avó. E assim, eu acho que essas coisas interfere, o fato dos pais ter separado, da sobrevivência né, mãe trabalhando pra cuidar. Aí vem os medos né. Acho que a questão também, eu sempre fui gordinha. Tem essas questões também "você é gorda, pobre, pai separado", essas questões interfere muito na questão da gente enquanto ser humano, né? Você ter que se adaptar onde tudo tem pressão. [...] Primeiro acho assim, que nem meus pais, é... meu pai, quando eu tinha 8 anos meu pai brigou com a minha mãe, bateu na minha mãe. É um episódio assim que eu lembro. Aí minha mãe saiu de casa, foi pra casa dos meus avós. Esse fato é marcante. (P10)

Quando eu era pequena assim, eu me lembro que eu era muito apegada à minha avó. Aí minha avó morreu. Aí depois disso parece assim, que eu fiquei uma criança mais deprimida depois que a minha avó morreu. Aí depois quando foi mais pra frente meu

pai e minha mãe separou, aí também já foi difícil porque um fica numa casa, outro na outra. [...] Então eu sinto que tem a ver com isso por causa das coisas que vai saindo.
(P11)

Eu tive uma infância muito ruim. Eu fui uma menina muito judiada, minha mãe judiou muito da gente. A gente fala que se fosse hoje ela ia pra forca, ela nem ia presa, de tão ruim que ela era. [...] Minha infância foi assim, não sei nem te contar muita coisa. Eu acho que a ansiedade por isso. Querer um dia mais rápido, pra chegar outro dia mais rápido, poder sair de casa. Era muito ruim. O que você pensar que foi ruim, minha vida foi ruim. Não tenho vontade nem de lembrar, não gosto. (P13)

A maioria dos participantes descreve algum acontecimento que considera marcante e/ou de difícil elaboração ao longo do ciclo de desenvolvimento. Eventos estressores são comuns e inerentes à condição humana, não sendo possível realizar, naturalmente, uma associação que se pretenda direta entre a vivência da experiência e uma fragilidade/suscetibilidade à instalação da doença. Não se pode esquecer que é a percepção desse evento, assim como o sentido e as implicações decorrentes dele, que irão configurar essa experiência como mais ou menos tóxica/traumática a depender de uma série de circunstâncias (dinâmica emocional, suporte familiar e social, estratégias de enfrentamento, etc) (Brito & Pereira, 2012).

O que se traz a partir dessa subcategoria é a consideração dessa percepção como um fator que pode ter gerado maior ou menor fragilidade emocional e que, junto a outras vivências e condições posteriores, pode ter facilitado um processo de vulnerabilidade ao adoecimento. Para se considerar essa dimensão, é importante, então, o retorno às relações estabelecidas em períodos cruciais do desenvolvimento, como a infância e a adolescência. Nesse sentido, as relações estabelecidas, bem como se deram essas relações, em especial com a figura dos

cuidadores, podem dar indícios sobre registros de impacto que provocam maior fragilidade em eventos posteriores de vida (Dias et al., 2007; Hoffmann, 2005; Janković et al., 2009; Jorge et al., 2004; Koblenzer, 2005). Vale lembrar que a pele é um órgão de relação, e que a qualidade desses registros e das trocas afetivas têm importância primordial no desenvolvimento e na maneira como eventos de vida posteriores serão vividos, conforme apontamento e discussão de vários autores apresentados no primeiro capítulo desse trabalho.

Alguns dos eventos descritos pelos participantes envolvem uma percepção de uma educação parental rígida ao longo de toda a infância, que permitia pouca fonte de afeto e trocas intersubjetivas. Episódios particularmente relacionados à violência familiar também são descritos, com referência a uma vivência de infância ou adolescência configurada a partir de dois eixos: violência física/psicológica/sexual sofrida pelo próprio participante (P3, P7 e P13) e violência entre figuras parentais, exercida geralmente pelo pai sobre a mãe (P10 e P11). A dimensão do luto também é evidenciada em suas diferentes nuances: em um sentido concreto, de perda por morte, é descrita por P7 e P11; e, em um sentido amplo, aparece envolvendo separações das figuras parentais (P2, P10 e P11) ou perda da condição de saúde por uma doença (P8).

Características semelhantes foram observadas em outros trabalhos que trouxeram que pacientes com psoríase apresentaram prevalência significativa de trauma na infância em comparação com controles saudáveis (Crosta et al., 2018; Özden et al., 2011). A qualidade das vinculações iniciais também é discutida, tendo sido apontado por Dias et al. (2007), por exemplo, que pacientes com psoríase apresentaram quase cinco vezes mais vinculação insegura do que os controles não doentes. Apesar disso, a presença e a frequência de experiências traumáticas ou estressoras negativas pode estar presente em diferentes fases do ciclo de desenvolvimento, da infância à vida adulta (Simonić et al., 2010).

No caso da alopecia areata, Perini et al. (1984) e Willemsen (2009) referiram que eventos com impacto negativo foram mais frequentes em pacientes com alopecia do que em controles. Prado e Neme (2008) observaram a relação entre figuras parentais que, por vezes, apareciam como autoritárias ou que ofereciam vínculos frágeis e hostis, e a re-vivência de experiências na vida adulta a partir da não elaboração desses conteúdos em alguns pacientes. Em relação à pacientes com vitiligo, Bú et al. (2018) também trazem relatos, em uma pesquisa de cunho qualitativo, de experiências de estresse e ansiedade vividas em diferentes períodos por pacientes com vitiligo, incluindo a infância.

P13 relata um aspecto relevante sobre a ansiedade ao dizer que ela aparece, na infância, como um desejo de querer que os dias pudessem passar mais rápido para que fosse possível sair de casa e das condições adversas vividas na infância, e a percepção, na vida adulta, de que a ansiedade é uma variável predominantemente presente em seu cotidiano. P11 traz uma percepção similar relacionada à depressão, ao mencionar a sensação de ter ficado uma “criança mais deprimida” após o falecimento da avó e a separação dos pais. Esses aspectos sinalizam não apenas o possível impacto dessas vivências da infância sobre a dinâmica emocional dos pacientes na vida adulta, como também uma autopercepção sobre esses processos.

As experiências de ansiedade e depressão, nesse sentido, entremeiam-se com as vivências de estresse tanto na infância, a partir de algumas das experiências descritas; como na vida adulta, considerando o que foi verbalizado e exposto na subcategoria anterior. Isso assemelha-se, novamente, ao modelo proposto por Clarck e Watson (1991) de sobreposição e *continuum* entre os fatores de estresse, ansiedade e depressão. Vale ressaltar que a *DASS-21* trouxe níveis semelhantes para vivências de estresse (36% com nível normal e 29% em nível severo), ansiedade (36% em nível severo) e depressão (36% em nível normal e 29% em nível severo).

É importante destacar, por meio dessa subcategoria, a relevância da compreensão sobre o meio familiar no qual a pessoa está inserida. No estudo de Poot et al. (2011), pacientes com psoríase, alopecia areata e dermatite atópica foram comparados com pacientes controles, sendo coletada a história familiar a partir de um genograma durante a entrevista semiestruturada. Segundo os pesquisadores, os casos associados às doenças tiveram três vezes mais risco de ter disfunção familiar, tendo sido destacadas alianças e rupturas, repetição geracional de comportamentos de dependência ou vulnerabilidade a eventos traumáticos. A disfunção familiar, nesses casos, esteve associada a um importante papel no início ou na exacerbação dos sintomas.

Em suma, as relações estabelecidas nos primeiros anos de vida e como se deram essas relações, em especial com a figura dos cuidadores no período inicial do desenvolvimento, podem gerar registros simbólicos de impacto que produzem fragilidade/vulnerabilidade a eventos subsequentes de vida. É interessante que se tenha conhecimento sobre a existência de uma experiência considerada marcante ou de difícil elaboração e, também, seu lugar dentro da história de vida e dinâmica atual do paciente. A observação sobre o nível de suporte psicossocial e o ambiente emocional, tanto na infância como no momento de contato com o paciente, também é de suma importância, uma vez que é esse suporte que irá demarcar o nível de estresse e seu impacto na experiência subjetiva (Koblenzer, 2005).

- **Estresse e responsabilidade**

Nesta subcategoria, são descritos aspectos relacionados a fatores percebidos pelos participantes sobre responsabilidade e sobrecarga de funções/atividades ao longo da vida. Optou-se por incluir esses aspectos em uma terceira subcategoria pelo fato de refletirem percepções dos participantes sobre algumas de suas características ou modos de funcionamento habitual que foram se desenvolvendo ao longo do tempo. Antes de apresentar os dados obtidos,

é necessário sinalizar que esta subcategoria não tem por objetivo tentar estabelecer qualquer perfil psicológico ao identificar dimensões similares no relato dos participantes. Pretende-se, com efeito, destacar aspectos gerais que são compartilhados nas histórias descritas e que podem ser compreendidos como fatores de risco para a dinâmica emocional dos pacientes investigados, o que pode, por conseguinte, afetar o curso de seus adoecimentos.

Meu pai às vezes saia pra trabalhar, mais a minha mãe na roça, então era eu que tomava conta dos meninos. Eu fui uma pessoa que a vida me deu - não vou dizer nem oportunidade - me pôs, às vezes até sem eu querer - com muita responsabilidade. Minha irmã mais velha casou muito nova, e eu fiquei com 9 anos de idade. Então eu tive que tomar conta de irmã com 6 meses de idade [...] Então as coisas complicadas parece que vem só pra mim. Lá em casa é aquele tipo de pessoa que tudo que acontece eu que tenho que tomar providência. Meu pai adoeceu, eu que tive que tomar conta, [...] Então assim, é um peso muito grande, sabe, que eu já carreguei nas costas. (P1)

Não sei, eu fico com medo de magoar as pessoas, eu prefiro ficar, sei lá... ficar magoada do que magoar os outros, sabe? Todo mundo fala "ah, você tem coração de elefante". Não sei, é meu jeito, gosto de ajudar todo mundo, gosto de fazer as coisas pra todo mundo, mas aí agora acho que chegou um tempo que... não sei, não consigo mais [emociona]. Acho que eu que tô precisando de ajuda. [...] assim, tanto a minha família como a família dele [marido], o porto seguro deles somos nós. Tudo é eu e o meu marido. Vamos supor, tem um problema, é eu e ele que resolve. Se tem alegria também, eu e ele é os primeiro a saber. Se tem uma doença, é eu que levo no médico. [...] Agora eu me vejo assim, o esteio da família. Eu me sinto responsável. Não sei porque. (P2)

Eu, na verdade é assim, até os meus irmãos, eu sou considerado como se fosse a base né. Porque assim, mesmo quando eu era novo, minha cabeça era assim, eu não era aquela pessoa assim, que levava tudo levemente. Não. Eu era seguro, eu era certo daquilo que eu queria. [...] Então na visão deles, eu sou aquela pessoa, aquela figura acho que madura né, vamos dizer assim, da minha família. Tanto é que hoje eles veem dessa forma. [...] E "ah, como que vai fazer", eu falei "assim, assim, assim, tem que fazer isso, aquilo". Então sempre depende da minha pessoa pra poder resolver uma coisa. (P3)

Se a pessoa quer minha ajuda, tudo, eu sempre fui o porto de desabafo, amigo, família, eu era sempre aquele pilar de tudo, no grupo de amigos. Que fazia aquilo em volta, um brigava com o outro, falava que eu que fazia as pazes, a coisa que eu resolvia pros outros mas não resolvia pra mim, resumindo. [...] Eu cheguei a recusar um serviço porque eu não queria que meus amigos separassem. Tinha um grupinho aqui, um ali, eu era o vínculo. Se eu saísse, acabava com tudo. Preferi ficar onde que eu tava, não aceitar, pra não fazer isso [...] Tipo assim, eu procuro fazer minha rotina - procurava, quer dizer - uma perfeição e esperava dos outros. Se você falasse que ia estar comigo em tal horário, é porque você falou que ia estar. Se você atrasasse é porque você mentiu pra mim. [...] (P4)

Nos relatos evidenciados, chamam a atenção as histórias que convergem para contextos de vida associados à alta carga de responsabilidade, inclusive em momentos precoces do desenvolvimento. A responsabilidade envolve o cuidado principalmente com membros e assuntos familiares, no sentido de provimento de cuidados, de incumbência de decisões ou de geração de renda. Essa responsabilidade por vezes é vista como pesada e se enquadra como

uma sobrecarga na visão dos próprios participantes, que descrevem cansaço, mas dificuldade em encontrar outras maneiras de lidar com esse aspecto ainda nos dias atuais.

Prado e Neme (2008) referiram uma observação semelhante na experiência de mulheres que assumiram responsabilidades adultas por exigência dos pais ao longo da infância e adolescência. Nesse mesmo sentido, associaram-se em alguns relatos uma cobrança em relação ao desempenho e à produção das atividades executadas, com a ideia de que deveriam ser realizadas com exímio/excelência. Essa cobrança é direcionada para as próprias atividades e também podem se estender a expectativas em relação a terceiros, como no caso do participante P4. Ele descreve situações de inflexibilidade e sofrimento a partir da expectativa de desempenho e de controle excessivo tanto de suas próprias ações como da de pessoas em seu convívio, o que lhe trazia ansiedade e estresse.

Esses relatos são importantes no sentido de indicar esses aspectos como uma fonte de maior estresse e ansiedade, além de configurarem sensações de cansaço, sobrecarga cognitiva e emocional, e uma sensação de inabilidade em agir de outra maneira. Essa vivência aparenta, segundo os relatos, ter um duplo sentido: por um lado, traz uma sensação positiva, de estar disponível ao outro e de implicar uma sensação de utilidade, pertencimento e unidade à relação; por outro, traz desgaste na medida em que essa expectativa sobre seu próprio papel costuma demandar energia para além do que é possível em muitas das situações. A longo prazo, portanto, essas experiências podem constituir um estresse crônico negativo que pode fragilizar e superar as capacidades de lida dos participantes.

4.2.2 Categoria 2 – Aspectos vividos após a manifestação do adoecimento

Esta categoria descreve algumas das consequências e impactos psicológicos vivenciados a partir da percepção do surgimento da doença (Tabela 23). Estão incluídos nesta

categoria 35 unidades de significado que envolvem estigma/preconceito e limitações/impacto da doença.

- **Estigma e preconceito**

Tabela 23. *Principais vivências relacionadas a preconceito e estigma*

<i>Participante</i>	<i>Principais vivências</i>
P1	Exclusão social em espaço de aglomeração
P2	Exclusão no mercado de trabalho
P3	Adversidade em contexto religioso
P5	----
P5	Incômodo em situações cotidianas (olhares/comentários/perguntas)
P6	Bullying em contexto escolar
P7	Adversidade em contexto religioso
P8	Incômodo em situações cotidianas (olhares/comentários/perguntas)
P9	----
P10	----
P11	----
P12	Incômodo em situações cotidianas (olhares/comentários/perguntas)
P13	Incômodo em situações cotidianas (olhares/comentários/perguntas)
P14	Incômodo em situações cotidianas (olhares/comentários/perguntas)

A gente passa cada coisa. Eu por exemplo aqui eu já sentei num ônibus que tem banco de dois lugares, eu sento em um, o ônibus lotado, mas ninguém senta perto de mim, porque eu tô com a pele manchada. [...] Logo no início da avenida Goiás entrou um casal, mais ou menos uns 30 anos, com duas crianças. E as crianças veio e ficou por perto, a mulher pegou e mostrou meus braços, e pediu pros meninos sair de perto de

mim. Ah, doutora, cê chega em casa cê pede a morte, viu. Então assim, cada situação que eu já passei, é uma das coisas eu escondia por causa disso. (P1)

Cheguei a trabalhar 3 dias lá, aí eu senti que às vezes uma cliente reclamou alguma coisa, ou falou né, porque é uma loja assim, de alta sociedade, uma loja de roupa. Eu senti um certo preconceito na gerente. Eu não sei se foi da parte dela ou da parte de algum cliente que reclamou pra ela, né? Questão de eu ter vitiligo. Porque já tinha me contratado, como se diz, já tinha me elogiado, "você é ótima vendedora, você é isso e isso, nós tava precisando", de repente, do nada, "ah, vai pra casa e qualquer coisa a gente te liga". (P2)

Ficava olhando, encarando. Alguns até na escola chamava a gente de careca, nunca dei importância também. Até uma professora começou a fazer bullying comigo também, minha mãe foi no colégio. Aí acabou que tirou a professora. Mas nunca dei importância, quem dava mais era minha família. (P6)

Tanto que você tá vendo, brotou aqui bem na face. Né? No ponto de chegada, como diz o outro, então isso me incomodou muito. Porque parece que todo lugar que você chega, a primeira coisa que a pessoa olha é o defeito [...] A pessoa ficar me encarando. Às vezes eu tô no trabalho, ou... as pessoas fica olhando. Eu falo "ó, é vitiligo viu". (P8)

Sem contar que você não é bem vista na sociedade. Você fica no meio das pessoas, você nota que elas ficam com nojo de você. É impressionante. Quando elas via minha mão... uma mulher um dia encostou assim, mas eu senti que foi brusco, eu falei "olha, é feio, mas isso não pega, é uma doença minha". [...] Sou cabeleireira né, aí quando eu tava

com a mão ruim uma moça que trabalhava com a gente saiu do salão, e ela brigou com a menina, que era minha funcionária. Eu gostava demais dela. Eu falei “olha, se você quiser, eu vou na sua casa e faço seu cabelo”. Ela assim “deus que me livre, você com essas mão perebenta aí, encostar na minha cabeça?”. Você não tem noção em como é o preconceito. (P13)

As doenças de pele e sua visibilidade, muitas vezes, expõem a condição do sujeito sem sua anuência ou controle. As situações aqui descritas pelos participantes envolvem incômodos a partir de ocorrências diferentes entre si, desde algumas mais sutis, como olhares, até eventos de natureza explícita e evidente, como exclusão em espaços de aglomeração, apontamentos diretos, reações de nojo, bullying etc. Situações desse gênero provocam desconforto e tristeza, especialmente pelo fato de a doença ser algo contingencial e que foge ao controle ou desejo dos participantes, como é lembrado por P5 e P8. Essas vivências que envolvem preconceito e/ou rejeição aparentam ser bastante frequentes e também são referidas em vários outros contextos (Ginsburg & Link, 1993; Prado & Neme, 2008; Szabo & Brandão, 2016).

Nessa amostra, poucos participantes disseram não ter vivenciado alguma situação desse tipo. É importante mencionar que a sensação de estigma e preconceito pode variar e depender de condições como o local exposto e visibilidade das lesões. Condições especialmente visíveis, que envolvem áreas como rosto, pescoço e mãos, vêm sendo descritas como tendo um efeito profundo no funcionamento diário das pessoas. Um estudo brasileiro, entretanto, não encontrou diferenças significativas em termos de estresse/localização da lesão dermatológica (rosto e/ou mãos), embora tenha observado presença de estresse na maioria dos pacientes adoecidos, o que sugere que, independentemente da localização da lesão, há sofrimento e estresse associados (Ludwig et al., 2008).

Ademais, é importante lembrar que vivências de preconceito, discriminação e

estigmatização podem frequentemente trazer sentimentos de vergonha, alterações na auto-imagem e auto-estima, maior isolamento, constrangimento e prejuízo em relações sociais e, sobretudo, íntimas (Ginsburg & Link, 1993; Szabo & Brandão, 2016). Por essa razão, a maneira como a doença é lida e representada socialmente implica significativamente na forma como ela será enfrentada. Um contexto que dificulte ou prejudique a lida da pessoa com essa adversidade pode impactar negativamente a possibilidade de um enfrentamento saudável, o que pode, então, tornar a pessoa ainda mais suscetível e fragilizada emocionalmente. São fatores complicadores, por exemplo, as corriqueiras crenças equivocadas que muitas vezes associam o surgimento das doenças à ideia de sujeira e falta de higiene, além da crença de contágio e ameaça à saúde.

Uma notável consequência relacionada a essas ideias não refletidas é que além de implicar comportamentos discriminatórios e de exclusão social por parte de outras pessoas, elas podem gerar desinformação para os próprios portadores das doenças. Em uma pesquisa para investigar a crença social sobre a psoríase com portadores da doença, mais de 60% da amostra relatou falta de informação sobre a dermatose, 16,5% acreditava que ela era contagiosa e 6,8% que estava relacionada à higiene pessoal. Além disso, 50% também referiu comportamento de discriminação em algum nível, como a sensação de relutância por parte de outras pessoas em manter laços sociais ou de amizade, almoçar ou jantar com elas, dar um beijo com a bochecha em saudação, apertar a mão ou ter relações sexuais (Halioua et al., 2016).

O contato com os participantes e os relatos íntimos trazidos apontaram para algumas vivências convergentes com relação à discriminação e trouxeram algumas reflexões. O toque, para muitos participantes (principalmente os que possuem psoríase ou vitiligo), aparece como dimensão prejudicada após a manifestação da doença cutânea por conta das vivências de preconceito. Muitos aparentam, nesse sentido, antecipar o receio de outras pessoas em relação a vê-los ou tocá-los. Como pesquisadora, foi possível sentir a importância de cumprimentar os pacientes com as mãos ou mesmo dar um abraço ao final da entrevista, entendendo esses gestos

como maneira de reforçar a compreensão de que a existência da doença não implica o prejuízo do contato corporal e fisicamente próximo. A importância do toque e da proximidade é sinalizada por um dos participantes (P3) e pode dar indícios de como a abertura do paciente depende também da abordagem conduzida pelo profissional de saúde, ainda que que essa abordagem não seja refletida ou intencional:

Tinha médico que chegava, olhava, e tinha outros que ficava só olhando em cima. Mais à distância. Então isso aí já dava uma reação. Se aquele médico falar alguma coisa, eu fico mais na minha, porque ele nem quis encostar. Mas aquele que tava lá, mexia, vinha, tocava, apalpava, aí esse eu entendia que ele tava mais disposto a entender você a e a doença.

Em suma, o trabalho direcionado ao preconceito e potencial estigmatizante da doença envolve um redirecionamento conjunto que passa por diferentes segmentos, micro e macrossociais. Lidar com o estigma implica a maneira como se expressa e se enxerga socialmente cada uma dessas doenças, como mencionado anteriormente, e por isso também a necessidade de maior difusão e contato com o tema.

Isso pode envolver tanto um trabalho que inclua maior informação sobre como se constituem essas doenças e seus riscos de transmissibilidade, a fim de que se diminua fantasias e mitos associados; assim como um trabalho imagético e de fala inclusivo, que difunda pessoas com dermatoses em contextos antes não vistos ou pouco acessados. Os aspectos simbólicos, emocionais e socioculturais que circunscrevem a doença, portanto, devem ser englobados para melhorar a atenção à saúde e à vida desses sujeitos (Halioua et al., 2016; Szabo & Brandão, 2016), uma vez que extensas limitações podem se fazer presentes.

- **Limitações e impacto da doença**

Tabela 24. Principais impactos/limitações provocados pela doença

<i>Participante</i>	<i>Principais impactos/limitações</i>
P1	Estudo (interrompido)/ Trabalho (limitado)/ Relações íntimas/afetivas prejudicadas Exposição social (vergonha da exposição da pele)
P2	Trabalho (interrompido/reformulado)
P3	Trabalho (interrompido) / Incômodo com consequências físicas da doença
P4	Exposição social (vergonha da exposição da pele)
P5	Incômodo com consequências físicas da doença
P6	Perguntas (origem/curiosidade sobre a doença)
P7	Autoestima e autoimagem
P8	Atividades cotidianas/ Relações íntimas/afetivas prejudicadas / autoestima afetada
P9	Autoestima e feminilidade
P10	Incômodo com consequências físicas da doença/ Exposição social (vergonha da exposição da pele) / Relações íntimas/afetivas prejudicadas
P11	Perguntas (origem/curiosidade sobre a doença) / Exposição social (vergonha da exposição da pele)
P12	Autoestima e feminilidade
P13	Atividades cotidianas / Incômodo com consequências físicas da doença/ Exposição social (vergonha da exposição da pele)
P14	Perguntas (origem/curiosidade sobre a doença) / Exposição social (vergonha da exposição da pele)

Eu queria ter feito da minha vida melhor, ganhar melhor, feito da minha vida igual meus irmão fez, todos eles têm sua casa, tem família. E eu devido a minha situação de saúde eu me bitolei, não procurei crescer. [...] Mas eu me sinto...por exemplo, falo 'vou montar um restaurante', mas pra eu ser dona do restaurante eu tenho que ser a que dou as caras. E aí tem época que eu não tô com a pele boa, como que fica? [...] Pra ser bem clara com a senhora: a psoríase acabou com a minha vida, com a minha expectativa.

Atravessou e me brecou totalmente. Ela foi assim, tudo de ruim que aconteceu na minha vida, de 17 anos pra cá, é... eu não adquiri família, não casei, hoje não posso ter filho por causa do tratamento que eu faço, que é muito forte. Então assim, me atrapalhou 90%. (P1)

Mas na época que começou, eu nem dei conta de trabalhar, porque eu trabalho com as mãos, e o lugar que mais afetou foi as mãos. A doença pegou nas minhas mãos, tanto é que eu não tinha couro na mão. [...] Eu trabalhava de torneiro mecânico. A minha vida, assim, a questão da profissional é isso aí, tive que me readaptar né, entrar num outro processo. [...] Porque na verdade assim, eu comecei me excluindo da sociedade, ficava mais dentro de casa, não saía, não passeava, não fazia nada. Tanto é que eu fiquei muito ruim. Fiquei 15 dias de cama travado na cama. Travado, sem mexer, se eu mexer rasgava assim, as linhas da carne, e sangrava. (P3)

Ah, é uma m... [risos]. É simplesmente uma m... [emociona]. Ah, porque eu não aceito... até choro. Só isso. Não aceito. Nunca aceitei ele [vitiligo] não. Isso aí mexe, porque eu sei lá. Tenho vontade de vestir, eu trabalho, eu falo assim: "eu trabalho, eu tenho meu dinheiro, eu ganho bem". Não posso fazer nada, comprar uma roupa que eu quero. Então é isso, só isso, gira em torno disso aí. [...] Eu preciso comprar aqueles trem fechado, véio, agora eu tô podendo vestir mais abertinho. (P5)

Eu quase não usava cabelo amarrado. Não era fã de cabelo amarrado, não era fã de cabelo curto. Então hoje, o que que me afetou: é que eu uso o meu cabelo direto preso. Então às vezes, por exemplo, eu tenho uma festa pra ir, um casamento pra ir. Aí eu falo "o que que eu vou fazer com meu cabelo?". Mas eu acho ruim, porque cê sabe que tá

tão complicado que eu durmo com o cabelo amarrado? É uma forma de esconder mesmo, porque se eu deixar ele solto, aí vai abrir aqui, vai aparecer mais, aqui no alto da cabeça. Então acho que é uma forma de eu esconder a bendita alopecia. Então eu acho que no fundo, no fundo, me deixou muito para baixo, muito. (P9)

Eu já tive muito problema com a psoríase, quando eu tive meu corpo todo coberto de escamas, né? Porque assim, atrapalha o relacionamento demais. E de certa forma fica uma sequela emocional, porque por mais que você não tem lesão, mas no fundo, no fundo, você fica meio insegura. Em relação à questão de casal, sabe? [...] Depois o meu corpo ficou todo tomado pela psoríase. Assim, você entra em depressão, mas assim, eu nem tanto, porque eu acho que eu tinha uma força espiritual maior na época. Teve uma época que eu fiquei praticamente sem andar, não conseguia vestir roupa. (P10)

Ah, pra mim foi quase que o fim da minha vida. Hoje não, mas no começo eu achava que não tinha sentido, viver daquele jeito. Eu não tinha unha mais, nos pés, nas mãos, era muito esquisito. Sangrava muito, eu engordei 20 quilos em cinco anos, porque eu não conseguia andar, não conseguia fazer nada. Meu marido punha comida na minha boca, dava banho. [...] O pé abria, os rachados... depois te mostro as fotos. Sabe quando você tempera peixe, você retalha ele? Era daquele jeito meu pé, era uma coisa inexplicável. Eu não tenho problema de timidez, mas fiquei me resguardando mais pra chegar perto das pessoas. Comecei a querer andar escondendo a mão, usar roupa de bolso. Mas falei “não vou fazer isso comigo, não vou me esconder”. Quem quiser me aceitar vai ter que ser assim, quem não quiser tá perdendo é elas” [risos]. Agora que tá começando a melhorar, mas era da cama pro banheiro, da cama pra almoçar, às vezes era na cama mesmo. E vinha pro médico, só. (P13)

O impacto vivenciado depende tanto da característica da doença como de suas implicações intrínsecas, conforme mencionado anteriormente. Para os pacientes com psoríase, por exemplo, além do aspecto estético, sobressaem questões ligadas à dor, coceira, desconforto, dificuldade de locomoção ou mesmo incapacitação na execução de atividades cotidianas. Sintomas de desconforto físico costumam ser menos descritos por portadores de vitiligo ou alopecia, mas o impacto provocado pela estigmatização e o olhar social também provocam limitações extensas e profundas. Na maioria dos casos analisados, desse modo, observa-se limitações de diferentes tipos que podem afetar mais de um domínio (pessoal, familiar, laboral) (Tabela 24).

Alguns dos impactos e limitações vivenciadas, a partir disso, envolvem alteração da rotina, suspensão de atividades escolares ou laborais por conta da doença, modificação em comportamentos sociais e relações íntimas prejudicadas. Essas limitações podem ser contornadas a partir de algumas ressignificações (a “invenção” de um novo tipo de trabalho, por exemplo, como no caso de P3) ou configurar um fator determinante para a interrupção de atividades escolares ou laborais, ou de projetos futuros de vida (P1, P4, P13). Quando associados a comorbidades, como artrite psoriática (P4 e P10), sintomas adicionais como fadiga ou atrofia de membros podem trazer ainda mais prejuízos. Não por acaso, a qualidade de vida de pacientes com essas três condições frequentemente tem sido demonstrada como prejudicada, seja nos que possuem psoríase (Ograczyk et al., 2014; Schneider et al., 2013), alopecia areata (Abedini et al., 2018; Marks et al., 2018) ou vitiligo (Hedayat et al., 2016).

O abalo na autoimagem, autoestima e autoconfiança também é mencionado pelos participantes e também encontra respaldo na literatura (Ribeiro et al., 2010; Ruiz & Reis, 2018). O receio de atrair olhares, usar roupas que exponham o corpo e a insegurança no relacionamento com pares é descrito por praticamente todos os envolvidos. A insegurança nos relacionamentos íntimos, por exemplo, pode permanecer, inclusive, após a remissão dos sintomas, como

explícita P10, ao dizer de uma “sequela emocional” subjacente. No caso das mulheres, maioria neste estudo, esse impacto tem sido demonstrado como ainda maior, conforme mencionado na primeira seção deste capítulo.

Essa subcategoria sobre impactos e limitações relaciona-se à anterior, sobre estigma e preconceito, na medida em que esses impactos e limitações estão diretamente associados ao que significa essa doença sob o ponto de vista social. Nesse sentido, experiências prévias de preconceito, como as descritas anteriormente, assim como expectativas/crenças envolvendo uma sensação antecipada de rejeição, podem implicar em restrição de atividades e comportamentos. P1, por exemplo, menciona o receio de expor a pele e sofrer rejeição social ao visualizar a possibilidade de ir para a escola ou abrir um restaurante, assim como vários outros participantes citam vergonha e receio em se expor socialmente em diferentes contextos, mesmo que não tenha sido vivida anteriormente alguma situação de rejeição e/ou exclusão.

Essa categoria, em suma, abrange em maior intensidade os aspectos relacionados à ansiedade e depressão, uma vez que compreende variadas vivências de apreensão frente a situações presentes ou futuras por conta da doença, ou sentimento de tristeza e autodesvalorização associados a limitações e mudanças de diferentes tipos. Falas de não aceitação da doença (P1, P5, P7, P9), de percepção de alteração no humor (P1, P2, P5, P7, P9, P10, P12) e de falta de sentido da vida (P13), assim, apresentam-se nos discursos dos participantes e sugerem vivências ligadas ao humor depressivo.

Ressalta-se, naturalmente, que isso não configura necessariamente algum quadro psicopatológico, mas aponta para aspectos importantes e dignos de maior atenção. A partir da observação desses aspectos, em maior intensidade em alguns dos participantes, discutiu-se com membros da equipe médica do serviço a possibilidade de encaminhamento psicológico e/ou psiquiátrico para esses pacientes no âmbito da própria instituição, para aqueles que ainda não eram acompanhados por alguma dessas duas áreas. Também foi disponibilizada aos

participantes uma lista com locais na cidade que oferecem atendimentos gratuitos e/ou sociais (clínicas-escola, clínicas de formação/pós-graduação, institutos etc), uma vez que é expressiva a demanda por serviços de psicologia e psiquiatria no próprio hospital, o que gera um tempo razoável de espera.

É importante retomar, a partir do exposto no Capítulo 2, que o estigma, impacto e limitações da doença podem trazer sintomas ansiosos e/ou depressivos que podem evoluir para níveis de depressão mais sérios e tentativas de suicídio (Dalgard et al., 2015; González-Parra & Daudén, 2019; Koo et al., 2017; Kouris et al., 2017; Lamb et al., 2017; Lesner et al., 2017; Moreira et al., 2016; Pompili et al., 2016). A média dos escores em torno de 20, por meio da *DASS-21*, reforça a importância e necessidade de um acompanhamento multidisciplinar e de um cuidado que seja direcionado às consequências e adversidades impostas pela doença. Importante compreender, a partir disso, que a dificuldade em lidar com a doença pode muitas vezes estar relacionada mais à reação que a ela é direcionada do que a ela mesma, o que envolve as várias situações aqui descritas.

4.2.3 Categoria 3 – Percepção e expressão de afetos

Esta categoria discute as falas dos participantes a partir de 26 unidades de significado sobre a associação que fazem entre o curso de seu adoecimento e a existência de determinados estados psicológicos; e, também, sobre a maior ou menor expressão de afetos em situações de conflito ou desconforto emocional. Busca-se, a partir disso, discorrer e discutir mais especificamente sobre a alexitimia.

- **Percepção sobre a relação entre a doença e aspectos psicológicos**

Nesta subcategoria são apresentados relatos sobre a associação que os participantes fazem entre o curso de seu adoecimento e a existência de determinados estados emocionais (Tabela 25).

Tabela 25. *Conhecimento e percepção sobre a relação entre a doença e fatores emocionais*

<i>Participante</i>	<i>Conhecimento sobre a possibilidade de a doença estar relacionada a fatores emocionais</i>	<i>Percepção e associação entre algum evento/contexto estressor vivido e início ou alteração no curso da doença</i>
P1	x	x
P2	x	x
P3	x	
P4	x	x
P5	x	
P6		x
P7		x
P8	x	x
P10	x	x
P11		x
P12	x	x
P13	x	x
P14	x	

A única coisa que eu sei é que é uma doença emocional... só. É isso. É uma doença emocional, depende do seu emocional [...] Aí eu já tinha 15 anos de casada, eu tive um problema com meu esposo, e foi quando ela voltou. Eu sabia. Eu falei "é por isso". Até então meu esposo, ele também tem essa paciência, até hoje. Ele mesmo já falou que ele sabe que, tipo assim, isso aqui é consequência do que aconteceu, entendeu? [traição] (P2)

Uma doença que não tem cura, que tem tratamento, é recorrente, que é muito... os estudos são aprofundados, mas não tem ainda o porquê, como que acontece, se é hereditário ou não... não sei mais. Relação com o emocional, com a imunidade, deixa eu ver... acho que é isso. [...] E quando as pessoas falam assim: "mas o que que causa isso?". Eu falo "estresse". "Cara, o estresse dá isso?". Eu falo "o estresse dá isso, cara, acredite, tô te falando, comigo foi estresse". (P4)

Eu acho que faz sentido, porque meu cabelo começou a crescer no início do ano retrasado, começou a crescer, tava grande, e acabou caindo de novo nessa época [quando houve um episódio de estresse]. Aqui em cima era grande já, tava mais ou menos um pedaço assim, aqui tava começando a crescer. Aqui a lateral começando a crescer, depois alguns buracos. Aí começou a cair tudo de novo. (P6)

Mas no caso que é uma doença autoimune, que não é contagioso, que mais... e do estresse e da ansiedade. Emocional acumulado. Eu falo porque eu fico guardando, as coisas que acontecem. Muitas das vezes fico com aquilo. Todas vezes que tô com um problema, preocupada ou ansiosa, principalmente a diabetes. O vitiligo também surge, aumenta. Tem dia que eu olho no espelho e falo pro meu esposo: "nossa, parece que a mancha hoje tá melhor". Tem dia que eu olho e quase saio chorando "nossa, parece que hoje o trem tá tudo branco, já fico agoniada". (P8)

Tem gente que fala que ela pode ser de fundo psicológico. Acho que isso. Ela tem assim, significado de muita coisa mal resolvida, coisa que eu não consegui digerir, ou não consegui ressignificar. Acho que é isso, um monte de coisa que eu fui juntando

dentro de mim, é como se fosse uma coisa que foi entrando em ebulição, e ela não tinha como sair, e ela saiu. Mas é porque eu não tinha muito costume de... eu guardava muita coisa pra mim. As coisas iam acontecendo e eu só guardando, guardando, não jogava pra fora. (P10)

Assim, quase nenhuma [informação]. Só fico sabendo assim, que não pega. No começo muitas pessoas pensava que pegava. Aí agora já sei que não pega. [...] Ó, doutora, não sei se é porque muita preocupação, nem tomando os remédios tá fazendo efeito. Tá saindo umas feridinhas nas minhas costas. É muita preocupação, muita. É muito problema, eu acho que isso desencadeou. Quando eu fico muito nervosa, muito ansiosa, parece que brota elas no meu corpo. [...] Mas de uns últimos dias pra cá, não tô conseguindo ter esse sono. É onde que eu vejo que brota mais a psoríase no corpo. (P11)

Aí eu tive uns picos de ansiedade, tava ansiosa, caiu mais ainda. Vamo supor, se eu tô bem com remédio, aí eu tenho uns picos de ansiedade, o cabelo cai. Começa a cair tudo de novo. Eu noto, se eu tô bem, tá bem, se eu tô mal começa a cair bastante. Muito mesmo. [...] Eu não associava muito o cabelo com meu estado emocional, depois eu fui reparando e realmente: quando eu tô muito ansiosa aí começa a cair. Minha mãe sempre reparava, eu não ligava, pra mim era preocupação de mãe. Depois fui percebendo mais. (P12)

A maioria dos pacientes cita algum nível de conhecimento ou compreensão sobre a possibilidade de as doenças terem o fator emocional como um dos predisponentes para o seu desenvolvimento. Essa informação sinaliza que grande parte desses pacientes provavelmente

foi orientado a esse respeito por seus médicos dermatologistas ou que se informaram por meio de buscas ativas em outros contextos (internet, por exemplo). A simples obtenção dessa informação, especialmente se realizada pelo profissional de saúde, faz parte do processo de psicoeducação e auxilia no processo de observação do paciente sobre processos vividos que ele pode elencar como possivelmente relacionados ao início, piora ou remissão da doença. Pode ser, assim, o primeiro passo no trabalho de elaboração de estratégias para lidar com a situação.

O relato dos participantes sinaliza que a maioria deles relata a percepção de algum evento, situação ou a simples percepção de que a alteração nos níveis de estresse, ansiedade e/ou depressão influencia na piora ou melhora da doença. Essa associação é um aspecto bastante significativo e positivo ao se considerar que a alexitimia está relacionada a uma dificuldade de *identificação* e expressão dos próprios afetos, como abordado anteriormente. Nesse sentido, apresenta-se uma divergência em relação ao que foi encontrado a partir da *TAS-26*, que apontou para um alto nível de alexitimia nessa amostra; e uma maior aproximação com o resultado obtido via *OAS*, que indicou menor nível.

Não se observa, assim, uma pobreza da vida mental, grande dificuldade na expressão e descrição de sentimentos ou um estilo particular de expressão voltado para aspectos concretos e formais, com verbalizações calcadas em questões prioritariamente direcionadas ao corpo. O que parece estar mais implicado, de maneira geral, é uma dificuldade de regular emocionalmente determinadas questões e uma subsequente dificuldade na diferenciação desses estados com os sintomas corporais, que são manifestos via pele em momentos de maior crise. Desse modo, é possível considerar uma tribulação na identificação e lida com esses afetos no momento da situação vivida, mas também um potencial de reconhecimento no que tange esse universo subjetivo, ao contrário de um discurso puramente racional e empobrecido de modulações, típico à alexitimia.

Vale mencionar que, em comparação com as outras categorias elencadas nesse estudo, essa aparenta ser a menos estudada ou discutida na literatura. Topal et al. (2016) relataram, por exemplo, que 84% de pacientes com vitiligo em uma amostra acreditavam que o estresse poderia se relacionar com sua condição; enquanto Bú et al. (2018) também apontaram para relatos de participantes nessa mesma direção. Apesar desses dados, pouco se discute sobre a percepção do próprio paciente sobre essa associação, embora se discorra sobre a existência de eventos estressores/traumáticos em diferentes fases do adoecimento ou a presença de alexitimia de uma determinada amostra. O nível de alexitimia também pode variar, conforme abordado anteriormente, de acordo com a maior ou menor expressão e verbalização do paciente e de acordo com diferentes estratégias utilizadas por ele, o que será tematizado e analisado a seguir.

- **Expressão e verbalização de afetos**

Nesta subcategoria, são apresentados relatos dos pacientes sobre como eles observam que costumam expressar ou não diferentes afetos, e como sentem que costumam resolver situações de conflitos, especialmente relacionais. Optou-se pelo termo *expressão*, em conjunto com *verbalização*, por se entender que a expressão e comunicação dos sentimentos não necessariamente se dá pela via verbal.

Ah, doutora, a gente enfrenta, como diz o outro, da maneira que pode né... às vezes tenta conversar, desabafar. Assim, eu tenho duas pessoas que eu às vezes desabafo. Então eu desabafo o que tem pra desabafar, pra ver se alivia um pouco. [...] Às vezes você quer conversar, até chorar, e... pra quem? Pra que? Não é todo mundo que você confia. Às vezes você vai falar com as pessoas e todo mundo "ah, mas isso é bobeira, que isso é assim, assado". Não é todo mundo que entende. (P1)

Que na verdade assim, eu sou de [inaudível] com respeito aos meus sentimentos. Eu não exponho, é mais fácil eu restringir dentro de mim do que eu expor. Até com a minha esposa eu tenho dificuldade..., mas ela é mais fácil, porque ela tá mais achegada comigo. [...] Mas meu sentimento mesmo, ou eu falo com a minha esposa, ou não falo com ninguém. (P3)

Eu guardo pra mim. Tudo que eles falava, eu escutava, eu guardava pra mim. Não chegava neles e falava não. Deixa eles falar e finge que nem tá escutando. Eu só guardo as coisas pra mim, na hora que eu fico muito brava eu acabo falando. Na maioria das vezes eu guardo. Ah, às vezes eu paro pra pensar e machuca. (P6)

Na maioria das vezes eu fico é calada. Não sou muito de falar as coisas não. [...] Parece que eu vou explodir. Quando eu tenho coragem de falar alguma coisa eu fico de boa, quando eu guardo pra mim parece que é um peso. [...] Eu sou mais de ficar quieta mesmo, não sou de falar as coisas assim não. (P11)

Uma coisa que é muito difícil e que eu não sei é conversar. Tentar resolver. Eu não tento resolver, eu fico na minha. Não sei chegar naquela pessoa e conversar com ela. [...] Uma angústia, uma raiva. Guardo pra mim. (P12)

A partir dos relatos, nota-se uma dificuldade em relação à maneira como geralmente se expressam os afetos. A maioria dos participantes diz que costuma guardar os sentimentos para si e não verbalizar ou discutir sobre eles, embora se sinta mal ao fazer isso. A não expressão dos afetos não constitui, *per si*, um fator que aumenta a probabilidade de adoecimento.

Entretanto, é importante ressaltar que essa falta de expressão pode aumentar a intensidade desse afeto (raiva ou angústia, por exemplo), o que pode trazer efeitos prejudiciais e deletérios a curto, médio ou longo prazo. Dentre esses efeitos, tem-se a possibilidade de uma vivência cronificada de estresse, ansiedade e tristeza, que pode repercutir na vulnerabilidade imunológica do sujeito, assim como a utilização de recursos prejudiciais como forma de enfrentamento das situações (uso de substâncias, má alimentação etc), o que também acaba por repercutir na saúde (Calvetti et al., 2017).

Isso posto, há algumas considerações importantes até o momento: 1) a maioria dos participantes desta pesquisa percebe e faz uma associação entre os aspectos emocionais e o curso da doença, conforme apontado na subcategoria anterior; 2) há uma dificuldade na expressão de afetos; 3) há, entretanto, uma verbalização sobre essa dificuldade. Ou seja, esta subcategoria reforça a anterior no sentido de que o que se observa é que há uma dificuldade de expressão ou manejo dos afetos, mas que as características apresentadas diferem do que geralmente é considerado como típico em pacientes com perfil alexitímico. Nesse sentido, é importante retomar a discussão de Rodrigues et al. (2014) e Kojima (2012), que apontaram que a alexitimia tem se tornado um termo muitas vezes elástico e impreciso, sugerindo um funcionamento mental a partir do diagnóstico da doença e não por meio de uma avaliação individualizada da dinâmica psicológica do paciente.

Por essa razão, endossa-se o pensamento de que a alexitimia tem sido um constructo mal definido, que pode ser útil para orientar investigações clínicas como uma hipótese de trabalho, mas não como uma categoria etiológica pré-determinada. É crucial que seja estabelecida, nesse sentido, uma diferenciação entre uma dificuldade de expressão, por um lado, e uma notável dificuldade de acesso, identificação, diferenciação e expressão de estados emocionais. Por essa razão, Rodrigues et al. (2014, p. 146) sinalizaram que não parece nítido o uso do conceito “se esses pacientes reconhecem suas emoções, mas apresentam dificuldades

em expressá-las verbalmente, ou simplesmente não conseguem reconhecer esses sinais de seus corpos”.

Além disso, é importante ressaltar que a maioria dos estudos referentes à alexitimia utilizam instrumentos em uma abordagem exclusivamente quantitativa (Innamorati et al., 2016; Korkoliakou et al., 2014; Kutty-Pachecka & Stefańska, 2014; Larsen et al., 2017; Palareti et al., 2016; Talamonti et al., 2017), que pode ser útil em fornecer dados objetivamente e de maneira mais rápida, mas que perde elementos que poderiam ser fornecidos por meio de um olhar clínico ou qualitativo. Assim, é preciso ressaltar que o processo de expressão dos afetos e da vida íntima pode demandar tempo e vínculo e que uma avaliação oriunda apenas de instrumentos ou escalas, portanto, possui maior chance de perder elementos importantes se for realizada sem considerar aspectos que podem ser manifestados a partir de uma conversa/entrevista/anamnese.

Alguns participantes apontam a necessidade dessa vinculação ou de uma relação de confiança para se expressarem e, por essa razão, é importante mencionar a possibilidade de vergonha/constrangimento em se falar dos próprios sentimentos para profissionais de saúde, o fato de que o paciente pode aguardar as perguntas para poder dizer algo ou mesmo procurar falar sobre assuntos mais direcionados à doença julgando que é isso que o médico quer ouvir (Rodrigues et al., 2014). Isso não é algo exclusivo de pacientes com doenças cutâneas, mas sinaliza uma vivência que é também dessa população. É possível observar esse aspecto, inclusive, em trechos da entrevista que sinalizam o uso do termo “doutora” à pesquisadora (que podem antever a sensação de uma hierarquia) ou a percepção da menor ou maior proximidade física dos profissionais como algo sugestivo do interesse dos profissionais em suas demandas.

A. N. Silva et al. (2013) sugeriram que, por essa razão, mais importante que usar instrumentos formais para a avaliação, é desenvolver a sensibilidade para indicadores emocionais que possam sugerir a presença de alexitimia, assim como o desenvolvimento de estudos de metodologia qualitativa e natureza exploratória que possam tornar mais

compreensível essa dimensão. É fato que alguns pacientes apresentam maior ou menor facilidade e disponibilidade emocional para essa percepção e, principalmente, para a relação com o que esses afetos despertam. Apesar disso, considerou-se notável a expressão e envolvimento da maioria dos participantes no processo dessa pesquisa.

Para elucidar esse ponto, ressalta-se que apesar da dificuldade inicial de alguns, muitos se engajaram no exercício de falar de suas próprias histórias, sendo muitas entrevistas, inclusive, extensas e carregadas de conteúdos emocionais, como se pode inferir a partir dos trechos apresentados neste trabalho. A maioria dos participantes se mostrou disposta a falar e apresentou curiosidade e interesse em relação à possibilidade de atendimento ou encaminhamento psicológico subsequente, citando desejo em relação a um espaço de escuta no qual pudessem compartilhar suas demandas com maior frequência.

Pensando nesse aspecto, é relevante a discussão e sugestão de que talvez o que esteja em questão não é apenas a capacidade desses pacientes de estarem em contato com seus aspectos emocionais, mas também o acesso e a disponibilidade de espaços para que isso seja possível ou facilitado. Uma ponderação necessária, portanto, é a necessidade de que serviços de dermatologia possam disponibilizar atendimentos multiprofissionais e que possam ter em seu corpo clínico profissionais psicólogos para a oferta de escuta qualificada à essas demandas, além, é claro, de psiquiatras, assistentes sociais, dentre outros profissionais geralmente indicados para que se componha um atendimento orientado à Psicodermatologia (Bewley et al., 2014).

Para exemplificar, tem-se como possibilidades de ferramentas de cuidado psicológico o acompanhamento na modalidade de psicoterapia, psicoterapia breve (PB), grupos psicoeducativos ou de apoio, promoção de estratégias de regulação de estresse (relaxamento, meditação, biofeedback), ferramentas que possibilitem e facilitem a produção simbólica e expressão de emoções (instrumentos projetivos, recursos artísticos), intervenções educativas,

entre outros (Colaiani & Poot, 2016; Fordham et al, 2015; Ludwig, 2006; Müller et al., 2001; Silva & Müller, 2007; A. Silva et al. 2011; L. M. Silva et al., 2013). Estratégias que envolvam famílias também podem ser pensadas por meio de intervenções sistêmicas (Brito & Pereira, 2012), principalmente considerando que temas relacionados à família foram os de maior prevalência nessa e em outras amostras.

Os atendimentos podem ser organizados, por exemplo, de acordo com tipos de doenças. Embora determinados aspectos possam ser comuns a todas, posto que envolvem a exposição da pele, há disparidades no sentido dos aspectos físicos, psicológicos e sociais implicados à cada uma. Com o estabelecimento de uma oferta de cuidados psicológicos, é possível pensar em modelos de triagens psicológicas, já na admissão, que possam orientar para a necessidade de um cuidado fornecido por meio de consultas individuais ou grupais. Entende-se que essas questões vão depender do formato do serviço e do quantitativo de profissionais disponibilizados. Em uma perspectiva de atendimento individual, um modelo orientado à Psicoterapia Breve pode ser interessante de maneira semelhante em relação ao atendimento de outras condições crônicas. Entretanto, dado o baixo quantitativo de profissionais nos serviços, em muitos casos, pode ser interessante a adoção de intervenções grupais.

O ambulatório onde a pesquisa foi realizada dispõe de grupos psicoeducativos para pacientes com alopecia areata, sendo dois dos participantes da pesquisa também participantes do grupo. Ambos o descreveram como um espaço de importantes trocas, principalmente considerando que a condição é desconhecida por muitos até o momento de sua manifestação. Como pesquisadora, foi possível a participação em um desses momentos a partir do convite da psicóloga responsável, o que foi uma vivência bastante relevante. Nos encontros, vários temas são trabalhados ao longo do ano, envolvendo desde informações específicas sobre a condição da alopecia, fornecidas pela médica dermatologista responsável pelo ambulatório de cabelos,

até discussões e reflexões sobre temas de cunho psicossocial que são direcionadas pela psicóloga e pela médica em conjunto.

Alguns participantes também citaram experiências de trocas com outros pacientes na sala de espera antes das consultas, o que reforça o benefício de um espaço de compartilhamento de experiências e de informações. Além do que já foi mencionado, o grupo, como recurso terapêutico, pode ser útil no sentido de atender a uma maior demanda de pacientes e também como uma possibilidade de uma “triagem” informal, ou seja, para apontar casos que necessitem de acompanhamento mais individualizado ou aprofundado. Assim, embora as questões de imagem estejam presentes em muitos dos pacientes com afecções dermatológicas (o que poderia limitar a participação pelo receio da exposição em grupo), o fato de estar em um espaço com semelhantes e de haver reciprocidade nas trocas pode ser algo que torna o grupo profícuo desde a entrada do paciente no serviço, resguardadas, naturalmente, preferências e especificidades de cada participante.

Algumas estratégias também podem ser sugeridas e facilitadas diretamente no primeiro contato em consulta com o médico dermatologista, como conversar com o paciente sobre expectativas em relação ao tratamento, auxiliá-lo a eleger formas de explicar seus sintomas aos outros (Tuckman, 2017), o uso de recursos estéticos como forma de camuflagem de aspectos que tragam incômodo ou constrangimento (Levy & Emer, 2012) e também o uso de estratégias que aumentem a adesão aos tratamentos, que podem ser abandonados por várias razões (Yélamos et al., 2015). Para além dessas intervenções, uma fundamental relação estabelecida entre médico e paciente, alicerçada na construção de vínculo e utilizando-se de recursos já típicos à área, como anamnese, por exemplo, pode ser útil ao trazer diferentes fatores psicossociais que são de relevância à dinâmica emocional do paciente.

Experiências em diferentes realidades podem ser interessantes para orientar serviços e profissionais. Aguilar-Duran et al. (2014), por exemplo, relataram etapas necessárias na criação

de um serviço de Psicodermatologia no Reino Unido, sendo discutido que as consultas tendem a ser mais longas e envolver mais membros da equipe, mas que o custo total tende a permanecer menor do que se esses pacientes fossem atendidos em um serviço geral de dermatologia ou em espaços difusos da comunidade. Zhou et al. (2018), por sua vez, discutem aspectos que envolvem diferentes tipos de serviços existentes: atendimentos conjuntos ou separados entre os profissionais, ferramentas de avaliação e intervenção, tempo de consulta etc. Essas características dependem, conforme já mencionado, do objetivo a ser alcançado, do formato do serviço e quantitativo/disponibilidade de profissionais.

No Brasil, Muller et al. (2001) descrevem o Programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul, que abarca a área de Dermatologia Sanitária. Nesse caso, residentes das áreas de medicina, enfermagem e psicologia atuam também no Ambulatório de Psicodermatoses atendendo pacientes portadores de vitiligo, psoríase, dermatite atópica, alopecia e outras doenças. Os pacientes são encaminhados por médicos dermatologistas e passam por entrevistas de triagem psicológica para encaminhamento a atendimentos grupais ou individuais. Outras instituições, principalmente públicas, também incluem atenção psicológica na rede de cuidados. Há, entretanto, uma escassez de relatos formais sobre a organização e constituição desses serviços, o que dificulta o conhecimento sobre a realidade prática da área.

A oferta desse cuidado é de extrema relevância e, conforme alguns estudos vem apontando (Müller & Ramos, 2004), há indicativos de melhora na qualidade de vida e também dos sintomas cutâneos em pacientes que passam por tratamento médico e psicológico concomitante em comparação com aqueles que passam por tratamento exclusivamente médico. Por essa razão, Shah e Bewley (2014) assinalam que o apoio psicológico em serviços de dermatologia pode promover a conexão entre a mente e a pele e constituir um “padrão-ouro” no cuidado ao promover uma abordagem mais holística.

Entende-se que a oferta desse tipo de atenção pode diminuir a probabilidade de uma expressão corporal adoecida, uma vez que recursos e intervenções podem estar disponíveis no rol de cuidados ofertados em diferentes momentos do processo de adoecimento. Em suma, é crucial e urgente que se compreenda o benefício de um enfoque amplo e abrangente na constituição dos serviços disponibilizados a esses pacientes, uma vez que, como se pode observar a partir dessa pesquisa, fortes componentes psíquicos podem estar envolvidos em todas as fases do adoecimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de muitos avanços terem ocorrido na forma de tratar doenças cutâneas, a influência dos aspectos psicológicos ainda é um desafio aos cuidados em saúde. Essa dificuldade implica e afeta diretamente o trabalho de profissionais em suas atividades institucionais ou clínicas. Compreender bem essa relação é uma necessidade imperativa, uma vez que a base de uma estratégia bem-sucedida em relação às doenças de pele é a elucidação dos vários fatores que levam ao seu início, curso e processo de possível remissão (Harth et al., 2009).

De maneira geral, observou-se que as dimensões de estresse, ansiedade e depressão organizaram-se de maneira moderadamente difusa entre as três doenças, com características sobrepostas entre elas. Apesar disso, a média dos escores em torno de 20 apontou para a necessidade de reconhecimento do sofrimento em relação a essa população e investigações/intervenções subsequentes. Com relação à alexitimia, observou-se uma predominância de pacientes alexitímicos segundo a *TAS-26* (79%); e uma menor frequência de acordo com a *OAS* (50%). Além disso, a análise correlacional indicou uma correlação entre os participantes com vitiligo e o escore *TAS-26*, sugerindo que a ocorrência do escore de alexitimia é menor se o paciente possui vitiligo.

Os aspectos psicológicos evidenciados nessa pesquisa demonstraram estar presentes em fases distintas do processo de adoecimento, do período anterior da doença, como condições adversas no contexto de surgimento da enfermidade ou na infância/adolescência; até o momento atual, com o impacto advindo das limitações e repercussões psicossociais de cada uma. Cumpre ressaltar o papel principalmente do estresse nas vivências anteriores à eclosão ou desenvolvimento das enfermidades. Na maioria dos casos, a fonte de estresse esteve voltada a conflitos concomitantes em mais de uma esfera (familiar e laboral, por exemplo) ou eventos estressantes de duração prolongada. Por essa razão, ressalta-se a atenção que pode ser

direcionada a eventos estressores considerando tanto sua dimensão temporal (estresse crônico/longitudinal) como relacionada à acumulação e sobrecarga de atividades e funções concomitantes.

Após o adoecimento, a ansiedade e depressão aparecem como fatores de maior ênfase, entendendo-se o papel das experiências de preconceito, estigma e limitações advindas do adoecimento e o impacto subsequente relacionado à autoimagem, autoestima e autoconfiança. Nesse sentido, muitos participantes mencionam o receio em expor a pele e sofrer rejeição social, sendo antecipadas reações de sofrimento perante essas situações. Ainda com relação à ansiedade e depressão, foram observadas poucas diferenças no que tange o nível de ansiedade e/ou depressão entre as doenças, mas que podem variar conforme o tempo da doença, local exposto e características intrínsecas de cada uma (sintomas físicos associados de desconforto, dor ou coceira, por exemplo).

Os apontamentos oriundos da entrevista permitiram uma análise sobre a expressão e percepção dos afetos de uma maneira a se distanciar da noção clássica de alexitimia, sendo sugerida mais uma dificuldade na regulação da emoção do que uma dificuldade ou inabilidade na identificação e reconhecimento desses afetos. Nesse sentido, sugere-se uma ampliação ou reconfiguração do termo, que se mostra útil enquanto direcionamento e hipótese clínica, mas não como categoria etiológica pré-definida. Além disso, ressalta-se a necessidade de se considerar a dimensão da alexitimia a partir de sua relação com a ansiedade e depressão, apontada em outros estudos, que sugerem considerá-la não como um traço estável, mas como consequência de uma situação crônica de estresse.

Avaliou-se por meio do trabalho de revisão que poucos estudos se debruçam sobre a relação entre aspectos emocionais e as doenças cutâneas, especialmente considerando seu papel na manifestação/desenvolvimento da doença, e também a percepção dos participantes acerca dessa influência. Este estudo trouxe aproximações nesse sentido, entretanto, é necessário

relembrar que ao falar desses fatores, diz-se de uma suscetibilidade, e não de uma relação causal entre essas vivências e o adoecimento. Isso é importante de ser reforçado para que não se esqueça que a relação saúde/doença é multidimensional, isto é, envolve uma cadeia de fatores associada a características genéticas, alimentares, ambientais (poluição, clima etc). A partir disso, chama-se a atenção para um grande risco, ao se trabalhar com o campo das manifestações corporais do sofrimento psíquico, de implicar culpabilização e estigmatização associadas à compreensão da doença, no sentido de se entender que a ocorrência do adoecimento é resposta a uma incapacidade de lidar com emoções e sentimentos.

Estresse, ansiedade e tristeza, assim como nossa relação com as palavras (ou a falta delas) fazem parte da vivência humana, devendo haver cuidado para não estigmatizar ainda mais os pacientes que padecem dessas condições. É importante, entretanto, estarmos atentos aos aspectos envolvidos na vida subjetiva do paciente, compreendendo fatores de vulnerabilidade como aspectos que podem ser favoráveis para um maior sofrimento ou maior suscetibilidade ao adoecimento. É necessário, portanto, atentar-se sempre à intensidade e frequência dos sintomas, além dos aspectos gerais que envolvem o surgimento de uma manifestação cutânea (se há evento potencialmente estressor, tipo de evento, etapa do desenvolvimento, contexto, rede de apoio, tipo de manifestação cutânea – mais ou menos visível, crônica, infecciosa, limitante etc).

Além disso, deve-se levar em conta também a maneira de lidar elegida pelo paciente com relação à doença, o que depende de muitos aspectos singulares, como estudado e apontado por J. D. T. Silva et al. (2006). Esse delineamento é importante uma vez que cada situação exige uma abordagem diferente com relação à intervenção e tratamento. Compreendendo as vivências que podem auxiliar no desencadeamento ou curso, torna-se mais fácil pensar em estratégias que possam ser úteis. Ou seja, quanto mais se identifica, compreende e se trabalha em cima desses

fatores, compreendendo gatilhos e aspectos de maior incômodo (que são diferentes para cada pessoa), maior a probabilidade de se lidar com esses acometimentos.

A associação entre aspectos psicológicos e a dermatologia já é tema sinalizado dentro da literatura médica, constando a Psicodermatologia em livros, manuais e materiais de referência, mas muitos impasses ainda se fazem presentes no que tange o melhor direcionamento e cuidado sobre essas questões. Por mais que haja interesse sobre a vida emocional de um paciente, os médicos dermatologistas muitas vezes não possuem o tempo disponível em consulta e o preparo para lidar e manejar questões que envolvem esses aspectos. Vale relembrar que consultas, especialmente em instituições públicas de saúde, tendem muitas vezes a ser rápidas por conta da alta demanda dos serviços; e que questões relacionadas à vida subjetiva demandam, além da disponibilidade temporal, ferramentas específicas no que se refere ao processo de investigação e acompanhamento.

Por essa razão, sugere-se por meio do presente trabalho a maior inserção de profissionais psicólogos nos espaços clínicos de dermatologia, onde seja possível uma atuação interdisciplinar e atividades psicológicas específicas orientadas a pacientes e familiares. Indica-se também um preparo e uma capacitação direcionada de maneira específica aos profissionais médicos, como aulas, cursos ou oficinas em que seja possível trabalhar aspectos básicos relacionados à avaliação, identificação e manejo dos aspectos emocionais dos pacientes que chegam às consultas. Entende-se que a capacidade desse manejo é fundamental para casos mais simples e também para que possa ser realizada uma orientação ou encaminhamento adequado para profissionais do campo psicológico.

Esses dois direcionamentos, tanto de um olhar multiprofissional como de uma instrumentalização profissional do médico dermatologista, podem ser relevantes no sentido de atuar sobre uma ampla gama de questões: impacto do diagnóstico, lida com a doença, questões de estigma, preconceito, limitações, autoestima, expressão de sentimentos, além de fatores que

podem atuar como predisponentes para uma remissão ou agravamento da doença. É necessário considerar que todas as doenças aqui descritas são de caráter crônico, sem cura, que exigem cuidado direcionado ao controle muitas vezes por toda a vida. A prestação e o estabelecimento de serviços de Psicodermatologia ainda é algo incipiente e esporádico em todo mundo, mas com evidências de que traz melhores direcionamentos e resultados mais satisfatórios a todos os envolvidos nesse processo (Marshall et al., 2016).

Cumprе ressaltar, ainda, uma dificuldade no que tange o acesso a materiais orientados à Psicodermatologia em língua portuguesa. Além da escassez de produção de materiais teóricos como artigos, conforme discutido no segundo capítulo, há poucos relatos sobre a constituição prática desse tipo de serviço. Ademais, a maior parte dos livros sobre o assunto são de autores estrangeiros e não são traduzidos para o português, sendo relevante destacar que o livro “Psicodermatologia – Pele, mente e emoções” (2015), de Roberto Azambuja, Tânia Nely Rocha, Luciana Archetti Conrado e Márcia dos Santos Senra, único no Brasil orientado à essa temática de maneira abrangente, teve edição esgotada e não obteve reedição pela Sociedade Brasileira de Dermatologia até o momento.

Com relação às escalas, observou-se a importância da *DASS-21*, *TAS-26* e *OAS* para avaliação dos sintomas. Em um contexto clínico, sugere-se especialmente o uso da *DASS-21* como uma possibilidade para a triagem de estresse, ansiedade e depressão dos pacientes, tanto por sua rápida aplicabilidade como por abarcar três constructos simultaneamente e por conter perguntas de fácil compreensão. Ademais, as perguntas trouxeram em muitos casos um processo de reflexão nos participantes sobre suas vivências, podendo também ser um instrumento facilitador da discussão entre profissional e paciente. Ressalta-se, entretanto, que a escala é direcionada a sintomas vivenciados nas duas últimas semanas, o que demanda uma avaliação complementar direcionada tanto à história de vida do paciente como uma avaliação

contínua em outras consultas (considerando que muitos pacientes fazem acompanhamento mensal, trimestral ou mesmo semestral e anual).

Com relação à *TAS-26*, observou-se dificuldade na compreensão de alguns itens, conforme mencionado anteriormente, além de uma maior demanda de tempo para reflexão antes das respostas. Nesse sentido, é conveniente apontar que seu uso pode ser interessante à prática clínica, mas que uma relação pautada principalmente no vínculo entre profissional-paciente pode também trazer elementos relativos à alexitimia e expressão do paciente; e que aspectos similares podem ser colhidos por meio de um roteiro de entrevista e/ou anamnese, baseado principalmente na relação de confiança entre profissional/paciente. Seu uso, assim, não é imprescindível e pode até mesmo ser questionado, considerando a divergência obtida entre as fontes da escala e do Roteiro de Entrevista. Com relação à *OAS*, considera-se que ela pode ser bastante útil ao profissional e também sinalizar aspectos pertinentes em relação à observação sobre o modo de expressão do paciente. Para ambas, portanto, considera-se um caráter complementar de avaliação.

Esse estudo implica algumas limitações. Em primeiro lugar, ressalta-se o número limitado de participantes (que foi menor que o pretendido em vista da interrupção da coleta de dados, por conta da pandemia de COVID-19). Além disso, importantes eventos e situações podem não ter sido mencionados no momento da entrevista por algumas razões: 1) por não terem sido recordados; 2) por não terem sido considerados como relevantes; 3) ou, ainda, pelo desejo em não compartilhar questões desse gênero com a pesquisadora, o que pode ter contribuído para maior ou menor apontamento de questões ao longo do processo de entrevista. Também é pertinente considerar que o tempo de diagnóstico e de tratamento de cada paciente pode contribuir para distintas percepções sobre os processos vividos, o que traz variabilidade no sentido da estabilidade do quadro e da lida com ele.

A partir disso, sugere-se direcionamentos para pesquisas futuras. Em primeiro lugar, considera-se a relevância de estudos que se debrucem sobre possibilidades de intervenção nesse contexto, tanto direcionadas aos pacientes como também aos familiares e aos próprios médicos dermatologistas. É importante, nesse sentido, uma avaliação sobre a eficácia dessas intervenções. Além disso, considera-se relevante o aprofundamento no que se refere aos modos de enfrentamento dos pacientes, considerando que mais importante do que o estressor vivido, é a maneira como se responde a ele. Importante salientar, ainda, o benefício de estudos longitudinais e daqueles que considerem diferenças entre os ciclos vitais e etapas do desenvolvimento.

REFERÊNCIAS

- Abedini, R., Hallaji, Z., Lajevardi, V., Nasimi, M., Karimi Khaledi, M., & Tohidinik, H. R. (2018). Quality of life in mild and severe alopecia areata patients. *International Journal of Women's Dermatology*, 4(2), 91–94. <https://doi.org/10.1016/j.ijwd.2017.07.001>
- Aghaei, S., Saki, N., Daneshmand, E., & Kardeh, B. (2014). Prevalence of psychological disorders in patients with alopecia areata in comparison with normal subjects. *ISRN Dermatology*, 2014, 1–4. <https://doi.org/10.1155/2014/304370>
- Aguilar-Duran, S., Ahmed, A., Taylor, R., & Bewley, A. (2014). How to set up a psychodermatology clinic. *Clinical and Experimental Dermatology*, 39(5), 577–582. <https://doi.org/10.1111/ced.12360>
- Alem, D., & Tohid, H. (2018). Pro-inflammatory cytokines, biomarkers, genetics and the immune system: A mechanistic approach of depression and psoriasis. *Revista Colombiana de Psiquiatria (English Ed.)*, 47(3), 177–186. <https://doi.org/10.1016/j.rcpeng.2018.05.002>
- Alfani, S., Antinone, V., Mozzetta, A., Pietro, C., Mazzanti, C., Stella, P., ... Abeni, D. (2012). Psychological status of patients with alopecia areata. *Acta Dermato-Venereologica*, 92(3), 304–306. <https://doi.org/10.2340/00015555-1239>
- Alves, D., Figueiredo-Filho, D., & Henrique, A. (2006). O Poderoso NVivo: uma introdução a partir da análise de conteúdo. *Revista Política Hoje*, 24, 119–134.
- Amanat, M., Salehi, M., & Rezaei, N. (2018). Neurological and psychiatric disorders in psoriasis. *Reviews in the Neurosciences*, 29(7), 805–813. <https://doi.org/10.1515/revneuro-2017-0108>
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association (7^a Ed.)*. <https://doi.org/10.1037/0000165-000>

- Anzieu, D. (1985). *Le Moi-peau*. Dunod.
- Armenteros, J. M. F., Ponce, I. M., Campanera, E. C., & Seuma, J. M. C. (2016). Perfiles psicológicos de los pacientes con psicodermatosis. *Piel*, *31*(1), 15–23. <https://doi.org/10.1016/j.piel.2015.05.009>
- Ataseven, A., Saral, Y., & Godekmerdan, A. (2011). Serum cytokine levels and anxiety and depression rates in patients with alopecia areata. *The Eurasian Journal of Medicine*, *43*(2), 99–102. <https://doi.org/10.5152/eajm.2011.22>
- Ayala, F., & Ayala, F. (2009). Clinical aspects and comorbidities of psoriasis. *Journal of Rheumatology*, *36*, 19–20. <https://doi.org/10.3899/jrheum.090214>
- Azambuja, R. D. (2000). Dermatologia integrativa: a pele em novo contexto. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. *75*(4), 393-420.
- Azambuja, R. D. (2017). The need of dermatologists, psychiatrists and psychologists joint care in psychodermatology. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, *92*(1), 63–71. <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20175493>
- Azulay, R. D. (2015). *Dermatologia* (6ª Ed.). Guanabara Koogan.
- Azzawi, S., Penzi, L. R., & Senna, M. M. (2018). Immune privilege collapse and alopecia development: Is stress a factor ?. *Skin Appendage Disorders*, *4*(4), 236–244. <https://doi.org/10.1159/000485080>
- Bain, K. A., McDonald, E., Moffat, F., Tutino, M., Castelino, M., Barton, A., ... Milling, S. W. F. (2020). Alopecia areata is characterized by dysregulation in systemic type 17 and type 2 cytokines, which may contribute to disease-associated psychological morbidity. *British Journal of Dermatology*, *182*(1), 130–137. <https://doi.org/10.1111/bjd.18008>
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.

- Barkow, K., Heun, R., Üstün, T. B., Berger, M., Bermejo, I., Gaebel, W., ... Maier, W. (2004). Identification of somatic and anxiety symptoms which contribute to the detection of depression in primary health care. *European Psychiatry, 19*(5), 250–257.
- Barros, L. A. (2009). *Dicionário de Dermatologia*. Cultura Acadêmica.
- Basavaraj, K. H., Navya, M. A., & Rashmi, R. (2011). Stress and quality of life in psoriasis: An update. *International Journal of Dermatology, 50*(7), 783–792.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-4632.2010.04844.x>
- Benchimol, J. L. (2004). *Dermatologia e Micologia*. Fiocruz.
- Berthoz, S., Perdereau, F., Godart, N., Corcos, M., & Haviland, M. G. (2007). Observer- and self-rated alexithymia in eating disorder patients: Levels and correspondence among three measures. *Journal of Psychosomatic Research, 62*(3), 341–347.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.10.008>
- Bewley, A., Taylor, Magid, M., Reichenberg, J. S. & Taylor, R. E. (2014). Introduction. In A. Bewley, R. E. Taylor, J. S. Reichenberg, M. Magid (Eds). *Practical Psychodermatology* (pp. 3-10). Wiley Blackwel.
- Bezerra, A. J. C. (2003). *As Belas Artes da medicina*. CRMDF.
- Bhutani, T., Patel, T., Koo, B., Nguyen, T., Hong, J., & Koo, J. (2013). A prospective, interventional assessment of psoriasis quality of life using a nonskin-specific validated instrument that allows comparison with other major medical conditions. *Journal of the American Academy of Dermatology, 69*(2), 1–10.
<https://doi.org/10.1016/j.jaad.2012.10.009>
- Bowlby, J. (1979). *Formação e rompimento de laços afetivos*. Martins Fontes.
- Brito, L., & Pereira, M. G. (2012). Variáveis individuais e familiares na psoríase: um estudo com doentes e parceiros. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 28*(2), 171–180.
<https://doi.org/10.1590/s0102-37722012000200005>

- Bú, E. A., Alexandre, M. E. S. & Coutinho, M. P. L. (2017). Representações sociais do vitiligo elaboradas por brasileiros marcados pelo branco. *Psicologia, Saúde & Doença*, 18(3), 760–772.
- Bú, E. A., De Alexandre, M. E. S., Scardua, A., & Araújo, C. R. F. (2018). Vitiligo as a psychosocial disease: apprehensions of patients imprinted by the white. *Interface: Communication, Health, Education*, 22(65), 481–491. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0925>
- Calvetti, P. Ü., Socorro, R., Rivas, J., Coser, J., Carlos, A., Barbosa, M., & Ramos, D. (2017). Aspectos biopsicossociais e qualidade de vida de pessoas com dermatoses crônicas. *Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde*, 18(2), 297–307. <https://doi.org/10.15309/17psd180202>
- Campolmi, E., Zanieri, F., Santosuosso, U., D’Erme, A. M., Betti, S., Lotti, T., & Cossidente, A. (2012). The importance of stressful family events in psoriatic patients: A retrospective study. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 26(10), 1236–1239. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2011.04268.x>
- Campos, C. J. G. (2004). Método de Análise de Conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(5), 611-614.
- Cárcano, C. B. M., Oliveira, C. Z., Paiva, B. S. R., & Paiva, C. E. (2018). The Brazilian version of Skindex-16 is a valid and reliable instrument to assess the health-related quality of life of patients with skin diseases. *Plos One*, 13(3), 1–12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194492>
- Carneiro, B. V. (2008). *Propriedades psicométricas da OAS – Observer Alexithymia Scale: versão brasileira* [Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas]. Repositório Institucional da PUC-Campinas. <http://tede.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br:8080/jspui/handle/tede/395>

- Chan, M. F., Thng, T. G. S., Aw, C. W. D., Goh, B. K., Lee, S. M., & Chua, T. L. (2013). Investigating factors associated with quality of life of vitiligo patients in Singapore. *International Journal of Nursing Practice*, *19*, 3–10. <https://doi.org/10.1111/ijn.12179>
- Chen, Y., & Lyga, J. (2014). Brain-skin connection: Stress, inflammation and skin aging. *Inflammation and Allergy - Drug Targets*, *13*(3), 177–190. <https://doi.org/10.2174/1871528113666140522104422>
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression psychometric evidence. *Journal of Abnormal Psychology*, *100*(3), 316–336. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.100.3.316>
- Colaianni, G., & Poot, F. (2016). How to reach emotions with psychosomatic patients: A case report. *Acta Dermato-Venereologica*, *96*, 109–112. <https://doi.org/10.2340/00015555-2377>
- Costa, D. G., Moreira, J. A., & Pinto, N. M. M. (2009). Vitiligo: influência na autoestima das pessoas acometidas. *Revista Enfermagem Integrada*, *2*, 357–368.
- Crosta, M. L., Simone, C., Pietro, S., Acanfora, M., Caldarola, G., Moccia, L., ... Di Nicola, M. (2018). Childhood trauma and resilience in psoriatic patients: A preliminary report. *Journal of Psychosomatic Research*, *106*, 25–28. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.01.002>
- Dalgard, F. J., Gieler, U., Tomas-Aragones, L., Lien, L., Poot, F., Jemec, G. B. E., ... Kupfer, J. (2015). The Psychological Burden of Skin Diseases: A Cross-Sectional Multicenter Study among Dermatological Out-Patients in 13 European Countries. *Journal of Investigative Dermatology*, *135*(4), 984–991. <https://doi.org/10.1038/jid.2014.530>
- Del Vogio, M. J. (1998). *O instante de dizer: o mito individual do doente sobre a medicina moderna*. (M. Gambini, Trad). Escuta.
- Dias, H. Z. J., Rubin, R., Dias, A. V., & Gauer, G. J. C. (2007). Relações visíveis entre pele e

- psiquismo: um entendimento psicanalítico. *Psicologia Clínica*, 19(2), 23–34.
<https://doi.org/10.1590/s0103-56652007000200002>
- Durski, L. M. & Safra, G. (2016). O Eu-Pele: as contribuições de Didier Anzieu para a clínica da psicanálise. *Reverso*, 38(71), 107-113.
- Egeberg, A., Thyssen, J. P., Wu, J. J., & Skov, L. (2019). Risk of first-time and recurrent depression in patients with psoriasis: a population-based cohort study. *British Journal of Dermatology*, 180(1), 116–121. <https://doi.org/10.1111/bjd.17208>
- Eskin, M., Şavk, E., Uslu, M., & Küçükaydoğan, N. (2014). Social problem-solving, perceived stress, negative life events, depression and life satisfaction in psoriasis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 28(11), 1553–1559.
<https://doi.org/10.1111/jdv.12355>
- Fink, P. (1990). Physical disorders associated with mental illness: A register investigation. *Psychological Medicine*, 20(4), 829–834. <https://doi.org/10.1017/S0033291700036515>
- Finlay, A. (2005). Research methodology in quality of life assessment. In C. Walker & L. Papadopoulos (Eds). *Psychodermatology: The Psychological Impact of Skin Disorders* (116-126). Cambridge University Press.
- 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(3), 210–216. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2230.1994.tb01167.x>
- Fontes, I. (2006). A ternura tátil: o corpo na origem do psiquismo. *Psychê*, 10(17), 109-120.
- Fordham, B., Griffiths, C. E. M., & Bundy, C. (2015). A pilot study examining mindfulness-based cognitive therapy in psoriasis. *Psychology, Health and Medicine*, 20(1), 121–127.
<https://doi.org/10.1080/13548506.2014.902483>
- França, K., Chacon, A., Ledon, J., Savas, J., & Nouri, K. (2013). Psychodermatology: a trip through history. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 88(5), 842–843.

<https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20132059>

- Freire, L. (2010). Alexitimia: Dificuldade de expressão ou ausência de sentimento? Uma análise teórica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(1), 15–24.
- Freud, S. (1976). *O ego e o id: uma neurose demoníaca do século XVII e outros trabalhos*. (J. Salomão, Trad). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1923).
- Fricke, A. C. V., & Miteva, M. (2015). Epidemiology and burden of alopecia areata: A systematic review. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology*, 8, 397–403. <https://doi.org/10.2147/CCID.S53985>
- Ghanizadeh, A., & Ayoobzadehshirazi, A. (2014). A review of psychiatric disorders comorbidities in patients with alopecia areata. *International Journal of Trichology*, 6(1), 2–4. <https://doi.org/10.4103/0974-7753.136746>
- Ginsburg, I. H., & Link, B. G. (1993). Psychosocial consequences of rejection and stigma feelings in psoriasis patients. *International Journal of Dermatology*, 32(8), 587–591. <https://doi.org/10.1111/j.1365-4362.1993.tb05031.x>
- González-Parra, S., & Daudén, E. (2019). Psoriasis y depresión: el papel de la inflamación. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 110(1), 12–19. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.05.009>
- Gregoriou, S., Papafragkaki, D., Kontochristopoulos, G., Rallis, E., Kalogeromitros, D., & Rigopoulos, D. (2010). Cytokines and other mediators in alopecia areata. *Mediators of Inflammation*. <https://doi.org/10.1155/2010/928030>
- Guimarães, L. P. de M., & Yoshida, E. M. P. (2008). Doença de Crohn e retocolite ulcerativa inespecífica: alexitimia e adaptação. *Psicologia: Teoria e Prática*, 10(1), 52–63.
- Gupta, A. M. (2005). Psychiatric comorbidity in dermatologic disorders. In C. Walker & L. Papadopoulos (Eds). *Psychodermatology: The Psychological Impact of Skin Disorders* (116-126). Cambridge University Press.
- Gupta, M. A., Jarosz, P., & Gupta, A. K. (2017). Posttraumatic stress disorder (PTSD) and the

- dermatology patient. *Clinics in Dermatology*, 35(3), 260–266.
<https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2017.01.005>
- Halioua, B., Sid-Mohand, D., Roussel, M. E., Maury-Le-Breton, A., Fontaubert, A., & Stalder, J. F. (2016). Extent of misconceptions, negative prejudices and discriminatory behaviour to psoriasis patients in France. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 30(4), 650–654. <https://doi.org/10.1111/jdv.13095>
- Harlow, H. F. (1958). The nature of love. *American Psychologist*, 13, 673-685.
- Harth, W., Gieler, U., Kusnir, D., & Tausk, F. A. (2009). *Clinical management in psychodermatology*. Cambridge. <https://doi.org/10.1007/978-3-540-34719-4>
- Harvima, I. T., & Nilsson, G. (2012). Stress, the neuroendocrine system and mast cells: Current understanding of their role in psoriasis. *Expert Review of Clinical Immunology*, 8(3), 235–241. <https://doi.org/10.1586/eci.12.1>
- Haviland, M. G., Warren, W. L., & Riggs, M. L. (2000). An observer scale to measure alexithymia. *Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry*, 41(5), 385–392. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.41.5.385>
- Hedayat, K., Karbakhsh, M., Ghiasi, M., Goodarzi, A., Fakour, Y., Akbari, Z., ... Ghandi, N. (2016). Quality of life in patients with vitiligo: A cross-sectional study based on Vitiligo Quality of Life index (VitiQoL). *Health and Quality of Life Outcomes*, 14(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0490-y>
- Heller, M. M., Wong, J. W., Nguyen, T. V., Lee, E. S., Bhutani, T., Menter, A., & Koo, J. Y. M. (2012). Quality-of-Life Instruments: Evaluation of the Impact of Psoriasis on Patients. *Dermatologic Clinics*, 30(2), 281–291. <https://doi.org/10.1016/j.det.2011.11.006>
- Hoffmann, F. S. (2005). A integração mente e corpo em psicodermatologia. *Psicologia : Teoria e Prática*, 7(1), 51–60.

- Hrehorów, E., Salomon, J., Matusiak, L., Reich, A., & Szepietowski, J. C. (2012). Patients with psoriasis feel stigmatized. *Acta Dermato-Venereologica*, 92(1), 67–72. <https://doi.org/10.2340/00015555-1193>
- Huang, K. P., Mullangi, S., Guo, Y., & Qureshi, A. A. (2013). Autoimmune, atopic, and mental health comorbid conditions associated with alopecia areata in the United States. *JAMA Dermatology*, 149(7), 789–794. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2013.3049>
- Hunter, H. J. A., Griffiths, C. E. M., & Kleyn, C. E. (2013). Does psychosocial stress play a role in the exacerbation of psoriasis? *British Journal of Dermatology*, 169(5), 965–974. <https://doi.org/10.1111/bjd.12478>
- Innamorati, M., Quinto, R. M., Imperatori, C., Lora, V., Graceffa, D., Fabbriatore, M., ... Bonifati, C. (2016). Health-related quality of life and its association with alexithymia and difficulties in emotion regulation in patients with psoriasis. *Comprehensive Psychiatry*, 70, 200–208. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.08.001>
- Jafferany, M., Stoep, A. Vander, Dumitrescu, A., & Hornung, R. L. (2010). Psychocutaneous disorders: A survey study of psychiatrists' awareness and treatment patterns. *Southern Medical Journal*, 103(12), 1199–1203. <https://doi.org/10.1097/SMJ.0b013e3181fa73ef>
- Janković, S., Rznatović, M., Marinkovic, J., Maksimović, N., Janković, J., & Djikanović, B. (2009). Relevance of psychosomatic factors in psoriasis: A case-control study. *Acta Dermato-Venereologica*, 89(4), 364–368. <https://doi.org/10.2340/00015555-0669>
- Jorge, H., Müller, M., Ferreira, V., & Cassal, C. (2004). Pacientes portadores de dermatoses: relações iniciais e auto-agressividade. *Revista de Psicologia*, 5(51), 22–25.
- Jula, A., Salminen, J., & Saarijarvi, S. (1999). Alexithymia: A facet of essential hypertension. *Journal of the American Heart Association*, 33, 1057-1061.
- Koblenzer, C. S. (2005). The emotional impact of chronic and disabling skin disease: A psychoanalytic perspective. *Dermatologic Clinics*, 23(4), 619–627.

<https://doi.org/10.1016/j.det.2005.05.013>

- Kojima, M. (2012). Alexithymia as a prognostic risk factor for health problems: A brief review of epidemiological studies. *BioPsychoSocial Medicine*, 6(1). <https://doi.org/10.1186/1751-0759-6-21>
- Koo, J., & Lebwohl, A. (2001). Psychodermatology: The mind and skin connection. *American Family Physician*, 64(11), 1873–1878. <https://doi.org/10.1007/s00105-008-1507-1>
- Koo, J., Marangell, L. B., Nakamura, M., Armstrong, A., Jeon, C., Bhutani, T., & Wu, J. J. (2017). Depression and suicidality in psoriasis: review of the literature including the cytokine theory of depression. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 31(12), 1999–2009. <https://doi.org/10.1111/jdv.14460>
- Korkoliakou, P., Christodoulou, C., Kouris, A., Porichi, E., Efstathiou, V., Kaloudi, E., ... Douzenis, A. (2014). Alexithymia, anxiety and depression in patients with psoriasis: A case-control study. *Annals of General Psychiatry*, 13(1), 1–6. <https://doi.org/10.1186/s12991-014-0038-7>
- Kostyła, M., Tabaal, K., & Kocur, J. (2013). Illness acceptance degree versus intensity of psychopathological symptoms in patients with psoriasis. *Advances in Dermatology and Allergology*, 30(3), 134–139. <https://doi.org/10.5114/pdia.2013.35613>
- Kotrulja, L., Tadinac, M., Jokić-Begic, N., & Gregurek, R. (2010). A multivariate analysis of clinical severity, psychological distress and psychopathological traits in psoriatic patients. *Acta Dermato-Venereologica*, 90(3), 251–256. <https://doi.org/10.2340/00015555-0838>
- Kouris, A., Platsidaki, E., Kouskoulis, C., & Christodoulou, C. (2017). Psychological parameters of psoriasis. *Psychiatriki*, 28(1), 54–59. <https://doi.org/10.22365/jpsych.2017.281.54>
- Kouris, Anargyros, Christodoulou, C., Stefanaki, C., Livaditis, M., Tsatovidou, R., Kouskoulis,

- C., ... Kontochristopoulos, G. (2015). Quality of life and psychosocial aspects in Greek patients with psoriasis: A cross-sectional study. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 90(6), 841–845. <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20154147>
- Krüger, C., & Schallreuter, K. U. (2015). Stigmatisation, avoidance behaviour and difficulties in coping are common among adult patients with vitiligo. *Acta Dermato-Venereologica*, 95(5), 1–7. <https://doi.org/10.2340/00015555-1981>
- Kuty-Pachecka, M. (2015). Psychological and psychopathological factors in alopecia areata. *Psychiatria Polska*, 49(5), 955–964. <https://doi.org/10.12740/pp/39064>
- Kuty-Pachecka, M., & Stefańska, K. (2014). Alexithymia and body-self relations among patients with alopecia areata. *Fizjoterapia*, 22(2), 24–29. <https://doi.org/10.1515/physio-2014-0010>
- Kwon, C. W., Fried, R. G., Nousari, Y., Ritchlin, C., & Tausk, F. (2018). Psoriasis: Psychosomatic, somatopsychic, or both? *Clinics in Dermatology*, 36(6), 698–703. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2018.08.009>
- Lai, Y. C., Yew, Y. W., Kennedy, C., & Schwartz, R. A. (2017). Vitiligo and depression: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *British Journal of Dermatology*, 177(3), 708–718. <https://doi.org/10.1111/bjd.15199>
- Lamb, R. C., Matcham, F., Turner, M. A., Rayner, L., Simpson, A., Hotopf, M., ... Smith, C. H. (2017). Screening for anxiety and depression in people with psoriasis: a cross-sectional study in a tertiary referral setting. *British Journal of Dermatology*, 176(4), 1028–1034. <https://doi.org/10.1111/bjd.14833>
- Larsen, M. H., Krogstad, A. L., & Wahl, A. K. (2017). Alexithymia, illness perception and self-management competency in psoriasis. *Acta Dermato-Venereologica*, 97(8), 934–940. <https://doi.org/10.2340/00015555-2707>
- Leite-Júnior, A. C., Katzer, T., & Ramos, D. G. (2017). Three cases of hair loss analyzed by

- the point of view of the analytical psychology. *International journal of trichology*, 9(4), 177–180. https://doi.org/10.4103/ijt.ijt_106_16
- Leovigildo, É. S., David, R. A. R., & Mendes, A. S. (2016). Stress level of people with psoriasis at a public hospital. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 91(4), 446–454. <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20164947>
- Lesner, K., Reich, A., Szepietowski, J. C., Dalgard, F. J., Gieler, U., Tomasaragones, L., ... Kupfer, J. (2017). Determinants of psychosocial health in psoriatic patients: A multinational study. *Acta Dermato-Venereologica*, 97(10), 1182–1188. <https://doi.org/10.2340/00015555-2760>
- Levy, L. L., & Emer, J. J. (2012). Emotional benefit of cosmetic camouflage in the treatment of facial skin conditions: Personal experience and review. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology*, 5, 173–182. <https://doi.org/10.2147/CCID.S33860>
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck depression and anxiety inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335–343. doi: 10.1016/j.rbp.2012.05.003
- Lovibond, S. H. & Lovibond, P. F. (2004) *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. Psychology Foundation.
- Luca, M., Luca, A., Musumeci, M. L., Fiorentini, F., Micali, G., & Calandra, C. (2016). Psychopathological variables and sleep quality in psoriatic patients. *International Journal of Molecular Sciences*, 17(7). <https://doi.org/10.3390/ijms17071184>
- Ludwig, M. W. B., Oliveira, M. da S., Müller, M. C., & Gonçalves, A. M. B. F. (2008). Localização da lesão e níveis de stress em pacientes dermatológicos. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25(3), 343–352. <https://doi.org/10.1590/s0103-166x2008000300003>

- Ludwig, M. W. B., Redivo, L. B., Zogbi, H. ... Muller, M. C. (2006). Aspectos psicológicos em dermatologia: avaliação de índices de ansiedade, depressão, estresse e qualidade de vida. *Revista de Psicologia Da Vetor Editora*, 7(2), 69–76.
- Machado, R. N. & Winograd, M. (2007). A importância das experiências táteis na organização psíquica. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 7(3), 462-476.
- Manolache, L., Petrescu-Seceleanu, D., & Benea, V. (2010). Life events involvement in psoriasis onset/recurrence. *International Journal of Dermatology*, 49(6), 636–641. <https://doi.org/10.1111/j.1365-4632.2009.04367.x>
- Mariano, K., Correia, L., & Borloti, E. (2013). Convivendo com o vitiligo: uma análise descritiva da realidade vivida pelos portadores. *Acta Comportamentalia*, 21(2), 227–240.
- Marks, D. H., Penzi, L. R., Ibler, E., Manatis-Lornell, A., Hagigeorges, D., Yasuda, M., ... Senna, M. M. (2018). The medical and psychosocial associations of alopecia: Recognizing hair loss as more than a cosmetic concern. *American Journal of Clinical Dermatology*, 20(2), 195–200. <https://doi.org/10.1007/s40257-018-0405-2>
- Marshall, C., Taylor, R., & Bewley, A. (2016). Psychodermatology in clinical practice: Main principles. *Acta Dermato-Venereologica*, 96, 30–34. <https://doi.org/10.2340/00015555-2370>
- Marty, P., & M'Uzan, M. (1994). O pensamento operatório. (V. A. C. Beusson, Trad.). *Revista Brasileira de Psicanálise*, 28(1), 165-174.
- McDonough, E., Ayearst, R., Eder, L., Chandran, V., Rosen, C. F., Thavaneswaran, A., & Gladman, D. D. (2014). Depression and anxiety in psoriatic disease: Prevalence and associated factors. *Journal of Rheumatology*, 41(5), 887–896. <https://doi.org/10.3899/jrheum.130797>
- Mello-Filho, J. (2010). Introdução. In Mello-Filho, J. & Burd, M. *Psicossomática Hoje* (pp. 29-

- 39). Artmed.
- Milhorim, T. K. & Costa-Neto, S. B. (2019). Manifestações corporais do sofrimento psíquico: psicossomática em contexto de Pronto-Socorro. *Revista da SBPH*, 22(1), 127-153.
- Montagu, A. (1988). *Tocar: o significado humano da pele*. São Paulo: Summus.
- Moreira, F. F. B., Fernandes, M. V. de O., & Magalhães, E. N. (2016). *A Influência Do Estresse No Desencadeamento E Evolução Da Psoríase*. 15, 87–90.
- Mostaghini, L. (2017). Vitiligo. In K. França & J. Mohammad (Eds). In *Stress and Skin Disorders – Basic and clinical aspects* (127-137). Springer.
- Mulinari-Brenner, F. (2018). Psychosomatic aspects of alopecia areata. *Clinics in Dermatology*, 36(6), 709–713. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2018.08.011>
- Müller, M. C., & Ramos, D. G. (2004). Psicodermatologia: uma interface entre a Psicologia e a Dermatologia. *Psicologia Ciência E Profissão*, 24(3), 76–81.
- Müller, M. C., Haag, C. B., & Silva, J. D. T. (2001). A Residência Integrada em Saúde: Dermatologia Sanitária – uma experiência interdisciplinar vista pelo enfoque da Psicologia. *Boletim do Instituto da Saúde*, 15(1), 129–137.
- Ograczyk, A., Miniszewska, J., Kępska, A., & Zalewska-Janowska, A. (2014). Itch, disease coping strategies and quality of life in psoriasis patients. *Advances in Dermatology and Allergology*, 31(5), 299–304. <https://doi.org/10.5114/pdia.2014.40927>
- Okhovat, J.-P., Marks, D. H., Manatis-Lornell, A., Hagigeorges, D., Locascio, J. J., & Senna, M. M. (2019). Association Between Alopecia Areata, Anxiety, and Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of the American Academy of Dermatology*. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2019.05.086>
- Oliveira, M. T. De. (2007). Cabelos: da etologia ao imaginário. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 41(3), 135–151. Retrieved from <http://www.epu.org.br/cm/n09/fastfacts/comportold.htm>

- Ortonne, J. P. (2008). Vitiligo and other disorders of hypopigmentation. In J. L. Bologna, J. L. Lorizzo & R. P. Rapini (Eds). *Dermatology* (pp. 913-938). Elsevier.
- Özden, M. G., Tekin, N. S., Gürer, M. A., Akdemir, D., Doğramacı, Ç., Utaş, S., ... Turanlı, A. Y. (2011). Environmental risk factors in pediatric psoriasis: A multicenter case-control study. *Pediatric Dermatology*, 28(3), 306–312. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1470.2011.01408.x>
- Palareti, G., Legnani, C., Cosmi, B., Antonucci, E., Erba, N., Poli, D., ... Tosetto, A. (2016). Prevalence of alexithymia in patients with psoriasis and its association with disease burden: a multicentre observational study. *International Journal of Laboratory Hematology*, 38(1), 42–49. <https://doi.org/10.1111/ijlh.12426>
- Patel, K. R., Singam, V., Rastogi, S., Lee, H. H., Silverberg, N. B., & Silverberg, J. I. (2019). Association of vitiligo with hospitalization for mental health disorders in US adults. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 33(1), 191–197. <https://doi.org/10.1111/jdv.15255>
- Perini, G. I., Fornasa, C. V., Cipriani, R., Bettin, A., Zecchino, F., & Peserico, A. (1984). Life events in alopecia areata. *Psychotherapy Psychosomatic*, 41, 48–52.
- Pompili, M., Innamorati, M., Trovarelli, S., Narcisi, A., Bellini, S., Orsini, D., ... Costanzo, A. (2016). Suicide risk and psychiatric comorbidity in patients with psoriasis. *Journal of International Medical Research*, 44(1), 61–66. <https://doi.org/10.1177/0300060515593253>
- Poot, F., Antoine, E., Gravelier, M., Hirtt, J., Alfani, S., Forchetti, G., ... Sampogna, A. F. (2011). A case-control study on family dysfunction in patients with alopecia areata, psoriasis and atopic dermatitis. *Acta Dermato-Venereologica*, 91(4), 415–421. <https://doi.org/10.2340/00015555-1074>
- Prado, R. B. R., & Neme, C. M. B. (2008). Experiências afetivo-familiares de mulheres com

- alopecia areata. *Experiencias Afetivo-Familiares de Mulheres Com Alopecia Areata.*, 25(4), 487–497.
- Pregolatto, A. P. F. (2005). Alexitimia e sintomas psicopatológicos em pacientes com insuficiência renal crônica. [Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas]. Repositório Institucional da PUC-Campinas. <http://tede.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br:8080/jspui/handle/tede/191>
- Ramakrishna, P., & Rajni, T. (2014). Psychiatric morbidity and quality of life in vitiligo patients. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 36(3), 302–303. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.135385>
- Ramos, D. G. (2006). *A psique do corpo*. São Paulo: Summus.
- Rapp, S. R., Feldman, S. R., Exum, M. L., Fleischer, A. B., & Reboussin, D. M. (1999). Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 41(3), 401–407. [https://doi.org/10.1016/S0190-9622\(99\)70112-X](https://doi.org/10.1016/S0190-9622(99)70112-X)
- Ribeiro, C. M., Rita, M., Gascón, P., Livia, M., Moretto, T., Cristina, M., & Lucia, S. De. (2010). *Estudo Introdutório Sobre Transtorno de Humor e a Autoestima de Mulheres com Doenças Dermatológicas*. 8(2), 2–23.
- Richards, H. L., Fortune, D. G., Weidmann, A., Sweeney, S. K. T., & Griffiths, C. E. M. (2004). Detection of psychological distress in patients with psoriasis: Low consensus between dermatologist and patient. *British Journal of Dermatology*, 151(6), 1227–1233. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2004.06221.x>
- Rodrigues, A. L., Takushi, A. L., Santos-Silva, C., Risso, I., Elizabeth, S., Roitberg, B., ... Campos, P. (2014). *Reflexões críticas sobre o constructo de alexitimia*. 17(1), 140–157.

- Rodrigues, J. G., Costa, I. M. C., Leite, R. & Soares, R. (2009). Acervo raro da sociedade brasileira de dermatologia: considerações sobre a sua preservação histórica. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 84(1), 93-95.
- Rousset, L., & Halioua, B. (2018). Stress and psoriasis. *International Journal of Dermatology*, 57(10), 1165–1172. <https://doi.org/10.1111/ijd.14032>
- Ruiz, L. P., & Reis, M. J. D. (2018). Sofrimento à flor da pele: Depressão e autoestima em portadoras de vitiligo. *Interação Em Psicologia*, 22(1), 65–76. <https://doi.org/10.5380/psi.v22i1.53548>
- Sacramento, A. R. A. (2012). Vivendo com o vitiligo: variáveis psicossociais e representações simbólicas. [Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo]. Repostório Institucional da PUC-São Paulo. <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/15169>
- Santoro, R. (2017). Skin over centuries. A short history of dermatology: physiology, pathology and cosmetics. *Medicina Histórica*, 1(2), 94-102.
- Sawant, N. S., Vanjari, N. A., & Khopkar, U. (2019). Gender differences in depression, coping, stigma, and quality of life in patients of vitiligo. *Dermatology Research and Practice*, 2019. <https://doi.org/10.1155/2019/6879412>
- Schilder, P. (1994). *A imagem do corpo – As energias construtivas da Psique*. Martins Fontes.
- Schmid-Ott, G., Jaeger, B., Boehm, T., Langer, K., Stephan, M., Raap, U., & Werfel, T. (2009). Immunological effects of stress in psoriasis. *British Journal of Dermatology*, 160(4), 782–785. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2008.09013.x>
- Schneider, G., Heuft, G., & Hockmann, J. (2013). Determinants of social anxiety and social avoidance in psoriasis outpatients. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 27(3), 383–386. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2011.04307.x>
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. McGraw-Hill.
- Shah, R., & Bewley, A. (2014). The importance of integrated psychological interventions and

- dedicated psychologists in dermatology. *Clinical and Experimental Dermatology*, 39(3), 428–430. <https://doi.org/10.1111/ced.12282>
- Sifneos, P. E. (1996). Alexithymia: past and present. *The American Journal of Psychiatry*, 153, 137-142.
- Silva, A. N., Vasco, A. B., & Watson, J. C. (2013). Quando o cliente pensa que não sente e sente o que não pensa: Alexitimia e psicoterapia. *Análise Psicológica*, 31(2), 197–211. <https://doi.org/10.14417/ap.597>
- Silva, A., Castoldi, L., & Kijner, L. (2011). A pele expressando o afeto: uma intervenção grupal com pacientes portadores de psicodermatoses. *Contextos Clínicos*, 4(1), 53–63. <https://doi.org/10.4013/ctc.2011.41.06>
- Silva, J. D. T. da, Müller, M. C., & Bonamigo, R. R. (2006). *Estratégias de coping e níveis de estresse em pacientes portadores de psoríase*. 81(2), 143–149.
- Silva, J. D. T., & Müller, M. C. (2007). Uma integração teórica entre psicossomática, stress e doenças crônicas de pele. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 24(2), 247–256. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2007000200011>
- Silva, K. S., & Silva, E. A. T. (2007). *Psoríase e a sua relação com aspetos psicológicos, stress e eventos de vida*. 24(2), 257–266. <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v24n2/v24n2a12.pdf>
- Silva, L. M., Carvalho, A. V. E., & Gauer, G. J. C. (2013). Educational and psychological interventions on psoriasis: a systematic review. *Aletheia*, 42, 9–22.
- Simakou, T., Butcher, J. P., Reid, S., & Henriquez, F. L. (2019). Alopecia areata: A multifactorial autoimmune condition. *Journal of Autoimmunity*, 98, 74–85. <https://doi.org/10.1016/j.jaut.2018.12.001>
- Simonić, E., Kaštelan, M., Peternel, S., Pernar, M., Brajac, I., Rončević-Gržeta, I., & Kardum, I. (2010). Childhood and adulthood traumatic experiences in patients with psoriasis. *Journal of Dermatology*, 37(9), 793–800. <https://doi.org/10.1111/j.1346->

8138.2010.00870.x

- Singh, S. M., Narang, T., Dogra, S., Verma, A. K., Gupta, S., & Handa, S. (2015). Screening for depressive disorders in outpatients with mild to moderate psoriasis: A study from North India. *Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology*, *81*(2), 148–150. <https://doi.org/10.4103/0378-6323.152178>
- Souza, A. P. F. dos S., Torres Carvalho, F., Bones Rocha, K., Nunes Lages, M., Ücker Clavetti, P., & Castoldi, L. (2005). Associação de eventos estressores ao surgimento ou agravamento de vitiligo e psoríase. *Psico*, *36*(2), 167–174. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=5161421>
- Spitz, R.A. (1945). Hospitalism: an inquiry into the genesis of psychiatric condition in early childhood. *Psychoanal Study Child*, *1*, 53-74.
- Sterry, W., Paus, R., & Burgdorf, W. (2006). *Dermatology*. Thieme.
- Szabo, I., & Brandão, E. R. (2016). “Mata de tristeza!”: Representações sociais de pessoas com vitiligo atendidas na farmácia universitária da universidade federal do Rio de Janeiro, Brasil. *Interface: Communication, Health, Education*, *20*(59), 953–965. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0596>
- 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), 351–354.
- Talamonti, M., Galluzzo, M., Servoli, S., D’Adamio, S., & Bianchi, L. (2017). Alexithymia and plaque psoriasis: Preliminary investigation in a clinical sample of 250 Patients. *Dermatology*, *232*(6), 648–654. <https://doi.org/10.1159/000453661>
- Tampa, M., Sarbu, M.-I., Mitran, M.-I., Mitran, C.-I., Matei, C., & Georgescu, S.-R. (2018). The pathophysiological mechanisms and the quest for biomarkers in psoriasis, a stress-related skin disease. *Disease Markers*, *2018*, 1–14.

<https://doi.org/10.1155/2018/5823684>

- Taylor, G. J., Ryan, D., & Bagby, R. M. (1985). Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44, 191-199.
- Tee, S. I., Lim, Z. V., Theng, C. T., Chan, K. L., & Giam, Y. C. (2016). A prospective cross-sectional study of anxiety and depression in patients with psoriasis in Singapore. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 30(7), 1159–1164. <https://doi.org/10.1111/jdv.13615>
- Thompson, A. (2005). Coping with chronic skin conditions: factors important in explaining individual variation and adjustment. In C. Walker e L. Papadopoulos (Eds). *Psychodermatology: The Psychological Impact of Skin Disorders* (57-66) Cambridge University Press.
- Tian, Z., Huang, Y., Yue, T., Zhou, J., Tao, L., Han, L., ... Shao, C. (2019). A Chinese cross-sectional study on depression and anxiety symptoms in patients with psoriasis vulgaris. *Psychology, Health and Medicine*, 24(3), 269–280. <https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1529323>
- Titeca, G., Goudetsidis, L., Francq, B., Sampogna, F., Gieler, U., Tomas-Aragones, L., ... Poot, F. (2019). The psychosocial burden of alopecia areata and androgenetica': a cross-sectional multicentre study among dermatological out-patients in 13 European countries. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 0–3. <https://doi.org/10.1111/jdv.15927>
- Topal, I. O., Duman, H., Goncu, O. E. K., Durmuscan, M., Gungor, S., & Ulkumen, P. K. (2016). Knowledge, beliefs, and perceptions of Turkish vitiligo patients regarding their condition. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 91(6), 770–775. <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20165060>
- Tribó, M. J., Turroja, M., Castaño-Vinyals, G., Bulbena, A., Ros, E., Garcíamartínez, P., ...

- Gallardo, F. (2019). Patients with moderate to severe psoriasis associate with higher risk of depression and anxiety symptoms: Results of a multivariate study of 300 spanish individuals with psoriasis. *Acta Dermato-Venereologica*, 99(4), 417–422. <https://doi.org/10.2340/00015555-3114>
- Tuckman, A. (2017). The potential psychological impact of skin conditions. *Dermatology and Therapy*, 7, 53–57. <https://doi.org/10.1007/s13555-016-0169-7>
- Valente, G. B. (2012). *A questão da simbolização na Psicossomática: estudo com pacientes portadores de transtorno neurovegetativo somatoforme e de transtorno do pânico*. [Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo]. Repositório Institucional da Universidade de São Paulo.
- Vallerand, I. A., Lewinson, R. T., Parsons, L. M., Hardin, J., Haber, R. M., Lowerison, M. W., ... Patten, S. B. (2019). Vitiligo and major depressive disorder: A bidirectional population-based cohort study. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 80(5), 1371–1379. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.11.047>
- Vignola, R. C. B. & Tucci, A. M. (2014). Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of Affective Disorders*, 155, 104-109.
- Walker, C., & Papadopoulos, L. (2005). *Psychodermatology: The psychological impact of skin disorders*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Willemsen, R., Roseeuw, D., & Vanderlinden, J. (2008). Alexithymia and dermatology: The state of the art. *International Journal of Dermatology*, 47(9), 903–910. <https://doi.org/10.1111/j.1365-4632.2008.03726.x>
- Willemsen, R., Vanderlinden, J., Roseeuw, D., & Haentjens, P. (2009). Increased history of childhood and lifetime traumatic events among adults with alopecia areata. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 60(3), 388–393.

- <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2008.09.049>
- Wise, M. G., & Rundell, J. R. (2005). *Clinical Manual of Psychosomatic Medicine - A Guide to consultation-liaison Psychiatry*. American Psychiatry Publishing.
<https://doi.org/10.4088/jcp.v67n0522c>
- Yazig, L., Andreoli, S. B., & Godinho, S. M. (2009). Estudo do manejo do estresse em pacientes acometidos por alopecia areata. *Psicologia Em Estudo*, 14(1), 93–99.
<https://doi.org/10.1590/S1413-73722009000100012>
- Yélamos, O., Ros, S. & Puig, L. (2015). Improving patient outcomes in psoriasis: strategies to ensure treatment adherence. *Psoriasis: Targets and Therapy*, 109.
<https://doi.org/10.2147/ptt.s54070>
- Yoshida, E. M. P. (2006). Validade de critério da versão em português da Toronto Alexithymia Scale – TAS para população clínica. *Avaliação Psicológica*, 5(2), 235-238.
- Young, H. (2017). Psychological effects of skin disease: the psoriasis exemplar. *British Journal of Nursing*, 26(11), 590–591. <https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.11.590>
- Zeng, J., Luo, S., Huang, Y., & Lu, Q. (2017). Critical role of environmental factors in the pathogenesis of psoriasis. *Journal of Dermatology*, 44(8), 863–872.
<https://doi.org/10.1111/1346-8138.13806>
- Zhou, S., Mukovozov, I., & Chan, A. (2018). *What Is Known About the Psychodermatology Clinic Model of Care? A Systematic Scoping Review*.
<https://doi.org/10.1177/1203475417719045>

ANEXO 1 – AUTORIZAÇÕES DOS COMITÊS DE ÉTICA EM PESQUISA

UNB - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS HUMANAS E
SOCIAIS DA UNIVERSIDADE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Aspectos psicológicos de pacientes com doenças de pele

Pesquisador: THAIS KRISTINE MILHORIM

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 15396519.0.0000.5540

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia - UNB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.527.101

Apresentação do Projeto:

Trata-se do projeto de pesquisa de dissertação, intitulado Aspectos psicológicos de pacientes com doenças de pele, de autoria da pesquisadora Thais Kristine Milhorim, sob a orientação da Professora Dra Tereza Cristina Cavalcanti de Araújo, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, do Departamento de Psicologia Clínica (IP/UnB), com financiamento próprio.

Objetivo da Pesquisa:

Com apoio na hipótese de que os aspectos psicológicos estejam intimamente relacionados à eclosão e/ou curso de adoecimentos observados, embora não esteja claro a influência de cada um dos constructos abordados (ansiedade, depressão, estresse e alexitimia), a pesquisadora formulou os seguintes objetivos:

Objetivo Primário:

Identificar, analisar e compreender a presença de aspectos psicológicos em pacientes atendidos em uma unidade de tratamento.

Objetivos Secundários:

- Caracterizar e delinear o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes observados; - Investigar e analisar aspectos psicológicos (estresse, ansiedade, depressão e alexitimia) relacionados a pacientes que chegam à unidade; - Compreender como esses aspectos estão relacionados a eclosão e ao curso/evolução de um adoecimento nos pacientes observados.

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1592 **E-mail:** cep_chs@unb.br

UNB - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS HUMANAS E
SOCIAIS DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 3.527.101.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora entende que há um risco mínimo com relação à participação na pesquisa, podendo caracterizar-se como incômodo/desconforto em relação à mobilização de conteúdos emocionais ao longo da entrevista semi-estruturada, que pode evocar aspectos difíceis da vida pessoal do paciente. Ressalta-se que em caso de ocorrência de adversidades nesse processo, haverá condições de propiciar medidas de suporte imediato, conforme orientação do Código de Ética Profissional do Psicólogo Brasileiro, do Conselho Federal de Psicologia de 2005. Declara-se, ainda, conhecimento e consonância com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, complementada pela Resolução nº 510, de 07/04/2016, do Conselho Nacional de Saúde, que orienta sobre as pesquisas com seres humanos.

Benefícios:

Inclui-se como benefício em relação à participação na pesquisa a possibilidade de uma escuta qualificada e profissional, assim como a possibilidade do sujeito refletir e reelaborar psicologicamente os conteúdos abordados - podendo ter a entrevista, assim, um caráter terapêutico. Além disso, considera-se como benefício a devolutiva das avaliações e análises a todos os participantes de forma individual, assim como à instituição, por meio de um encontro no qual poderão ser passados os dados gerais da investigação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo caracteriza-se como transversal e clínico-qualitativo (busca dos dados no setting natural); 2) Campo de Investigação: Propõe-se que a pesquisa tenha como campo de investigação o Ambulatório de Dermatologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HCUFG/EBSERH). O serviço atende pacientes com diversos tipos de adoecimentos dermatológicos, e conta, além de um ambulatório geral, com

ambulatórios específicos de Psoríase, Dermatite Atópica, Vitiligo e Cabelo. A pesquisadora fez uma previsão de 30 usuários de ambos os sexos, com diversos diagnósticos clínicos dermatológicos, e que tenham acima de 18 anos, para serem entrevistados. Como Critério de Inclusão na pesquisa, a pesquisadora apontou: 1) Usuários atendidos pelos profissionais da unidade que tiverem diagnóstico clínico médico elucidado de afecções dermatológicas; 2) Usuários que compreenderem os objetivos do estudo e que assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Critério de Exclusão: - Usuários que apresentem alterações de consciência, de linguagem e/ou de pensamento.

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1592 E-mail: cep_chs@unb.br

**UNB - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS HUMANAS E
SOCIAIS DA UNIVERSIDADE**



Continuação do Parecer: 3.527.101

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora postou na plataforma os seguintes documentos:-Carta de encaminhamento; folha de rosto; CV lattes de pesquisador, auxiliar de pesquisa e orientadora; cronograma atualizado, com início da coleta de dados em 02/09/2019; Declaração de coparticipação(UFG/EBSERH); termo de responsabilidade de Coparticipante (UFG/EBSERH); aceite institucional (parecer do Chefe de Unidade-HC-UFG); orçamento; termo de autorização de projeto de pesquisa; autorização de manuseio de prontuários médico-dermatológicos; 5 instrumentos de pesquisa; TCLE completo e detalhado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, considerando que a pesquisadora atendeu às exigências do CEP CHS, o presente parecer é favorável à aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1343223.pdf	07/06/2019 17:46:23		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	07/06/2019 17:45:14	THAIS KRISTINE MILHORIM	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	07/06/2019 17:45:06	THAIS KRISTINE MILHORIM	Aceito
Outros	Carta_Revisao_Etica.pdf	07/06/2019 17:39:53	THAIS KRISTINE MILHORIM	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa.docx	16/05/2019 11:48:03	THAIS KRISTINE MILHORIM	Aceito
Outros	Curriculo_Membro_Pesquisa.pdf	16/05/2019 11:46:42	THAIS KRISTINE MILHORIM	Aceito
Outros	Curriculo_Orientador.pdf	16/05/2019 11:46:24	THAIS KRISTINE MILHORIM	Aceito
Outros	Curriculo_Pesquisador_Principal.pdf	16/05/2019 11:46:01	THAIS KRISTINE MILHORIM	Aceito
Outros	Instrumento5.docx	16/05/2019 11:43:35	THAIS KRISTINE MILHORIM	Aceito
Outros	Instrumento4.docx	16/05/2019 11:43:23	THAIS KRISTINE MILHORIM	Aceito

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1592 E-mail: cep_chs@unb.br

UNB - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS HUMANAS E
SOCIAIS DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 3.527.101

Outros	Instrumento3.docx	16/05/2019 11:43:11	THAIS KRISTINE MILHORIM	Aceito
Outros	Instrumento2.docx	16/05/2019 11:43:01	THAIS KRISTINE MILHORIM	Aceito
Outros	Instrumento1.docx	16/05/2019 11:42:45	THAIS KRISTINE MILHORIM	Aceito
Outros	Termo_Responsabilidade_Compromisso_Pesquisador.pdf	16/05/2019 11:40:38	THAIS KRISTINE MILHORIM	Aceito
Outros	Termo_Concordancia_Instituicao_Co_Participante.pdf	16/05/2019 11:39:58	THAIS KRISTINE MILHORIM	Aceito
Outros	Parecer_Chefe_Unidade_HC_UFG.pdf	16/05/2019 11:38:54	THAIS KRISTINE MILHORIM	Aceito
Outros	Manuseio_Prontuario.pdf	16/05/2019 11:38:22	THAIS KRISTINE MILHORIM	Aceito
Outros	Autorizacao_GEP.pdf	16/05/2019 11:37:11	THAIS KRISTINE MILHORIM	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	16/05/2019 11:35:50	THAIS KRISTINE MILHORIM	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_de_Encaminhamento.pdf	16/05/2019 11:34:08	THAIS KRISTINE MILHORIM	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Infraestrutura.pdf	16/05/2019 11:32:48	THAIS KRISTINE MILHORIM	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	16/05/2019 11:10:22	THAIS KRISTINE MILHORIM	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 22 de Agosto de 2019

Assinado por:
Érica Quinaglia Silva
(Coordenador(a))

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61)3107-1592 E-mail: cep_chs@unb.br

UFG - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE GOIÁS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Aspectos psicológicos de pacientes com doenças de pele

Pesquisador: THAIS KRISTINE MILHORIM

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 15396519.0.3001.5078

Instituição Proponente: Hospital das Clínicas Universidade Federal de Goiás - GO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.726.465

Apresentação do Projeto:

Versão 2

O estresse, a ansiedade e a depressão podem repercutir na eclosão e/ou curso de muitos adoecimentos corporais. Essas questões podem se manifestar, por exemplo, em doenças dermatológicas, uma vez que a pele é um órgão que possibilita tanto a captação de informações do meio como a expressão e comunicação de emoções e sentimentos. Apesar disso, poucos são os estudos centrados na compreensão dessas manifestações - sob o viés psicológico e dentro realidade do serviço público de saúde brasileiro. O objetivo desse trabalho é identificar, analisar e compreender a presença de aspectos psicológicos de pacientes em uma unidade de tratamento dermatológico. Trata-se de um estudo transversal e clínico-qualitativo. Pretende-se entrevistar 30 usuários de ambos os sexos, com diversos diagnósticos clínicos dermatológicos, e que tenham acima de 18 anos. Propõe-se que a pesquisa seja realizada no Ambulatório de Dermatologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC-UFG/EBSERH), que atende pacientes com diversos tipos de adoecimentos cutâneos. Como instrumentos, será utilizado o Questionário Sociodemográfico e de Informações Clínicas, Roteiro de Entrevista Psicossomática Semiestruturada, Toronto Alexithymia Scale (TAS), Observer Alexithymia Scale (OAS) e a Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21). A análise dos dados será realizada de acordo com a Análise Temática de Conteúdo, de Laurence Bardin. A pesquisa

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Hospital das Clínicas/UFG - 1º Andar - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitário **CEP:** 74.605-020
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 **Fax:** (62)3269-8426 **E-mail:** cephcufig@yahoo.com.br

UFG - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE GOIÁS



Continuação do Parecer: 3.726.466

será realizada em consonância com a Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, complementada pela Resolução nº 510, de 07/04/2016, do Conselho Nacional de Saúde, que orienta sobre as pesquisas com seres humanos.

Objetivo da Pesquisa:

Hipótese:

Supõe-se que aspectos psicológicos estejam intimamente relacionados à eclosão e/ou curso de adoecimentos observados, embora não esteja claro de que maneira e a partir de qual influência de cada um dos constructos abordados (ansiedade, depressão, estresse e alexitimia).

Objetivo Primário:

Identificar, analisar e compreender a presença de aspectos psicológicos em pacientes atendidos em uma unidade de tratamento dermatológico.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar e delinear o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes observados; - Investigar e analisar aspectos psicológicos (estresse, ansiedade, depressão e alexitimia) relacionados a pacientes que chegam à unidade; - Compreender como esses aspectos estão relacionados a eclosão e ao curso/evolução de um adoecimento nos pacientes observados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Considera-se risco mínimo com relação à participação na pesquisa, podendo caracterizar-se como incômodo/desconforto em relação à mobilização de conteúdos emocionais ao longo da entrevista semi-estruturada, que pode evocar aspectos difíceis da vida pessoal do paciente. Ressalta-se que em caso de ocorrência de adversidades nesse processo, haverá condições de propiciar medidas de suporte imediato, conforme orientação do Código de Ética Profissional do Psicólogo Brasileiro, do Conselho Federal de Psicologia de 2005. Declara-se, ainda, conhecimento e consonância com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, complementada pela Resolução nº 510, de 07/04/2016, do Conselho Nacional de Saúde, que orienta sobre as pesquisas com seres humanos.

Benefícios:

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Hospital das Clínicas/UFG - 1º Andar - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitário **CEP:** 74.605-020
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 **Fax:** (62)3269-8426 **E-mail:** cepfcufg@yahoo.com.br

UFG - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE GOIÁS



Continuação do Parecer: 3.726.465

Inclui-se como benefício em relação à participação na pesquisa a possibilidade de uma escuta qualificada e profissional, assim como a possibilidade do sujeito refletir e reelaborar psicologicamente os conteúdos abordados - podendo ter a entrevista, assim, um caráter terapêutico. Além disso, considera-se como benefício a devolutiva das avaliações e análises a todos os participantes de forma individual, assim como à instituição, por meio de um encontro no qual poderão ser passados os dados gerais da investigação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta relevância e a pesquisadora apresenta condições, bem como, o ambiente é favorável a execução.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Segue a Resolução 466/2012

Recomendações:

ok

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Resposta as Pendência:

1. Solicitação "Na linha 12 há uma interrupção abrupta". Preencheu-se o restante da frase com as informações faltantes, de acordo com a orientação. Pela edição de outros aspectos solicitados ao longo texto, entretanto, alterou-se a numeração da linha em questão. (OK)

1. Solicitação 2: "Assegurar o atendimento imediato e gratuito ao participante da pesquisa, caso houver quaisquer tipos de desconforto em decorrência da pesquisa". Trecho corrigido: "Considera-se que há um risco mínimo, relativo ao incômodo de conversar sobre temas e situações que possam se associar a processos emocionais ou à sua história de vida. Caso isso aconteça, será assegurado atendimento imediato gratuito e encaminhamento no momento de realização da entrevista" (linha 6). (OK)

Solicitação 3: "Deixar claro de acordo com a Resolução 466, que não haverá nenhum custo ao participante em decorrência da pesquisa" e 4: "Não haverá pagamento aos participantes da pesquisa". Trecho corrigido: "Você não irá arcar com nenhum custo dessa pesquisa e, também, não receberá qualquer vantagem financeira por conta da sua participação" (linha 19). (OK)

Solicitação 5: "Haverá indenização ao participante caso houver prejuízo em decorrência da pesquisa". Trecho corrigido: "Você poderá pleitear indenização em caso de danos decorrentes de

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Hospital das Clínicas/UFG - 1º Andar - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitário **CEP:** 74.605-020
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 **Fax:** (62)3269-8426 **E-mail:** cephcufig@yahoo.com.br

UFG - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE GOIÁS



Continuação do Parecer: 3.726.465

sua participação na pesquisa" (linha 20). (OK)

Solicitação 6: "O participante poderá se retirar da pesquisa quando quiser, sem prejuízo algum". Trecho corrigido: "Você poderá se retirar da pesquisa quando quiser, sem prejuízo algum." (linha 24). (OK)

Solicitação 7: "Determinar o local da pesquisa e tempo gasto para efetuar as entrevistas", Trecho corrigido: "As entrevistas serão realizadas no Ambulatório de Dermatologia do Hospital de Clínicas da UFG, com tempo de duração previsto de uma hora e meia." (linha 13). (OK)

Para, além disso, o Parecer solicita que todo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido seja refeito de acordo com o modelo que a página online do HC disponibiliza ("Enfim, refazer o TCLE de acordo com o modelo que a página online do HC disponibiliza"). Observou-se que, de fato, havia equívocos na produção da escrita do documento que não condiziam com o modelo disponibilizado, havendo necessidade de reformulação. Outros pontos, portanto, foram reformulados de acordo com essa orientação, visando a maior concordância possível com o modelo em questão. Inseriu-se, por exemplo, nota de rodapé com espaço para inserção de rubrica da pesquisadora e do participante, numeração de página, explicação sobre o que é um Comitê de Ética ao participante, correção de dados do CEP/HC etc. Algumas dúvidas em questão sobre esses pontos foram sanadas via telefone com a secretária do Comitê, a fim de tomar-se o maior cuidado possível com as reformulações. (OK)

Todas as pendências foram adequadas

Não há óbices éticos no protocolo de pesquisa avaliado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, a Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional CNS 001/2013, manifesta-se pela APROVAÇÃO do PROTOCOLO DE PESQUISA proposto.

Lembramos que o pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP/HC/UFG, através de Notificação via Plataforma Brasil, os relatórios trimestrais/semestrais do andamento da pesquisa, encerramento, conclusões e publicações.

O CEP/HC/UFG pode, a qualquer momento, fazer escolha aleatória de estudo em desenvolvimento para avaliação e verificação do cumprimento das normas da Resolução 466/12 e suas complementares.

SITUAÇÃO: APROVADO

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Hospital das Clínicas/UFG - 1º Andar - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitário CEP: 74.605-020
UF: GO Município: GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 Fax: (62)3269-8426 E-mail: cephufg@yahoo.com.br

**UFG - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE GOIÁS**



Continuação do Parecer: 3.726.465

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1420597.pdf	11/11/2019 00:14:17		Aceito
Outros	RESPOSTA_A_PENDENCIA.docx	11/11/2019 00:10:32	THAIS KRISTINE MILHORIM	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	01/11/2019 10:15:15	THAIS KRISTINE MILHORIM	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	07/06/2019 17:45:14	THAIS KRISTINE MILHORIM	Aceito
Outros	Carta_Revisao_Etica.pdf	07/06/2019 17:39:53	THAIS KRISTINE MILHORIM	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa.docx	16/05/2019 11:48:03	THAIS KRISTINE MILHORIM	Aceito
Outros	Curriculo_Membro_Pesquisa.pdf	16/05/2019 11:46:42	THAIS KRISTINE MILHORIM	Aceito
Outros	Curriculo_Orientador.pdf	16/05/2019 11:46:24	THAIS KRISTINE MILHORIM	Aceito
Outros	Curriculo_Pesquisador_Principal.pdf	16/05/2019 11:46:01	THAIS KRISTINE MILHORIM	Aceito
Outros	Instrumento5.docx	16/05/2019 11:43:35	THAIS KRISTINE MILHORIM	Aceito
Outros	Instrumento4.docx	16/05/2019 11:43:23	THAIS KRISTINE MILHORIM	Aceito
Outros	Instrumento3.docx	16/05/2019 11:43:11	THAIS KRISTINE MILHORIM	Aceito
Outros	Instrumento2.docx	16/05/2019 11:43:01	THAIS KRISTINE MILHORIM	Aceito
Outros	Instrumento1.docx	16/05/2019 11:42:45	THAIS KRISTINE MILHORIM	Aceito
Outros	Termo_Responsabilidade_Compromisso_Pesquisador.pdf	16/05/2019 11:40:38	THAIS KRISTINE MILHORIM	Aceito
Outros	Termo_Concordancia_Instituicao_Co_Participante.pdf	16/05/2019 11:39:58	THAIS KRISTINE MILHORIM	Aceito
Outros	Parecer_Chefe_Unidade_HC_UFG.pdf	16/05/2019 11:38:54	THAIS KRISTINE MILHORIM	Aceito
Outros	Manuseio_Prontuario.pdf	16/05/2019 11:38:22	THAIS KRISTINE MILHORIM	Aceito
Outros	Autorizacao_GEP.pdf	16/05/2019 11:37:11	THAIS KRISTINE MILHORIM	Aceito

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Hospital das Clínicas/UFG - 1º Andar - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitário **CEP:** 74.605-020
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 **Fax:** (62)3269-8426 **E-mail:** cephufg@yahoo.com.br

UFG - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE GOIÁS



Continuação do Parecer: 3.726.466

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOIANIA, 26 de Novembro de 2019

Assinado por:

JOSE MARIO COELHO MORAES
(Coordenador(a))

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Hospital das Clínicas/UFG - 1º Andar - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitário **CEP:** 74.605-020
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 **Fax:** (62)3269-8426 **E-mail:** cephcufg@yahoo.com.br

ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa: “Aspectos psicológicos de pacientes com doenças de pele” sob a responsabilidade da pesquisadora Thaís Kristine Milhorim, psicóloga mestranda do Programa de Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília (UnB).

Nesse estudo, pretende-se compreender a manifestação de aspectos emocionais durante seu acompanhamento nessa instituição. Para isso, será realizado um ou mais encontros visando conhecer sobre o que você tem vivenciado nessas últimas duas semanas. Considera-se que há um risco mínimo, relativo ao incômodo de conversar sobre temas e situações que possam se associar a processos emocionais ou à sua história de vida. Caso isso aconteça, será assegurado encaminhamento para atendimento gratuito no momento de realização da entrevista.

Espera-se como benefício dessa pesquisa ampliar os conhecimentos sobre o assunto em questão e contribuir para a produção do conhecimento científico. Serão fornecidas informações e orientações a partir desse material coletado para o serviço que está acompanhando-o (a) nesse ambulatório, sendo mantido o mais rigoroso sigilo e privacidade a respeito de quaisquer informações que permitam identifica-lo. As entrevistas serão realizadas no Ambulatório de Dermatologia do Hospital de Clínicas da UFG, com tempo de duração previsto de uma hora e meia. Todas as entrevistas serão transcritas e posteriormente servirão para compor um trabalho de mestrado. Em nenhum momento sua identidade será revelada, seja por escrito ou oralmente, e você terá garantia de acesso aos resultados dessa pesquisa.

Os dados provenientes de sua participação, tais como questionários, entrevistas e fitas de gravação ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável pela pesquisa. Você não irá arcar com nenhum custo dessa pesquisa e, também, não receberá qualquer vantagem financeira por conta da sua participação. Você poderá pleitear indenização em caso de danos decorrentes de sua participação na pesquisa.

Caso considere esclarecidas as informações e aceite fazer parte deste estudo, assine nesta página² e ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra da pesquisadora responsável. Em qualquer momento poderão ser prestados esclarecimentos sobre dúvidas que porventura surgirem. Você poderá se retirar da pesquisa quando quiser, sem prejuízo algum. Em caso de dúvida, você poderá procurar diretamente a pesquisadora

² Pesquisa: “Aspectos psicológicos de pacientes com doenças de pele”

Rubrica participante:

Rubrica pesquisadora responsável:

responsável, por meio do endereço eletrônico thais.milhorim@gmail.com, ou pelo telefone (34) 99164-7606. Esta pesquisa é orientada pela Prof^a Dr^a Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC-UFG/EBSERH), que é a instituição responsável por certificar que o que está aqui descrito neste documento seja garantido em termos da sua segurança. Você poderá entrar em contato diretamente com o Comitê, caso deseje, pelos telefones: (62) 3269-8338 e (62)3269-8426, ou no endereço: 1^a Avenida S/N Setor Leste Universitário, Unidade de Pesquisa Clínica, 2^o andar, de segunda a sexta-feira, das 7h às 17h.

Eu, _____, portador de RG nº _____ fui informado (a) de maneira clara dos objetivos da pesquisa “Aspectos psicológicos de pacientes com doenças de pele”. Estou ciente de que serão feitas transcrições das falas das entrevistas para melhor análise do material posteriormente. Estou ciente também que ao término da pesquisa, as fitas serão apagadas e os dados serão divulgados academicamente, sem que haja qualquer identificação individual.

Compreendo, também, que para participar desse estudo não receberei qualquer vantagem financeira, e que serei esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar. Estarei livre para participar ou recusar-me a participar a qualquer momento, sem qualquer tipo de prejuízo. Além disso, sei que terei oportunidade para perguntar sobre qualquer questão que eu desejar. Declaro que concordo em participar dessa pesquisa e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas sobre este termo.

Goiânia, _____ de _____ de 2019/2020

(Nome legível do participante)

(Assinatura da Pesquisadora)

ANEXO 3 – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E DE INFORMAÇÕES CLÍNICAS

01 – Nome: _____

02 – Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

03 - Telefone para contato: _____

04- Naturalidade: _____

05 - Documento de Identidade: _____

06 – Idade:

() Menor de 18 anos

() 18,1 a 30 anos

() 30,1 a 40 anos

() 40,1 a 50 anos

() 50,1 a 60 anos.

() Mais de 60,1 anos

07 – Estado civil:

() Casado (a)/ Em união estável

() Divorciado (a)/ Separado (a)

() Solteiro (a)

() Viúvo (a)

08- Composição familiar:

Reside sozinho ou com outras pessoas?

09 – Escolaridade

() Ensino Fundamental incompleto

() Ensino Fundamental completo

() Ensino Médio incompleto

() Ensino Médio completo

() Ensino Superior incompleto

() Ensino Superior completo

() Pós-Graduação

10 – Ocupação profissional

() Empregada

() Empregadora

() Autônoma

() Aposentado

Outra: Qual? _____

11 – Renda familiar

() 01 a 03 salários

() 3,1 a 06 salários

() 6,1 a 09 salários

() sem renda familiar

12 – Número de filhos

- sem filhos
 1 a 2
 3 a 4
 Mais de 4

13 – Religião

- Católica
 Espírita
 Protestante
 Outra: Qual? _____
 Não possui

14 – Você possui alguma doença prévia?

ANEXO 4 – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1) Histórico de adoecimento

- O que o trouxe a esta instituição?
- O que você sabe/quais as informações você tem sobre sua doença?
- Como é sua relação com a equipe médica que o atende?
- Você tem usado algum medicamento?
- Como está o uso da medicação e a aceitação das orientações médicas?
- Houve tratamentos anteriores? Se sim, como foram?
- Você teve outros adoecimentos junto com esse (comorbidades)?
- Você conhece alguém na sua família que teve a mesma doença que você?
- Como você acha que se dará sua evolução?

2) Rotina

- Como você tem se sentindo nesses últimos dias, de forma geral?
- Pode me descrever sua rotina em um dia comum, desde a hora que você acorda até a hora que vai dormir?
- Você tem se sentido mais cansado, irritado, tenso ou triste?
- Como anda seu sono ultimamente? Costuma sonhar?
- Como você considera que costuma resolver seus problemas no dia-a-dia?
- Quando precisa resolver algo com uma pessoa, como você costuma agir? Como se sente?

3) História de vida e relação com a doença

- Como estava sua vida quando a sua enfermidade começou a surgir (circunstâncias de vida)?
- O que essa doença/enfermidade representou/representa na sua vida? O que ela significa para você?
- Quais consequências ela teve sobre sua vida e relações familiares?
- Você observa associação entre o início ou desenvolvimento da doença com suas questões emocionais (melhora/piora da doença)?
- Você pode me contar um pouco sobre sua história de vida, de maneira geral?
- Quais são as lembranças mais significativas que você tem da sua infância e adolescência?
- Quais são as pessoas mais significativas que você se lembra desse período?
- Como é a estrutura da sua família de origem (pais casados/separados, número de irmãos, ordem de nascimento)?

- Como você se vê no seu meio familiar atual (papéis desempenhados: provedor, dependente)?
- Como você vê a sua história de relação afetiva com outras pessoas (namorados, cônjuge, casamento, filhos)?
- Como você descreve seus relacionamentos sociais atuais e seu estilo de vida?
- Tem o costume de conversar com alguém sobre problemas e angústias? Se sim, com quem você se sente mais à vontade para conversar? De quem costuma receber apoio?
- Quais eventos você considera mais marcantes na sua vida? Como se sentiu nesses eventos?
- Você já sofreu algum tipo de preconceito por conta da sua condição?
- Há alguma situação em sua vida, atual ou passada, que ainda lhe deixa insatisfeito? Se sim, qual?
- Já fez ou já pensou em fazer algum tipo de tratamento psicológico/psiquiátrico? Qual e por que?

4) Observação do entrevistado

- Apresentação, comportamento, aparência geral;
- Atenção e orientação;
- Organização e curso do pensamento;
- O que é priorizado no relato;
- Momentos da entrevista em que há dificuldade de expressão;
- Tipo de relação estabelecida com o pesquisador.

ANEXO 5 – DEPRESSION, ANXIETY AND STRESS SCALE (DASS-21)

Por favor, leia cada afirmativa e marque um dos números (0, 1, 2, ou 3) que indique quanto a afirmativa se aplica a você. Não há respostas certas ou erradas. Não gaste muito tempo em nenhuma das afirmativas.

0 - Não se aplicou a mim de forma alguma

1 - Aplicou-se a mim de alguma forma ou em algumas vezes

2 - Aplicou-se a mim de forma considerável ou em boa parte do tempo

3 - Aplicou-se muito a mim ou na maior parte do tempo

		0	1	2	3
01	Eu tive dificuldade para me acalmar.	0	0	0	0
02	Eu percebi que estava com a boca seca.	0	0	0	0
03	Eu não conseguia ter sentimentos positivos.	0	0	0	0
04	Eu tive dificuldade para respirar (por exemplo, tive respiração muito rápida, ou falta de ar sem ter feito esforço físico).	0	0	0	0
05	Eu achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas.	0	0	0	0
06	Eu tive reações exageradas às situações.	0	0	0	0
07	Eu tive tremores (por exemplo, nas mãos).	0	0	0	0
08	Eu senti que estava bastante nervoso(a).	0	0	0	0
09	Eu fiquei preocupado(a) com situações em que poderia entrar em pânico e fazer papel de bobo(a).	0	0	0	0
10	Eu senti que não tinha expectativas positivas a respeito de nada.	0	0	0	0
11	Eu notei que estava ficando agitado(a).	0	0	0	0
12	Eu achei difícil relaxar.	0	0	0	0
		0	1	2	3

13	Eu me senti abatido(a) e triste.	0 0 0 0
14	Eu não tive paciência com nada que interrompesse o que eu estava fazendo.	0 0 0 0
15	Eu senti que estava prestes a entrar em pânico.	0 0 0 0
16	Eu não consegui me empolgar com qualquer coisa.	0 0 0 0
17	Eu senti que não tinha muito valor como pessoa.	0 0 0 0
18	Eu senti que eu estava muito irritado(a).	0 0 0 0
19	Eu percebi as batidas do meu coração na ausência de esforço físico (por exemplo, a sensação de aumento dos batimentos cardíacos, ou de que o coração estava batendo fora do ritmo).	0 0 0 0
20	Eu me senti assustado(a) sem qualquer razão.	0 0 0 0
21	Eu senti que a vida não tinha sentido.	0 0 0 0

ANEXO 6 - TORONTO ALEXITHYMIA SCALE (TAS)

Responda aos itens abaixo escolhendo uma das alternativas:

1. Discordo Inteiramente (DI)
2. Discordo (D)
3. Eu não sei (NS)
4. Concordo (C)
5. Concordo Plenamente (CP)

Itens	1DI	2D	3NS	4C	5CP
1. Quando choro sempre sei por quê.					
2. “Sonhar acordado” é uma perda de tempo.					
3. Gostaria de não ser tão tímido.					
4. Frequentemente fico confuso sobre qual emoção estou sentindo.					
5. Frequentemente fico “sonhando acordado” sobre o que estou sentindo.					
6. Pareço fazer amigos tão facilmente quanto outras pessoas.					
7. Saber as respostas dos problemas é mais importante					

do que saber as razões das respostas.					
8. É difícil para eu encontrar as palavras certas para os meus sentimentos.					
9. Eu gosto de mostrar às pessoas do que eu preciso.					
10. Tenho sensações físicas que nem os médicos compreendem.					
11. Para mim não é suficiente que as coisas sejam feitas. Eu preciso saber por quê e como elas funcionam.					
12. Sou capaz de descrever meus sentimentos facilmente.					
13. Prefiro analisar problemas em vez de apenas descrevê-los.					
14. Quando estou chateado não sei se estou triste,					

amedrontado ou com raiva.					
15. Uso um bocado minha imaginação.					
16. Fico um tempão sonhando acordado sempre que não tenho nada para fazer.					
17. Frequentemente fico cismado com sensações em meu corpo.					
18. Raramente sonho acordado.					
19. Prefiro deixar as coisas acontecerem em vez de entender por que elas acontecem daquele jeito.					
20. Tenho sentimentos que mal posso identificar.					
21. Estar em contato com as emoções é essencial.					
22. É difícil para eu descrever como me sinto em					

relação às pessoas.					
23. As pessoas falam para eu descrever mais os meus sentimentos.					
24. Deve-se procurar por explicações mais profundas.					
25. Não sei o que acontece dentro de mim.					
26. Frequentemente eu não sei porque estou com raiva.					

ANEXO 7 – OBSERVER ALEXITHYmia SCALE (OAS)

Por favor, use a escala a seguir para cada item:

- 0- Nunca
- 1- Algumas vezes, um pouco.
- 2- Muito, quase sempre.
- 3- Todo o tempo, sempre.

A pessoa	Faça um círculo			
1. É uma boa companhia, é agradável.	0	1	2	3
2. Fica desorientada quando as coisas estão muito difíceis.	0	1	2	3
3. Se preocupa muito com a saúde.	0	1	2	3
4. É divertida, alegre.	0	1	2	3
5. É controlada demais, se controla muito.	0	1	2	3
6. Tem pena dos outros, tem o coração mole.	0	1	2	3
7. Tem bom relacionamento com os outros.	0	1	2	3
8. Fica confusa em situações muito difíceis, não sabe o que fazer.	0	1	2	3
9. Reclama muito de dor.	0	1	2	3
10. Conta piadas e está sempre brincando.	0	1	2	3
11. É muito sistemática, é “muito certinha”.	0	1	2	3
12. Tem um bom coração, é sensível.	0	1	2	3
13. Fica chateada (nervosa) quando não entende bem o que está acontecendo.	0	1	2	3
14. Está sempre preocupada e procurando ajuda para tratar da saúde.	0	1	2	3
15. É brincalhona.	0	1	2	3
16. É rígida, é difícil brincar com ela.	0	1	2	3
17. Gosta da companhia das pessoas.	0	1	2	3
18. Gosta de falar sobre o que está sentindo.	0	1	2	3

19. Sente emoções que não consegue por para fora.	0	1	2	3
20. É imaginativa, criativa.	0	1	2	3
21. Parece que não tem rumo na vida; parece não ter plano para o futuro.	0	1	2	3
22. Tem problemas físicos que são difíceis de tratar.	0	1	2	3
23. É “chata”, cansativa.	0	1	2	3
24. É flexível, é fácil lidar com ela.	0	1	2	3
25. Gosta de ter amigos com quem contar.	0	1	2	3
26. Ela se conhece bem.	0	1	2	3
27. Quando fica chateada (preocupada) tem dor de cabeça, dor de estômago, sua, tem dor no corpo.	0	1	2	3
28. É “sem graça”, “nem sal nem açúcar”.	0	1	2	3
29. Gosta de contato físico, de ser tocada e de tocar nos outros.	0	1	2	3
30. Tem dificuldades em achar palavras certas pra dizer o que está sentindo.	0	1	2	3
31. Vê as coisas apenas como “oito ou oitenta”, não tem meio termo.	0	1	2	3
32. Compreende bem suas próprias necessidades.	0	1	2	3
33. Deixa para depois as coisas boas da vida, mesmo quando não precisa.	0	1	2	3

