



INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NO CUIDADO AO DOENTE DERMATOLÓGICO CRÓNICO

Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

Orientação: Professora Doutora Vera Almeida

Coorientação: Professora Doutora Ana Teixeira

Diana Isabel de Sousa Constante

Gandra, Janeiro de 2019



Intervenção Psicológica no Cuidado ao Doente Dermatológico Crónico

Diana Isabel de Sousa Constante

Dissertação apresentada no Instituto Universitário de Ciências da Saúde para obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia, sob orientação da Professora Doutora Vera Almeida e da coorientação da Professora Doutora Ana Teixeira

Gandra, Janeiro de 2019

Declaração de Integridade

Diana Isabel de Sousa Constante, estudante do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração desta Dissertação de Mestrado.

Confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual o indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele).

Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

Agradecimentos

À Professora Doutora **Vera Almeida** pela orientação, transmissão de conhecimentos, conselhos e apoio ao longo da minha formação.

À Professora Doutora **Ana Teixeira** pela orientação, disponibilidade, incentivo e colaboração na realização desta etapa.

Ao Professor Doutor **José Carlos Rocha** pela disponibilidade e transmissão de conhecimentos.

Aos meus **pais** pela confiança que depositaram em mim, por tudo o que me ensinaram e pelo esforço que fizeram para poder concluir esta etapa na minha vida. Aos meus **avós** e **irmão** pelo apoio e por nunca deixarem de acreditar em mim.

Ao **Tiago** por ser o meu pilar e nunca me deixar desistir.

À **Helena** pelo carinho, motivação e apoio em todas as horas.

À **PSO Portugal** pela disponibilidade e colaboração.

Obrigada!

Índice Geral

Introdução.....	1
Parte I - Perceção da importância e disponibilidade para uma intervenção psicológica ao doente dermatológico crónico	2
Parte II - Flexibilidade Psicológica, Qualidade de Vida e Imagem Corporal no Doente Dermatológico	30

Índice de Anexos

Anexo I: Questionário Sociodemográfico e Clínico

Anexo II: Questionário sobre Cuidados em Dermatoses Crônicas

Introdução

A psoríase é uma doença dermatológica, inflamatória, crónica e não contagiosa. Estima-se que cerca de 1 a 3% da população mundial sofra desta condição, com um grande impacto negativo na qualidade de vida do doente. As abordagens de 3ª geração têm ganho destaque nesta problemática. A Terapia de Aceitação e Ação (ACT) e o *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR) são exemplos dessas abordagens que têm como objetivo promover uma regulação emocional adaptativa.

A presente dissertação está inserida num projeto focado no estudo das dermatoses crónicas, nas intervenções psicológicas focadas na doença, na *mindfulness*, na regulação emocional e na qualidade de vida do doente dermatológico.

Dado o impacto psicossocial e económico da psoríase, a presente dissertação explora a temática da intervenção psicológica e qualidade de vida do doente psoriático através de dois manuscritos. O primeiro intitulado “Perceção da importância e disponibilidade para uma intervenção psicológica ao doente dermatológico crónico” tem como objetivo avaliar a perceção da importância e disponibilidade para uma intervenção psicológica do doente dermatológico no cuidado das dermatoses crónicas e encontra-se na primeira parte da dissertação. O segundo intitulado “Flexibilidade Psicológica, Qualidade de Vida e Imagem Corporal no Doente Dermatológico” avalia a importância das variáveis de autocompaixão, aceitação da doença e flexibilidade psicológica na qualidade de vida e na imagem corporal do doente dermatológico e localiza-se na segunda parte da dissertação.

Em conjunto, estes estudos clarificam o impacto da psoríase na qualidade de vida do doente, bem como a importância de uma intervenção psicológica focada na doença dermatológica, através de terapias convencionais e terapias de 3ª geração baseadas no *mindfulness*.

Perceção da importância e disponibilidade para uma intervenção psicológica ao doente dermatológico crónico

Constante, D.,¹ Teixeira, A.,^{1,2} Rocha, J.,¹ & Almeida, V.^{1,2, a}

¹CESPU, Instituto de Investigação e Formação Avançada em Ciências e Tecnologias da Saúde, Rua Central de Gandra, 1317, 4585-116 Gandra PRD, Portugal.

²UCIBIO, REQUIMTE, Laboratório de Tecnologia Farmacêutica, Faculdade de Farmácia, Universidade do Porto, Rua de Jorge Viterbo Ferreira, 228, 4050-313 Porto, Portugal

^a vera.almeida@iucs.cespu.pt

Resumo

A psoríase é uma das quatro dermatoses com maior impacto na qualidade de vida do doente crónico, reduzindo a função física e psicológica do paciente.

Este estudo visa avaliar a perceção da importância e disponibilidade para uma intervenção psicológica ao doente dermatológico no cuidado das dermatoses crónicas. Foram avaliados 147 pacientes com diagnóstico de psoríase com recurso a uma ficha sociodemográfica e clínica e a um questionário sobre os cuidados psicológicos ao doente com dermatose crónica. Recorreu-se ao teste do coeficiente de correlação de Pearson para verificar as correlações entre as variáveis.

Os resultados demonstram correlações significativas positivas entre a importância que o doente atribui a uma intervenção psicológica e a possibilidade deste aderir à intervenção psicológica focalizada na doença dermatológica com as variáveis demográficas, clínicas e do cuidado da doença.

A importância atribuída à intervenção psicológica no cuidado do doente dermatológico está a aumentar, assim como a disponibilidade para a mesma.

Palavras-chave: Intervenção psicológica, Dermatoses, Doente dermatológico.

Abstract

Psoriasis is one of the four dermatoses with the highest impact on the quality of life of chronic patients, reducing their physical and psychological functions.

This study aims to evaluate the perception of the importance and availability for a psychological intervention to the dermatological patient in care of chronic dermatoses. A total of 147 patients diagnosed with psoriasis were evaluated using a sociodemographic and clinical protocol and a questionnaire on psychological care for patients with chronic dermatosis. The Pearson correlation coefficient test was used to verify the correlations between the variables.

The results demonstrate significant positive correlations between the importance that the patient attributes to psychological intervention and the possibility of this adherence to the psychological intervention focused on the dermatological disease with the demographic, clinical and care variables of the disease.

The importance attributed to the psychological intervention in the care of the dermatological patient is increasing, as is the availability for it.

Keywords: Psychological Intervention, Dermatoses, Dermatological Patient.

Introdução

As dermatoses crônicas são um conjunto de doenças dermatológicas, que acompanham o doente ao longo da vida. Têm em comum a agressão patológica da pele, etiologia complexa e curso imprevisível, com períodos de exacerbação intercalados com períodos de remissão. Embora tenham estas características em comum, cada dermatose apresenta uma forma de manifestação diferenciada. Verifica-se que muitas doenças de pele são dependentes do estado emocional do portador e, aquando das oscilações emocionais, a pele sofre e passa por períodos de exacerbação de sintomas (Silva & Silva, 2007). Torna-se claro que os fatores emocionais são determinantes no aparecimento e agravamento dos quadros dermatológicos.

Apesar do impacto psicossocial da doença dermatológica não estar diretamente relacionado com a área total afetada ou com a gravidade da condição, este pode ser grave e debilitante. Há evidências que sugerem que a manifestação da doença em regiões visíveis como a face, mãos ou área genital causam níveis mais altos de sofrimento, pois não são facilmente cobertos e/ou podem precipitar ou perpetuar problemas relacionais (The All Party Parliamentary Group on Skin, 2013; Moustafa, Lewallen, & Feldman, 2014).

Muitos indivíduos com doenças de pele, incluindo a psoríase, eczema e rosácea têm um risco acrescido de desenvolver problemas psicológicos. A psoríase é uma doença inflamatória, caracterizada por eritema e manchas escamosas no tronco, extremidades, couro cabeludo ou rosto, reduzindo a função física e psicológica (Patel *et al.*, 2017). Nesta problemática vários estudos relatam um aumento dos riscos de ansiedade, depressão e ideação suicida nestes pacientes (Tuckman, 2017; Barankin & DeKoven, 2002; Hong, Koo, & Koo, 2008; Lee, Park, Kwon, Kim, & Kim, 2010), onde a depressão chega a afetar entre 10% a 62% dos pacientes psoriáticos, mesmo em pacientes com psoríase menos grave (Innamorati *et al.*, 2016). A doença está claramente associada ao aumento do consumo de álcool e tabagismo (Barankin & DeKoven, 2002), bem como à rejeição social e consequente isolamento social, verificada no evitamento de situações sociais ou locais públicos como o ginásio, piscina e cabeleireiro. Os relacionamentos interpessoais também são frequentemente afetados existindo um comprometimento sexual associado a sentimentos de vergonha e/ou constrangimento (Hong, Koo, & Koo, 2008). Dado que a psoríase é uma das quatro dermatoses com maior impacto na qualidade de vida (Schmid-Ott, Schallmayer, & Calliess, 2007) com

cerca de 200 mil indivíduos afetados em Portugal (Branco, Nogueira, & Conteiros, 2005), esta foi selecionada como dermatose de referência neste estudo. Denotam-se repercussões negativas na imagem corporal e autoestima do portador, dificuldades na regulação emocional (Almeida, Taveira, Almeida, Rocha, & Teixeira, 2016) e estratégias de *coping* mal adaptativas (Lee, Park, Kwon, Kim, & Kim, 2010).

Os pacientes dermatológicos limitam as suas vidas pois estão autoconscientes dos seus sintomas e experimentam uma antecipação ansiosa da interação com os outros, mesmo quando os sintomas não estão presentes. Os mecanismos de *coping* muitas vezes também são afetados, uma vez que os pacientes possuem dificuldades em enfrentar e desenvolver estratégias que possibilitem gerir os sintomas dermatológicos, desenvolvendo mecanismos de *coping* de evitamento (Tuckman, 2017; Silva, 2003). Todas estas problemáticas afetam a qualidade de vida do paciente dermatológico (Krasuska, Millings, Lavda, & Thompson, 2016; Loney, Standage, & Lewis, 2008), nos domínios pessoal, profissional e social do indivíduo (The All Party Parliamentary Group on Skin, 2013; Walker & Papadopoulos, 2005).

A psicodermatologia é a área que integra o trabalho de médicos e psicólogos, com o objetivo de perceber melhor as doenças de pele com recurso a uma compreensão integrada entre emoções e corpo, concretamente emoções e pele (Ludwig *et al.*, 2008). O estudo de Müller & Ramos (2004) avaliou a diferença à resposta clínica (condição de repigmentação) de pacientes com vitiligo e concluiu que “*as pacientes que receberam tratamento conjunto médico e psicológico apresentaram um percentual de repigmentação de até 80%, enquanto as que receberam exclusivamente tratamento médico obtiveram um percentual de repigmentação de até 20%*”. Este estudo demonstrou a importância de um trabalho integrado e conjunto de profissionais de diferentes vertentes no tratamento das doenças de manifestação psicossomática. Portanto, para o psicólogo da saúde, torna-se fundamental uma conexão interdisciplinar no tratamento das doenças dermatológicas. Embora os mecanismos específicos que atuam no desencadeamento e exacerbação da doença serem diferenciados, a abordagem biopsicossocial torna-se fundamental para a terapêutica dos doentes dermatológicos nas diferentes áreas de atuação da saúde (Ludwig *et al.*, 2008).

Os estudos da carga global da doença (Direção-Geral da Saúde, 2018) colocam as doenças de pele como a quinta causa de doença não fatal e incapacitante, logo a seguir às dores de costas e pescoço, doenças dos órgãos dos sentidos, depressão e enxaqueca com 6.1% da população portuguesa afetada, tornando-se uma necessidade de

primeira linha o fornecimento de apoio psicológico. O acompanhamento psicológico é crucial para melhorar o bem-estar e os sintomas dermatológicos. Embora haja uma pesquisa limitada, as intervenções psicológicas parecem ser eficazes tanto para adultos como para crianças com problemas de pele (Krasuska, Millings, Lavda, & Thompson, 2016; Lavda, Webb, & Thompson, 2012). Os seus efeitos manifestam-se maioritariamente na diminuição do prurido (Lavda, Webb, & Thompson, 2012).

A Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) visa modificar cognições e comportamentos erróneos associados aos mecanismos de *coping* ou à adesão ao tratamento. Dentro deste modelo recorre-se, por exemplo, à Terapia Racional-Emotiva desenvolvida por Albert Ellis que visa alterar a cognição do paciente e às Técnicas de Reestruturação Cognitiva (Schut *et al.*, 2013). A TCC mostra-se benéfica e pode ser classificada como um método de tratamento eficaz em pacientes dermatológicos crónicos (Schut, Mollanazar, Kupfer, Gieler, & Gil Yosipovitch, 2016; Lavda, Webb, & Thompson, 2012; Evers *et al.*, 2009).

As técnicas de redução de *stress* utilizam o relaxamento ou a meditação para reduzir o *stress*. Como está provada a relação entre a perceção de *stress* e o prurido em pacientes com dermatoses crónicas (Chrostowska-Plak, Reich, & Szepietowski, 2013; Lien, Halvorsen, Haavet, & Dalgard, 2012), as técnicas de relaxamento são úteis no tratamento de pacientes em que o prurido aumenta durante os períodos de maior *stress* (Schut, Mollanazar, Kupfer, Gieler, & Gil Yosipovitch, 2016; Bae *et al.*, 2012)

O Treino de Reversão de hábitos (TRH) tem como objetivo alterar um comportamento disfuncional e substituí-lo por ações neutras, como por exemplo, diminuir a frequência de coçar em pacientes com dermatoses. O TRH abrange três componentes: o treino de consciencialização, a prática de uma resposta que substitui o comportamento disfuncional e o aumento da motivação para controlar o hábito. Apesar da eficácia deste método estar comprovada, este tratamento é pouco utilizado e foi estudado apenas em pacientes com dermatite atópica (Schut, Mollanazar, Kupfer, Gieler, & Gil Yosipovitch, 2016; Noren, 1995; Noren & Melin, 1989).

Nos últimos anos, os benefícios da prática de *mindfulness* e das intervenções baseadas no *mindfulness* estão a ser mais estudados. O *mindfulness* é definido como a prática de "prestar atenção no que está a acontecer no momento presente na mente, corpo e ambiente externo, com uma atitude de curiosidade e bondade" (Hutton, 2016). Na dermatologia, a psoríase é a condição mais abrangida por esta prática com resultados positivos em várias vertentes. A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) e o

Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) são dois tipos de terapias cognitivo-comportamentais utilizadas em pacientes com prurido crónico. Estas terapias são usadas para o paciente ter uma maior aceitação da sua condição, uma vez que está comprovado que um estado emocional negativo pode levar ao aumento da dor e prurido (Schut, Mollanazar, Kupfer, Gieler, & Yosipovitch, 2016)

O MBSR tem como objetivo principal praticar o *mindfulness*, ou seja, ter consciência do momento, sem julgar emoções, pensamentos ou sensações. Inclui exercícios de meditação, yoga e psicoeducação. Esta prática diminui sintomas depressivos (D'alton *et al.*, 2013), melhora a aparência dos sintomas psoriáticos e denotam-se mudanças nas reações em relação à doença. Os doentes descrevem-se como mais confiantes e sociáveis, sugerindo uma melhoria na autoeficácia em lidar com interações sociais (Fordham, Nelson, Griffiths, & Bundy, 2015; Hutton, 2016). Schut e colaboradores (2016) acreditam que esta terapia pode ser estendida a pacientes com dermatite atópica, urticária crónica e acne para obter resultados positivos.

O ACT visa evocar ou fortalecer a aceitação de eventos negativos relacionados com a doença, emoções e cognições, a fim de alterar a função desses eventos e pensamentos (Schut, Mollanazar, Kupfer, Gieler, & Yosipovitch, 2016). Aborda os objetivos e valores dos pacientes para orientar o processo de mudança de comportamento e aumentar a flexibilidade psicológica (A-Tjak *et al.*, 2015). Esta terapia foi estudada, maioritariamente, no tratamento da dor crónica, com resultados positivos na diminuição da intensidade da dor, depressão e ansiedade e aumento da qualidade de vida relacionada com a saúde e aceitação da doença. No entanto, a intervenção em doenças dermatológicas em casos de prurido crónico parece ser igualmente eficaz (Schut, Mollanazar, Kupfer, Gieler, & Yosipovitch, 2016).

Objetivos

Este estudo visa avaliar a perceção da importância e disponibilidade para uma intervenção psicológica no cuidado das dermatoses crónicas em doentes dermatológicos crónicos, partindo da premissa que existem poucas respostas eficazes no tratamento psicológico nesta área e que esta problemática afeta os domínios pessoal, profissional e socioeconómico do indivíduo. Torna-se assim essencial definir as variáveis que devem ser trabalhadas para uma intervenção de sucesso com base na opinião de doentes dermatológicos.

Desenho do Estudo

Foi desenvolvido um estudo exploratório e correlacional acerca da importância e disponibilidade do doente dermatológico para uma intervenção psicológica bem como a definição das variáveis a serem trabalhadas nessa intervenção, através da aplicação de dois questionários.

Participantes

Seleção da Amostra

A seleção da amostra teve como finalidade obter uma amostra representativa da população portuguesa de doentes com dermatoses crónicas, tendo sido selecionada como modelo a psoríase, uma vez que é uma dermatose crónica de elevada prevalência com impacto psicológico. Para isso, os participantes foram recrutados através da divulgação do estudo pela Associação Portuguesa de Psoríase (PSOPortugal). Foram usados como critérios de inclusão indivíduos com o diagnóstico de psoríase, com mais de 18 anos e escolarizados.

Caracterização da Amostra

A amostra constituída por 147 indivíduos, 60.5% do sexo feminino e 38.8% do sexo masculino apresenta idades compreendidas entre os 18 e os 78 anos ($M=54.99$; $DP=14.76$). Mais de metade da amostra possui um curso superior (52.4%), estando 61.9% dos inqueridos numa situação profissional estável e 8.8% desempregado. Relativamente ao estado civil, 67.3% é casado/vive em união de facto, 26.5% é solteiro, 3.4% é divorciado/separado e 2.0% é viúvo. A amostra é representativa da população portuguesa com participantes de todas as regiões do país e com profissões distintas.

(Tabelas 1, 2 e 3)

Instrumentos

Com o objetivo de recolher os dados demográficos, sociais, clínicos e comportamentais dos participantes foi desenvolvido o questionário sociodemográfico e clínico. Para isso, foram discutidas as informações que eram de interesse estarem presentes no estudo com base na revisão bibliográfica sobre o tema. Foram elaboradas as questões, com o apoio da equipa de investigação, tendo em conta a facilidade e compreensão das mesmas e os conhecimentos exigidos aos participantes. Procedeu-se à

avaliação pelos investigadores da relevância de cada um dos itens produzidos e foram tomadas decisões sobre a sequência e disposição das questões (Anexo I).

Relativamente ao questionário sobre cuidados em doentes com dermatoses crónicas, as questões foram elaboradas tendo em conta o objetivo do estudo, sendo por isso mais direcionadas para a avaliação da perceção da importância e disponibilidade para uma intervenção psicológica no cuidado do doente dermatológico crónico. As questões foram desenvolvidas com base em informações teóricas sobre o tema e com o auxílio de um grupo de especialistas que avaliou a pertinência de cada questão para o desenvolvimento do estudo (Anexo II).

Por fim, para verificar a facilidade de compreensão e de preenchimento de ambos os instrumentos, foi aplicado o pré-teste a seis doentes com diagnóstico de psoríase. Ao utilizar o pré-teste, foram corrigidos erros ou problemas de escrita e compreensão, aumentando a validade facial e de conteúdo dos questionários. Os questionários foram disponibilizados em formato digital e em papel.

Procedimentos

Recolha de dados

Os participantes foram selecionados tendo em conta os critérios de inclusão. A recolha de dados e aplicação dos instrumentos teve início em Maio de 2018 e término em Agosto do mesmo ano de forma autoadministrada, através de um questionário *online* divulgado pela PSOPortugal ou por contacto direto. De modo a garantir os aspetos éticos, foi explicado o objetivo do estudo, bem como a confidencialidade e anonimato perante os participantes e apresentado um consentimento informado que requeria a aceitação e preenchimento do mesmo por parte destes.

Análise dos dados

Após a recolha dos dados, a análise dos mesmos foi efetuada no *software* IBM SPSS[®] (*Statistical Package for Social Sciences*[®]), versão 25.0. Foi utilizada uma análise do tipo descritivo para descrever as variáveis em estudo através da exibição de tabelas de frequência e percentagem, média e desvio padrão. Recorreu-se ao teste do coeficiente de correlação de Pearson para analisar possíveis correlações entre as variáveis.

Resultados

Mais de 75% da amostra atribui à intervenção psicológica um elevado grau de importância. Apenas 20.4% dos participantes refere conhecer a existência de intervenções psicológicas no cuidado da doença e 24.5% conhece a existência de instituições de saúde que providenciam esse cuidado. Somente 3.4% da amostra foi alvo de intervenção psicológica na doença dermatológica. As áreas a serem mais trabalhadas no âmbito da intervenção, segundo os participantes, são a autoestima e a autoimagem (74.8%), o controlo do *stress* (68.4%), a aceitação da doença (56.1%), a adaptação à doença (52.3%), a qualidade de vida (40.0%), a adesão ao tratamento (37.4%), as relações interpessoais (33.5%) e a regulação emocional (32.9%), pois acreditam ter um resultado positivo no cuidado da doença. Destacam ainda a importância de haver uma maior quantidade de informação sobre a doença, a descoberta de novos tratamentos eficazes e apoio económico na compra dos medicamentos, produtos de higiene específicos para o tratamento da doença e acesso a consultas.

(tabela 4)

No teste do coeficiente de correlação de Pearson verificou-se que a importância que o doente atribui a uma intervenção psicológica correlaciona-se positiva e significativamente com as variáveis clínicas: outros membros da família com doença de pele ($r=.181$) e o impacto da doença na vida social ($r=.166$). A possibilidade do doente incluir uma intervenção psicológica correlaciona-se positiva e significativamente com as variáveis clínicas: impacto da doença na vida social ($r=.389$), a negação do acesso a uma atividade profissional ($r=.255$) e a gravidade da doença ($r=.251$).

(tabela 5)

Relativamente aos comportamentos de saúde, a importância que o doente concede a uma intervenção psicológica correlaciona-se positivamente com o consumo de *fast food*/semana ($r=.224$) e negativamente com o número de horas de permanência ao ar livre/dia ($r=-.167$). A possibilidade do doente participar numa intervenção psicológica correlaciona-se positiva e significativamente, nos comportamentos de saúde, apenas com o consumo de *fast food*/semana ($r=.168$).

(tabela 6)

A importância que o doente atribui a uma intervenção psicológica correlaciona-se positiva e significativamente com a importância de um trabalho conjunto entre médico e psicólogo ($r=.820$), com o facto das intervenções terem resultados positivos ($r=.527$) e com a possibilidade do doente participar numa intervenção psicológica ($r=.391$). A possibilidade do doente incluir uma intervenção psicológica correlaciona-se positiva e significativamente com a importância de um trabalho conjunto entre médico e psicólogo ($r=.376$) e com o facto das intervenções terem resultados positivos ($r=.238$).

(tabela 7)

Por último, demograficamente, a importância que o doente atribui a uma intervenção psicológica correlaciona-se negativamente com a idade ($r=-.438$), o género ($r=-.387$) e a situação profissional ($r=-.290$) e positivamente com a frequência escolar ($r=.196$). A possibilidade do doente incluir uma intervenção psicológica correlaciona-se negativamente com a idade ($r=-.370$), o género ($r=-.280$), a satisfação com o tratamento atual ($r=-.200$), os anos que o indivíduo tem a doença ($r=-.198$) e a situação profissional ($r=-.174$).

(tabelas 8)

Discussão/Conclusão

A intervenção psicológica é considerada um ponto-chave na ajuda do tratamento das doenças dermatológicas, uma vez que melhora o bem-estar e os sintomas dermatológicos (Lavda, Webb, & Thompson, 2012), tanto em adultos como em crianças (Krasuska, Millings, Lavda, & Thompson, 2016). No entanto, apesar de ser reconhecida a importância de uma intervenção pelos participantes, uma percentagem muito reduzida conhece a existência das mesmas no cuidado do doente dermatológico.

Atualmente, apesar de ainda escassas, as intervenções psicológicas baseadas no cuidado dermatológico oferecem uma eficácia elevada para o doente com várias alternativas adequadas à sintomatologia. Na dermatite atópica, por exemplo, as crianças são regularmente afetadas por esta condição, sendo importante iniciar um acompanhamento psicológico precoce, uma vez que a interação entre estas e os pais/família próxima pode ficar afetada (Hong, Koo, & Koo, 2008). As terapias de 3ª

geração baseadas no *mindfulness* trazem benefícios e estão a ser cada vez mais usadas como ajuda ao tratamento farmacológico (Hutton, 2016).

Dado que está comprovada a relação entre as variáveis psicológicas, a gravidade da condição da pele e a qualidade de vida (Lavda, Webb, & Thompson, 2012), a importância de um acompanhamento psicológico torna-se claro. De acordo com o presente estudo, quanto maior a importância que o doente dá a uma intervenção psicológica maior a possibilidade deste paciente se envolver num processo de intervenção nesta área e maior o impacto da doença na vida social. Quanto mais novos forem os doentes, maior é a importância que atribuem à intervenção e maior é a possibilidade de aderirem a uma intervenção focalizada na doença dermatológica. A negação do acesso a uma atividade profissional e a gravidade da doença induz o doente a participar numa intervenção.

O sucesso de uma intervenção também depende do trabalho multidisciplinar. A psicodermatologia é a área que notabiliza a conexão interdisciplinar no tratamento das doenças dermatológicas (Ludwig *et al.*, 2008). Quanto maior a importância que o doente dá a uma intervenção também maior é a importância concedida ao trabalho conjunto entre médico e psicólogo. Consequentemente, os doentes acreditam que as intervenções tem resultados positivos. Os participantes que se disponibilizam a incluir uma intervenção psicológica também valorizam o trabalho conjunto entre médico e psicólogo e acreditam nos resultados positivos das intervenções.

Uma vez que uma grande quantidade das dermatoses crónicas têm manifestações sintomatológicas físicas, estas têm um impacto negativo na autoestima e autoimagem do doente (Lee, Park, Kwon, Kim, & Kim, 2010). Devido a este facto, os participantes escolheram estas variáveis como principais áreas intervenção. O controlo do *stress*, a aceitação da doença e a adaptação à doença também foram áreas escolhidas por mais de metade dos participantes, variáveis que influenciam a qualidade de vida do doente dermatológico.

Conclui-se que apesar da importância atribuída à intervenção psicológica no cuidado do doente dermatológico estar a aumentar, a população portuguesa ainda se encontra num patamar primário no que concerne à integração de intervenções psicológicas. No entanto, a disponibilidade para integrar uma intervenção começa a revelar aumentos consideráveis, uma vez que os doentes acreditam nos resultados positivos das mesmas. A informação ao doente por parte dos médicos de família ou dermatologistas acerca das intervenções focadas na doença dermatológica parece ser um

ponto-chave para o seu aumento. Contudo, para isso acontecer, é necessário um aumento da oferta de intervenções psicológicas no cuidado do doente dermatológico e da formação aos profissionais de saúde.

Bibliografia

- Almeida, V., Taveira, S. T., Almeida, I., Rocha, J., & Teixeira, A. (2016). Emotion Regulation in Patients with Psoriasis: Correlates of Disability, Clinical Dimensions, and Psychopathology Symptoms. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4: 563-570.
- A-Tjak, J., Davis, M., Morina, N., Powers, M., Smits, J., & Emmelkamp, P. (2015). A Meta-Analysis of the Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy for Clinically Relevant Mental and Physical Health Problems. *Psychotherapy Psychosomatics*, 84:30–36.
- Bae, B., Oh, S., Park, C., Noh, S., Noh, J., Kim, K. (2012). Progressive muscle relaxation therapy for atopic dermatitis: objective assessment of efficacy. *Acta Dermato-Venereologica*, 92: 57–61.
- Barankin, B., & DeKoven, J. (2002). Psychosocial effect of common skin diseases. *Canadian Family Physician*, 48: 712-716.
- Branco, M., Nogueira, P., & Conteiros, T. (2005). *Uma observação sobre a prevalência de algumas doenças crónicas em Portugal Continental*. Lisboa: Saúde Md.
- Chrostowska-Plak, D., Reich, A., & Szepietowski, J. (2013). Relationship between itch and psychological status of patients with atopic dermatitis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 27: 239–242.
- D'Alton, P., O'Malley, G., Adamzik, K.. (2013). The link between mindfulness, self-compassion, and telomerase activity in psoriasis: Results from a controlled MBCT trial. *Centre for Mindfulness Research and Practice conference 2013*.
- Direção-Geral da Saúde. (2018). *Portugal: The Nation's Health 1990–2016: An overview of the Global Burden of Disease Study 2016 Results*. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation.
- Evers, A., Duller, P., Jong, E., Otero, M., Verhaak, C., Valk, P. (2009). Effectiveness of a multidisciplinary itch-coping training programme in adults with atopic dermatitis. *Acta Dermato-Venereologica*, 89: 57–63.

- Fordham, B., Nelson, P., Griffiths, C., & Bundy, C. (2015). The acceptability and usefulness of mindfulness-based cognitive therapy for people living with psoriasis: a qualitative study. *British Journal of Dermatology*, 172(3): 823-5.
- Hong, J., Koo, B., & Koo, J. (2008). The psychosocial and occupational impact of chronic skin disease. *Dermatologic Therapy*, 54-59.
- Hutton, J. (2016). How can mindfulness help patients with skin conditions? *Dermatological Nursing*, 15(3): 32-35.
- Innamorati, M., Quinto, R., 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*, 200–208.
- Krasuska, M., Millings, A., Lavda, A., & Thompson, A. (2016). Psychological needs and availability of support for people with rosacea and psoriasis: findings from a GP survey. *Dermatological Nursing*, 15(2): 48-49.
- Lavda, A., Webb, T., & Thompson, A. (2012). A meta-analysis of the effectiveness of psychological interventions for adults with skin conditions. *British Journal of Dermatology*, 167(5): 970-9.
- Lee, Y. W., Park, E. J., Kwon, I. H., Kim, K. H., & Kim, K. J. (2010). Impact of Psoriasis on Quality of Life: Relationship between Clinical Response to Therapy and Change in Health-related Quality of Life. *Annals of Dermatology*, 22(4): 389-396.
- Lien, L., Halvorsen, J., Haavet, O., & Dalgard, F. (2012). The relation of early experienced negative life events and current itch. A longitudinal study among adolescents in Oslo, Norway. *Journal of Psychosomatic Research*, 72: 226–229.
- Loney, T., Standage, M., & Lewis, S. (2008). Not just "skin deep" — Psychosocial effects of dermatological related social anxiety in a sample of acne patients. *Journal of Health Psychology*, 13(1): 47-54.
- Ludwig, M., Muller, M., Redivo, L., Calvetti, P., Silva, L., Hauber, L., & Facchin, T. (2008). Psicodermatologia e as intervenções do psicólogo da saúde. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 16 (1): 37-42.

- Moustafa, F., Lewallen, R., & Feldman, S. (2014). The psychological impact of rosacea and the influence of current management options. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 71(5): 973-980.
- Müller, A., & Ramos, D. (2004). Psicodermatologia: uma interface entre psicologia e dermatologia. *Psicologia: ciência e profissão*, 24 (3): 76-81.
- Noren, P. (1995). Habit reversal: a turning point in the treatment of atopic dermatitis. *Clinical and Experimental Dermatology*, 20: 2–5.
- Noren, P.; Melin, L. (1989). The effect of combined topical steroids and habit-reversal treatment in patients with atopic dermatitis. *British Journal of Dermatology*, 121: 359–366.
- Patel, N., Nadkarni, A., Cardwell, L., Vera, N., Frey, C., Patel, N., & Feldman, S. (2017). Psoriasis, Depression, and Inflammatory Overlap: A Review. *American Journal of Clinical Dermatology*, 18(5): 613-620.
- Schmid-Ott, G., Schallmayer, S., & Calliess, I. (2007). Quality of life in patients with psoriasis and psoriasis arthritis with a special focus on stigmatization experience. *Clinics in Dermatology*, 25(6):547-54.
- Schut, C., Mollanazar, N., Kupfer, J., Gieler, U., & Yosipovitch, G. (2016). Psychological Interventions in the Treatment of Chronic Itch. *Acta Dermato-Venereologica*, 96: 157–161.
- Schut, C., Weik, U., Tews, N., Gieler, U., Deinzer, R., & Kupfer, J. (2013). Psychophysiological effects of stress management in patients with atopic dermatitis: A randomized controlled trial. *Acta Dermato-Venereologica*, 93: 57–61.
- Silva, K. (2003). *Stress em pacientes com psoríase*. Trabalho de conclusão de curso não-publicado. São Paulo: Universidade Camilo Castelo Branco.
- Silva, K., & Silva, E. (2007). Psoríase e sua relação com aspectos psicológicos, stress e eventos da vida. *Estudos de Psicologia*, 24(2): 257-266.
- The All Party Parliamentary Group on Skin. (2013). *The Psychological and Social Impact of Skin Disease on People's Lives*. London.

Tuckman, A. (2017). The Potential Psychological Impact of Skin Conditions. *Dermatology and Therapy*, 7: 53–57.

Walker, C., & Papadopoulos, L. (2005). *Psychodermatology - The psychological impact of skin disorders*. New York: Cambridge University Press.

Tabelas

Tabela 1

Caracterização da amostra

Dados sociodemográficos				
		n	M	%
Idade		147	49.15	14.75
Género	Masculino	57		38.8
	Feminino	89		60.5
Frequência escolar	1 a 4	2		1.4
	5 a 6	3		2.0
	7 a 9	9		6.1
	10 a 12	34		23.1
	Curso médio	21		14.3
	Curso superior	77		52.4
Situação profissional	Desempregado	13		8.8
	Empregado	91		61.9
	Estudante	6		4.1
	Reformado	36		24.5
Estado Civil	Casado/União de facto	99		67.3
	Divorciado/Separado	5		3.4
	Solteiro	39		26.5
	Viúvo	3		2.0

Tabela 2

Caracterização dos comportamentos de saúde da amostra

Comportamentos de Saúde			
	n	M	%
Nº cigarros/dia	146	2.50	5.6
Nº cafés/dia	146	2.06	2.2
Nº bebidas alcoólicas/copo	146	.75	2.7
Nº horas exercício físico/semana	146	2.44	3.4
Nº horas permanência ao ar livre/dia	146	3.26	2.9
Nº horas sono/dia	146	7.03	1.0
Consumo <i>fast food</i> /semana	146	.48	.69

Tabela 3*Caracterização dos dados clínicos*

		Dados clínicos	
		n	%
Doença pele	Psoríase	147	100
Outras doenças	Sim	76	51.7
	Não	70	47.6
Quais Doenças?	Doenças respiratórias	15	18.8
	Doenças neurológicas	2	2.5
	Doenças osteoarticulares	38	47.5
	Depressão	10	12.5
	Ansiedade	19	23.8
	Doenças cardiovasculares	18	22.5
	Doenças renais	3	3.8
	Doenças metabólicas	2	2.5
	Outras	20	26.0
Membros da família com doença de pele	Sim	78	53.7
	Não	68	45.6
Gravidade doença	Grave	31	21.1
	Ligeira	42	28.6
	Moderada	73	49.7
Satisfação tratamento atual	Sim	101	68.7
	Não	45	30.6
Acompanhamento psiquiatra/psicólogo	Sim	14	9.5
	Não	132	89.8
Toma ansiolíticos ou antidepressivos	Sim	34	23.1
	Não	112	76.2
Alteração vida diária/dias	0-20	131	89.1
	21-40	6	4.1
	90-110	6	4.2
Negado acesso atividade profissional	Sim	21	14.3
	Não	125	85.0
Condicionar opção profissional	Sim	21	14.3
	Não	125	85.0
Alteração relacionamento família	Sim	38	25.9
	Não	108	73.5

Impacto vida social	Bastante	14	9.5
	Moderado	53	36.1
	Pouco	53	36.1
	Nenhum	26	17.7

Tabela 4

Questionário sobre cuidados em Dermatoses Crônicas

Questionário sobre cuidados em Dermatoses Crônicas			
		n	%
Importância da intervenção psicológica	Muito importante	45	30.6
	Importante	67	45.6
	Indiferente	18	12.2
	Pouco importante	11	7.5
	Nada importante	5	3.4
Existência instituições saúde públicas/privadas	Sim	36	24.5
	Não	110	74.8
Existência de intervenções psicológicas na doença	Sim	30	20.4
	Não	116	78.9
Experiência intervenção psicológica contexto da doença	Sim	5	3.4
	Não	78	53.1
Importância trabalho conjunto médico-psicólogo	Muito importante	42	28.6
	Importante	74	50.3
	Indiferente	16	10.9
	Pouco importante	10	6.8
	Nada importante	4	2.7
Áreas a trabalhar na intervenção psicológica	Aceitação doença	87	56.1
	Controlo <i>stress</i>	106	68.4
	Adesão tratamento	58	37.4
	Adaptação doença	81	52.3
	Regulação emocional	51	32.9
	Qualidade de vida	62	40
	Relações interpessoais	52	33.5
	Autoestima/autoimagem	116	74.8
	Relações intrapessoais	1	.6
	Assumir a doença	1	.6
	Acesso a tratamento biotecnológico	1	.6
Resultados positivos das intervenções	Muito importante	41	27.9
	Importante	87	59.2
	Indiferente	12	8.2

	Pouco importante	6	4.1
	Nada importante	0	0.0
Possibilidade em incluir uma intervenção psicológica	Sim	96	65.3
	Não	50	34.0

Tabela 5

Correlações entre a importância de uma intervenção psicológica, possibilidade de incluir uma intervenção e variáveis clínicas

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1.Importância intervenção Ψ													
2.Possibilidade incluir intervenção Ψ	.391**												
3. Doença pele	.120	.042											
4. Outras doenças	-.105	.001	-.011										
5. Outros membros família c/ doença pele	.181*	.031	.145	.079									
6. Gravidade	-.007	.251**	-.134	.190*	.019								
7.Satisfação tratamento	.028	-.200*	.113	.013	.100	-.050							
8.Acompanhamento Ψ	.136	.137	.124	.126	-.027	.035	-.085						
9.Toma medicação	.069	-.046	.072	.140	-.045	-.010	.017	.536**					
10.Negado acesso atividade profissional	.123	.255**	-.081	.159	.142	.349**	.020	-.067	.005				
11. Condição opção profissional	.066	.131	-.022	.159	.025	.405**	-.065	.065	.097	.333**			
12. Alteração relação família	.071	.132	-.137	.007	-.049	.308**	-.044	.072	.153	.113	.202*		

13. Impacto doença vida social	.166*	.389**	-.056	.099	-.012	.442**	-.168*	.072	.040	.267**	.465**	.400**	
14. Anos doença	-.157	-.198*	-.177*	.267**	.161	.126	.075	-.262**	-.238**	.074	.062	-.109	.050

** . A correlação é significativa no nível 0.01 (2 extremidades).

* . A correlação é significativa no nível 0.05 (2 extremidades).

Ψ – psicológica

Tabela 6

Correlações entre importância de uma intervenção psicológica, possibilidade de incluir uma intervenção e comportamentos de saúde

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8
1.Importância intervenção Ψ								
2.Possibilidade incluir intervenção Ψ	.391**							
3. N° cigarros/dia	.001	-.104						
4. N° café/dia	.038	-.083	.334**					
5. N° bebidas alcoólicas/copos	-.071	-.077	.025	-.001				
6. N° horas exercício físico/semana	-.093	-.017	.108	.065	.003			
7. N° Horas permanência ar livre/dia	-.167*	-.159	.129	.125	.045	.243**		
8. N° horas sono	.015	-.037	.041	-.185*	-.015	-.043	.063	
9. Fast food/semana	.224**	.168*	.123	-.064	-.062	-.011	-.028	-.048

** . A correlação é significativa no nível 0.01 (2 extremidades).

* . A correlação é significativa no nível 0.05 (2 extremidades).

Ψ - psicológica

Tabela 7

Correlações entre importância de uma intervenção psicológica, possibilidade de incluir uma intervenção e questionário cuidado doente dermatológico

Variáveis	1	2	3	4	5	6
1.Importância intervenção Ψ						
2.Possibilidade incluir intervenção Ψ	.391**					
3. Existência instituições saúde	.148	-.089				
4. Existência intervenções Ψ na doença	.101	-.097	.574**			
5. Experiência intervenção Ψ na doença	.133	.211	.119	.239*		
6. Trabalho conjunto Ψ e médico	.820**	.376**	.141	.146	.185	
7. Intervenções resultados positivos	.527**	.238**	.107	.154	.175	.616**

** . A correlação é significativa no nível 0.01 (2 extremidades).

* . A correlação é significativa no nível 0.05 (2 extremidades).

Ψ - psicológica

Tabela 8

Correlações entre importância de uma intervenção psicológica, a possibilidade de incluir uma intervenção e as variáveis demográficas

Variáveis	1	2	3	4	5	6
1.Importância intervenção Ψ						
2.Possibilidade incluir intervenção Ψ	.391**					
3. Género	-.387**	-.280**				
4. Idade	-.438**	-.370**	.318**			
5. Estado civil	.153	-.025	.050	-.124		
6. Frequência escolar	.196*	.009	-.132	-.249**	.130	
7. Situação profissional	-.290**	-.174*	.156	.312**	.237**	-.164*

** . A correlação é significativa no nível 0.01 (2 extremidades).

* . A correlação é significativa no nível 0.05 (2 extremidades).

Ψ – psicológica

Anexos

Anexo I

Questionário Sociodemográfico e Clínico

(Constante, D.; Teixeira, A.; & Almeida, V., 2018)

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

1. Nº de Identificação: _____	2. Género: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	3. Idade: _____ anos
4. Estado Civil: Solteiro <input type="checkbox"/> Casado/ União de Facto <input type="checkbox"/> Divorciado/Separado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/>		
5. Habilitações Literárias: Analfabeto <input type="checkbox"/> Lê / escreve <input type="checkbox"/>		
5.1. Frequência Escolar: 1 a 4 anos <input type="checkbox"/> 5 a 6 anos <input type="checkbox"/> 7 a 9 anos <input type="checkbox"/>		
10 a 12 anos <input type="checkbox"/> Curso médio <input type="checkbox"/> Curso superior <input type="checkbox"/>		
6. Profissão: _____		
7. Situação profissional: Empregado <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Reformado <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/>		
8. Zona residência: Distrito/Concelho _____		

DADOS CLÍNICOS

9. Que doença de pele possui? _____		
10. Primeiro diagnóstico para a sua doença de pele em _____		
11. Possui outras doenças para além da sua doença de pele: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Quais?		
Doenças Respiratórias <input type="checkbox"/>	Doenças Neurológicas <input type="checkbox"/>	Doenças <u>Osteo-articulares</u> <input type="checkbox"/>
Depressão <input type="checkbox"/>	Ansiedade <input type="checkbox"/>	Doenças Cardiovasculares <input type="checkbox"/>
Doenças Renais <input type="checkbox"/>	Surdez <input type="checkbox"/>	Doenças Metabólicas <input type="checkbox"/>
Cegueira <input type="checkbox"/>		
Outras _____		
12. Existem outros membros na família com doenças de pele? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>		
Quais? _____		
13. Considera a sua doença: Ligeira <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/>		
14. Está satisfeito com o seu tratamento atual? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		

COMPORTAMENTOS DE SAÚDE (ÚLTIMA SEMANA)

15. Nº de cigarros por dia: _____
16. Nº de cafés por dia: _____
17. Quantidade de bebidas alcoólicas por dia (nº copos): _____
18. Nº de horas de exercício físico por semana: _____
19. Em média, nº de horas de permanência ao ar livre por dia: _____
20. Em média, nº de horas de sono por dia: _____
21. Quantas vezes por semana consome "fast food" _____

OUTROS DADOS

22. É acompanhado por psicólogo/psiquiatra? Não
- Sim Início das consultas? > 6 meses < 6 meses
- Número de consultas/ano _____
23. Toma ansiolíticos ou antidepressivos? Sim Não
24. Em média quantos dias alterou a sua atividade diária por causa desta doença/sintomas (últimos 6 meses)? _____ Não alterou
25. Alguma vez lhe foi negado o acesso a alguma atividade profissional ou atividade de lazer por causa da sua doença de pele? Sim Não
26. A doença condicionou a sua opção profissional? Sim Não
27. Considera que a doença altera o seu relacionamento com a família/cônjuge? Sim Não
28. Qual o impacto da doença na sua vida social? Nenhum Pouco Moderado Bastante

Anexo II

Questionário sobre Cuidados em Dermatoses Crónicas

(Constante, D.; Teixeira, A.; & Almeida, V., 2018)

Este questionário destina-se à avaliação da perceção da importância e disponibilidade da intervenção psicológica no cuidado das dermatoses crónicas, em **doentes dermatológicos crónicos**.

Declaro que concordo participar no estudo "Avaliação da perceção e disponibilidade acerca da importância da intervenção psicológica no cuidado do doente dermatológico". Estou ciente que os dados recolhidos neste estudo serão registados e poderão ser divulgados em publicações de natureza científica ou académica, sendo contudo, mantido o anonimato dos mesmos.

Sim

Não

1. Do seu ponto de vista, qual o grau de importância de uma intervenção psicológica no cuidado da sua doença de pele?

Muito importante

Importante

Indiferente

Pouco importante

Nada importante

2. Conhece a existência de instituições de saúde, privadas ou públicas, com resposta ao acompanhamento psicológico no cuidado da sua doença de pele?

Sim

Não

3. Conhece a existência de intervenções psicológicas no cuidado da sua doença de pele?

Sim

Não

3.1. Se sim: já teve alguma experiência de intervenção psicológica neste contexto?

Sim

Não

4. Considera importante o trabalho conjunto entre o médico e o psicólogo de modo a melhorar o cuidado da sua doença de pele?

Muito importante

Importante

Indiferente

Pouco importante

Nada importante

5. Do seu ponto de vista, quais as principais áreas que devem ser trabalhadas na intervenção psicológica de doentes com doenças crónicas da pele? (Pode escolher mais que uma opção.)

Aceitação da doença Controlo do *stress* Adesão ao tratamento

Adaptação à doença Regulação emocional Qualidade de vida

Relações intrapessoais Autoestima/ Autoimagem

Outras

6. Na sua opinião, acredita que intervenções têm resultados positivos nos doentes?

Muito importante

Importante

Indiferente

Pouco importante

Nada importante

7. Caso existisse a possibilidade de incluir uma intervenção psicológica no cuidado da sua doença de pele, estaria interessado em ser integrado?

Sim

Não

8. Na sua opinião, o que pode ser melhorado no cuidado da doença?

Obrigado pela sua colaboração!

Flexibilidade Psicológica, Qualidade de Vida e Imagem Corporal no Doente Dermatológico

Constante, D.,¹ Teixeira, A.,^{1,2} Rocha, J.,¹ & Almeida, V.^{1,2,a}

¹CESPU, Instituto de Investigação e Formação Avançada em Ciências e Tecnologias da Saúde, Rua Central de Gandra, 1317, 4585-116 Gandra PRD, Portugal.

²UCIBIO, REQUIMTE, Laboratório de Tecnologia Farmacêutica, Faculdade de Farmácia, Universidade do Porto, Rua de Jorge Viterbo Ferreira, 228, 4050-313 Porto, Portugal

^a vera.almeida@iucs.cespu.pt

Resumo

A psoríase é uma doença inflamatória, crónica, com elevada prevalência na população portuguesa e com repercussões negativas físicas e psicológicas.

Este estudo tem como objetivo avaliar a importância das variáveis de autocompaixão, aceitação da doença e flexibilidade psicológica na qualidade de vida e na imagem corporal do doente dermatológico. À amostra constituída por 75 indivíduos com diagnóstico de psoríase, foi administrado um Questionário Sociodemográfico e Clínico, a Escala de Autocompaixão, o *Cognitive Fusion Questionnaire – Body Image* (CFQ-BI), o *Acceptance and Action Questionnaire – II* (AAQ-II) e o Psoriasis Disability Index (PDI). Recorreu-se ao teste t para uma amostra, ao teste do coeficiente de correlação de Pearson e à regressão linear múltipla com o método *stepwise*.

Os resultados demonstram associações entre a qualidade de vida e imagem corporal com as variáveis clínicas e de *mindfulness*. As variáveis de aceitação da doença e flexibilidade psicológica e o autojulgamento predizem 34.1% da qualidade de vida. Por outro lado, a sobre-identificação e autobondade predizem 43.4% da imagem corporal.

Palavras-chave: Psoríase, Qualidade de Vida, Imagem Corporal, Flexibilidade Psicológica.

Abstract

Psoriasis is an inflammatory, chronic disease with high prevalence in the Portuguese population, with negative physical and psychological repercussions.

This study aims to evaluate the importance of the variables of self-compassion, acceptance of the disease and psychological flexibility in the quality of life and in the body image of the dermatological patient. To the sample of 75 individuals diagnosed with psoriasis were administered a Sociodemographic and Clinical Questionnaire, the Self-Compassion Scale, the Cognitive Fusion Questionnaire – Body Image (CFQ-BI), the Acceptance and Action Questionnaire – II (AAQ-II) and the Psoriasis Disability Index (PDI). We used the t-test for one sample, the Pearson correlation coefficient test and the multiple linear regression with the stepwise method.

The results demonstrate associations between quality of life and body image with clinical and mindfulness variables. The variables of disease acceptance and psychological flexibility and the self-judgment predict 34.1% of quality of life. On the other hand, the over-identification and self-kindness predict 43.4% of body image.

Keywords: Psoriasis, Quality of Life, Body Image, Psychological Flexibility.

Introdução

A psoríase é uma doença crónica, imunomediada, que resulta na hiperproliferação de queranócitos. A condição é caracterizada por eritema e manchas escamosas no corpo, com repercussões negativas físicas e psicológicas. (Patel *et al.*, 2017). A etiologia ainda permanece desconhecida, no entanto, esta condição é geneticamente determinada e envolve alterações no funcionamento do sistema imunitário, que provoca inflamação e aumento da velocidade de renovação das células da epiderme. A descamação surge quando os queranócitos atingem a superfície cutânea em apenas 5 a 7 dias em vez dos normais 28 dias. Contudo, há fatores externos que podem desencadear ou agravar a psoríase como o *stress*, infeções, medicamentos (carbonato de lítio, anti-inflamatórios não esteróides e beta-bloqueadores), bem como o consumo de álcool e tabaco (Apifarma, 2010). Afeta 1 a 3% dos indivíduos na população, com a mesma incidência para homens e mulheres, pelo que se calcula que existam entre 150 a 200 mil doentes com psoríase em Portugal. Embora possa aparecer em qualquer idade, é mais frequente em adultos, entre a 2^a e a 3^a década de vida nas formas com tendência familiar, ou entre a 5^a e 6^a década de vida nas formas não familiares (Apifarma, 2010). Quanto mais cedo ocorrer a doença, pior o prognóstico (Silva & Silva, 2007).

Nesta doença vários estudos relatam um aumento dos riscos de ansiedade, depressão e ideação suicida nos pacientes (Tuckman, 2017; Barankin & DeKoven, 2002; Hong, Koo, & Koo, 2008; Lee, Park, Kwon, Kim, & Kim, 2010). A rejeição social também está inerente à doença com consequências negativas nos relacionamentos interpessoais (Hong, Koo, & Koo, 2008), na imagem corporal e autoestima do portador (Lee, Park, Kwon, Kim, & Kim, 2010). Em alguns casos, a gravidade clínica da doença não reflete o impacto da mesma na vida do doente, seja nos domínios pessoal, social ou laboral. Até há pouco tempo, a gravidade da psoríase era geralmente medida com base na extensão da área envolvida e nas características clínicas da pele (Darjani *et al.*, 2014). No entanto, atualmente, está provado que existem um conjunto de outros fatores, tanto físicos como psicológicos (Langley, Krueger, & Griffiths, 2005), que podem influenciar o impacto da psoríase, como a localização das lesões e a atitude do doente. A perceção que o doente tem da sua condição influencia a forma como este encara a doença e consequentemente o impacto que esta pode vir a ter (Fernandes, 2010). Apesar disso, o impacto da psoríase na qualidade de vida do doente está bem documentado

(Schmid-Ott, Schallmayer, & Calliess, 2007). Segundo Korte, Sprangers, Mombers, & Bos (2004), quanto mais grave for a condição pior é a qualidade de vida. De notar que a qualidade de vida pode funcionar como um meio de avaliação de uma intervenção psicológica, uma vez que o “sucesso” do tratamento pode ser medido, entre outras variáveis, pela melhoria da qualidade de vida (Langley, Krueger, & Griffiths, 2005).

A imagem corporal é um conceito que inclui as percepções subjetivas do indivíduo formadas pelos seus sentimentos e crenças relacionadas com o próprio corpo (Nazik, Nazik, & Gul, 2017). Uma vez que a psoríase manifesta-se com o aparecimento de lesões cutâneas, uma alteração negativa na imagem corporal do paciente pode causar um impacto psicossocial negativo resultando num aumento da cobertura corporal, em inibição sexual e na redução da exposição física (Khoury, Danielsen, & Skiveren, 2013). Vários estudos de caso relatam as dificuldades dos pacientes psoriáticos com a imagem corporal. No entanto, é comum em todos que as lesões, dependendo da visibilidade, aparência e localização, podem ser estigmatizantes para os pacientes, levando a uma baixa autoestima e percepção negativa da sua imagem corporal (Nair & Riaz, 2018).

A fusão cognitiva é um conceito chave na Terapia de Aceitação e Ação (ACT) e é descrita como tendência para o indivíduo se envolver, por exemplo, nos seus pensamentos e consequentemente responder a eles como se fossem literalmente verdadeiros, sem acontecer uma interpretação na realidade. Desta perspetiva, os comportamentos e a experiência tornam-se predominantemente regulados e dominados pela cognição, e não pela experiência anterior ou consequências diretas. A fusão cognitiva relacionada com a imagem corporal avalia até que ponto os indivíduos se fundem com as suas cognições relativas à imagem corporal (Ferreira, Trindade, Duarte, & Pinto-Gouveia, 2014).

O evitamento experiencial é definido como a falta de vontade em estar em contacto com pensamentos, memórias, sentimentos e sensações fisiológicas avaliados negativamente. Demonstra-se como uma estratégia efetiva de curto prazo que produz um alívio imediato das experiências emocionais intensas, no entanto, o uso a longo prazo revela-se negativo, uma vez que interfere na capacidade de manter ou modificar um comportamento em função de um objetivo (Pinto-Gouveia, Gregório, Dinis, & Xavier, 2012). A flexibilidade psicológica é explicada como a capacidade do indivíduo experienciar o momento presente conscientemente, mudando ou persistindo com um

comportamento em função de contingências contextuais e objetivos (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006).

A autocompaixão envolve sentimentos de cuidado e bondade para com o próprio indivíduo diante do sofrimento pessoal. Rege-se por três componentes básicos: a autobondade, entendida como a capacidade do indivíduo ser amável, gentil e compreensível para consigo próprio, em vez de ser demasiado crítico e punitivo; a condição humana, que expressa a tentativa de entender as próprias experiências como parte de uma experiência humana maior; e o *mindfulness*, que se refere a uma consciência do momento, sem julgar emoções, pensamentos ou sensações. Vários estudos destacaram as associações entre autocompaixão e bem-estar psicológico em vários domínios, como o afeto, padrões cognitivos e relações sociais (Castilho, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2015). Há evidências de que intervenções que aumentam a autocompaixão podem contribuir para mudanças positivas nesses domínios e que uma baixa autocompaixão está associada a um maior afeto negativo e menos afeto positivo face a eventos reais, imaginados ou lembrados (Neff & Vonk, 2009; Leary, Tate, Adams, Allen, & Hancock, 2007).

Todas estas variáveis são importantes para entender como o doente dermatológico lida com a doença, como a aceita e principalmente como esta influencia a sua qualidade de vida nos vários domínios (pessoal, social e laboral) e a forma como se vê tanto cognitiva como fisicamente.

Objetivos

Este estudo visa avaliar a importância das variáveis de autocompaixão, aceitação da doença e flexibilidade psicológica na qualidade de vida e na imagem corporal do doente dermatológico.

Desenho do Estudo

Através de um estudo correlacional e preditivo foi avaliada a importância das variáveis de autocompaixão, aceitação da doença e flexibilidade psicológica na qualidade de vida e na imagem corporal do doente dermatológico e o valor preditivo das variáveis de *mindfulness* e da doença na imagem corporal e na qualidade de vida.

Participantes

Seleção da Amostra

A seleção da amostra teve como finalidade obter uma amostra representativa da população portuguesa de doentes com dermatoses crónicas, especialmente com diagnóstico de psoríase. Para esse fim, os participantes foram recrutados através da divulgação do estudo pela Associação Portuguesa de Psoríase (PSOPortugal). Foram usados como critérios de inclusão indivíduos adultos com o diagnóstico de psoríase e escolarizados.

Caracterização da Amostra

A amostra constituída por 75 indivíduos, 52.0% do género masculino e 48.0% do género feminino, tem com idades compreendidas entre os 18 e os 78 anos (M=54.99; DP=13.72). Uma grande percentagem da amostra é casada/vive em união de facto (76.0%) e encontra-se empregada (57.3%). A amostra é representativa da população portuguesa com participantes de todas as regiões do país e com profissões distintas.

Mais de 40% dos participantes revela ter outras doenças, sendo dominantes as doenças osteoarticulares (55.9%). Mais de metade dos inquiridos (58.7%) classifica a gravidade da doença como moderada, 22.7% como ligeira e 18.7% como grave. Cerca de 30.7% da amostra não está satisfeita com o tratamento atual e apenas 6.7% é acompanhado por um psiquiatra/psicólogo. Já 13.3% dos inquiridos revelam ter-lhes sido negado o acesso a uma atividade profissional e 10.7% condicionou a sua escolha profissional por possuir uma doença dermatológica. O impacto na vida social foi elevado para 9.3% dos casos, moderado para 22.7%, pouco para 50.7% e nenhum para 17.3% da amostra.

(Tabelas 1 e 2)

Instrumentos

O Questionário Sociodemográfico e Clínico foi contruído com o objetivo de caracterizar a amostra. Para isso, foram discutidas as informações pertinentes para o estudo com base na revisão bibliográfica sobre o tema. Foram elaboradas as questões,

com o apoio da equipa de investigação, tendo em conta a compreensão das mesmas e os conhecimentos exigidos aos participantes. Procedeu-se à avaliação pelos investigadores da relevância de cada um dos itens produzidos e foram tomadas decisões sobre a sequência e disposição das questões. Foi aplicado o pré-teste a seis doentes com diagnóstico de psoríase. Ao utilizar o pré-teste, foram corrigidos erros ou problemas de escrita e compreensão. O questionário contém perguntas para obter informações sociodemográficas, sobre a situação da doença, o estilo de vida e os comportamentos de saúde dos participantes (Anexo I).

O CFQ-BI (*Cognitive Fusion Questionnaire – Body Image*) (Gillanders *et al.*, 2014) avalia até que ponto os indivíduos se “fundem” com as suas cognições relativas à sua imagem corporal. É constituído por 10 itens numa escala tipo *Likert* de 7 pontos em que 1 corresponde a “nunca verdadeiro” e 7 a “sempre verdadeiro”, num total de 70 pontos. A versão portuguesa foi traduzida e validada por Ferreira, Trindade, Duarte & Pinto-Gouveia (2015) com uma consistência interna muito boa ($\alpha = .96$), convergente, divergente e temporal.

O PDI (Índice de Incapacidade Provocado pela Psoríase) (Finlay & Kelly, 1987) avalia o impacto da psoríase na vida dos pacientes. É constituído por 15 itens divididos em 5 subescalas: atividades quotidianas, trabalho/escola ou perguntas alternativas, relacionamentos pessoais, atividades de lazer e tratamento. A pontuação de cada questão é dada numa série de 4 respostas, nada (0), ligeiramente (1), bastante (2) e muito (3), com um mínimo de 0 pontos e máximo de 45 pontos. Quanto mais elevada a pontuação maior a incapacidade. O questionário é autoadministrado, tendo como baliza temporal, quatro semanas precedentes ao preenchimento do mesmo. A versão portuguesa foi validada por Fernandes (2010), com um bom nível de consistência interna, ($\alpha = .89$).

A Escala de Autocompaixão (Neff, 2003), como o próprio nome indica, avalia a autocompaixão. É composta por 26 itens e visa medir os três componentes básicos da autocompaixão: autobondade, condição humana e *mindfulness*. É dividida em 6 subescalas: autobondade, autojulgamento, condição humana, *mindfulness*, isolamento e sobre-identificação. Os itens são cotados numa escala tipo *Likert* de 5 pontos onde o 1 corresponde a “quase nunca” e o 5 “quase sempre”, num total de 130 pontos. A cotação é feita através do somatório da pontuação de todos os itens, tendo em atenção que a pontuação de alguns itens tem de ser recodificada. As pontuações mais elevadas

significam mais autocompaixão. A versão portuguesa foi traduzida e validada por Castilho, Pinto-Gouveia & Duarte (2015) com muito boa consistência interna ($\alpha = .92$).

O AAQ-II (*Acceptance and Action Questionnaire – II*) (Bond *et al.*, 2011) é um questionário que avalia a flexibilidade psicológica e evitamento experiencial. Consiste numa escala de 7 itens do tipo *Likert* que varia de 1 “nunca verdadeiro” a 7 “sempre verdadeiro” num total de 49 pontos. A cotação obtém-se através do somatório da pontuação dos itens, sendo que pontuações maiores indicam maior rigidez psicológica ou evitamento experiencial. A versão portuguesa foi traduzida e adaptada por Pinto-Gouveia, Gregório, Dinis, & Xavier (2012), com um nível muito bom de consistência interna ($\alpha = .90$).

Procedimentos

Recolha de dados

A amostra foi obtida com a colaboração da Associação Portuguesa da Psoríase (PSO Portugal) que efetuou a divulgação do estudo junto dos associados através do correio eletrónico. Os participantes foram selecionados tendo em conta os critérios de inclusão, sendo que a recolha de dados e aplicação dos instrumentos ocorreu durante o mês de Dezembro de 2018 de forma autoadministrada. De modo a garantir os aspetos éticos, foram explicados os objetivos do estudo e o carácter voluntário e confidencial da participação no mesmo. Foi ainda apresentado um consentimento informado que requeria a aceitação e preenchimento do mesmo por parte dos participantes.

Análise dos dados

Após a recolha dos dados, a análise dos mesmos foi efetuada no *software* IBM SPSS[®] (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 25.0. Foi utilizada uma análise do tipo descritivo para determinar as variáveis em estudo através da exibição de tabelas de frequência e percentagem, média e desvio padrão. Recorreu-se ao teste t para uma amostra e ao teste do coeficiente de correlação de Pearson para verificar se há correlações entre as variáveis. Foi ainda realizada uma regressão linear múltipla, com o método *stepwise*, com o objetivo de verificar o valor preditivo das variáveis em estudo.

Resultados

Valores médios das escalas psicológicas

Foram comparados os dados normativos das pontuações totais das escalas CFQ-BI, PDI, AAQ-II e Escala de Autocompaixão transcritos nos artigos de validação para a população portuguesa com os valores obtidos no presente estudo. Os resultados demonstram diferenças estatisticamente significativas entre as pontuações do CFQ-BI ($p=.00$), Escala de Autocompaixão ($p=.00$) e PDI ($p=.00$) com as pontuações do atual artigo. O AAQ-II não demonstra uma diferença estatisticamente significativa ($p=.77$).

(tabela 3)

Correlações entre as variáveis demográficas, de doença e de mindfulness

De modo a verificar as correlações significativas existentes entre as variáveis demográficas, clínicas, da doença e de *mindfulness* recorreu-se ao teste do coeficiente de correlação de Pearson. Inicialmente não foram encontradas correlações significativas das variáveis demográficas com as variáveis de doença (PDI e CFQ-BI) e de *mindfulness* (AAQ-II e Escala Autocompaixão).

Correlações entre as variáveis clínicas, qualidade de vida e imagem corporal

De acordo com a tabela 4, a qualidade de vida (PDI) é correlacionada positivamente com o impacto da doença na vida social ($r=.687$), o condicionamento da opção profissional ($r=.573$), a alteração do relacionamento com a família ($r=.529$), a negação do acesso a uma atividade profissional ($r=.386$) e a gravidade da doença ($r=.247$). A imagem corporal (CFQ-BI) é correlacionada positivamente com o impacto da doença na vida social ($r=.645$), a alteração do relacionamento com a família ($r=.508$), o condicionamento da opção profissional ($r=.450$), o acompanhamento por um psicólogo/psiquiatra ($r=.388$) e a gravidade da doença ($r=.269$).

(Tabela 4)

Correlações entre as variáveis da doença e de mindfulness

A tabela 5 revela correlações entre as variáveis da doença e de *mindfulness*. A imagem corporal correlaciona-se negativamente com a autocompaixão ($r=-.615$) e positivamente com a aceitação da doença e flexibilidade psicológica ($r=.540$). A qualidade de vida correlaciona-se positivamente com aceitação da doença e flexibilidade psicológica ($r=.521$) e negativamente com a autocompaixão ($r=-.491$).

(Tabela 5)

Correlações entre subescalas da escala de Autocompaixão, qualidade de vida e imagem corporal

De acordo com a tabela 6, a qualidade de vida e a imagem corporal correlacionam-se significativamente com todas as subescalas da escala da Autocompaixão, exceto com a subescala da condição Humana.

(Tabela 6)

Correlações entre variáveis clínicas, flexibilidade psicológica, aceitação da doença e autocompaixão

Como se verifica na tabela 7, a aceitação da doença e flexibilidade psicológica (AAQ-II) correlaciona-se positiva e significativamente com a alteração do relacionamento com a família ($r=.490$), o impacto da doença na vida social ($r=.432$), o acompanhamento por um psicólogo/psiquiatra ($r=.367$) e a toma de ansiolíticos ou antidepressivos ($r=.252$). A autocompaixão correlaciona-se negativa e significativamente com a alteração do relacionamento com a família ($r=-.483$), o acompanhamento por um psicólogo/psiquiatra ($r=-.416$), o impacto da doença na vida social ($r=-.329$) e a toma de ansiolíticos ou antidepressivos ($r=-.309$).

(Tabela 7)

Correlações entre subescalas da escala de qualidade de vida,, flexibilidade psicológica, aceitação da doença e autocompaixão

Relativamente às correlações entre subescalas da escala do PDI com o AAQ-II e Escala de Autocompaixão, a aceitação da doença e flexibilidade psicológica e a autocompaixão correlacionam-se significativamente com todas as subescalas da escala do PDI, exceto a subescala do tratamento.

(Tabela 8)

Predição da imagem corporal e da qualidade de vida

Foi realizada uma regressão linear múltipla, com o método *stepwise*, com o objetivo de verificar o valor preditivo das variáveis de *mindfulness* e da doença na imagem corporal e na qualidade de vida. Os resultados demonstraram que as variáveis de aceitação da doença, flexibilidade psicológica e autojulgamento predizem 34.1% da qualidade de vida. Por outro lado, as variáveis sobre-identificação e autobondade predizem 43.4% da imagem corporal.

(Tabela 9)

Discussão/Conclusão

Uma das variáveis mais prejudicadas no doente dermatológico é a qualidade de vida, com um impacto negativo semelhante a outras doenças crônicas, como a doença cardíaca isquémica e diabetes (Langley, Krueger, & Griffiths, 2005). De facto, de acordo com o presente estudo, níveis mais baixos de qualidade de vida refletem um maior impacto na vida social do doente, na alteração da sua relação com a família e no acesso a uma atividade profissional. Tal como o estudo de Korte, Sprangers, Mombers, & Bos (2004), quanto maior a gravidade da doença, pior é a qualidade de vida do doente. Um indivíduo com pior qualidade de vida apresenta menor flexibilidade psicológica e aceitação da doença e menos autocompaixão.

Um paciente psoriático com uma perceção negativa da imagem corporal tem um maior impacto negativo na sua vida social, alteração da relação familiar e na escolha da opção profissional. Estes resultados são corroborados pelo estudo de Khoury, Danielsen, & Skiveren (2013). Os doentes dermatológicos com uma autoimagem corporal negativa são mais propensos a frequentar um acompanhamento psiquiátrico. De acordo com os presentes resultados, um doente dermatológico com uma imagem corporal negativa apresenta menor flexibilidade psicológica e aceitação da doença e menos autocompaixão, resultados que vão de encontro ao estudo de Nair & Riaz (2018). Este estudo revela que um indivíduo com uma perceção negativa da imagem corporal tem uma baixa autoestima e, conseqüentemente, diminuição dos sentimentos de autocompaixão. Quanto maior a gravidade da doença, pior é a perceção corporal do doente.

De acordo com os resultados, um doente com pouca flexibilidade psicológica revela uma alteração do relacionamento com a família, maior impacto da doença na vida social, maior propensão para frequentar um acompanhamento psiquiátrico e para toma de ansiolíticos ou antidepressivos. O estudo de Hayes e colaboradores (2006) encontrou correlações entre a evitação experiencial, eventos traumáticos e qualidade de vida com a flexibilidade psicológica e aceitação da doença. Em contrapartida, menor autocompaixão por parte do doente leva a uma alteração do relacionamento familiar, do impacto da doença na vida social e maior tendência para um acompanhamento psiquiátrico e toma de ansiolíticos ou antidepressivos.

Conclui-se que a qualidade de vida é predita pela aceitação que o doente tem da doença, pela sua flexibilidade psicológica e pela capacidade que o indivíduo tem de

julgar as suas próprias ações. Por outro lado, a imagem corporal é predita pela autobondade, ou seja, pela capacidade para ser amável e compreensível para consigo próprio e pelo facto do indivíduo se envolver (ou não) exageradamente nos aspetos negativos de si mesmo ou da experiência de vida. Com estes resultados demonstra-se a importância que estas variáveis exercem na qualidade de vida e na imagem corporal do paciente.

A intervenção psicológica pode ser um aliado para o doente se autocompreender, nas suas crenças e emoções e sobretudo na forma como se vê e aceita. Estes aspetos são importantes, como concluído neste estudo, para determinar a qualidade de vida e a perceção da imagem corporal.

Bibliografia

- Apifarma. (2010). Obtido de <http://www.apifarma.pt/publicacoes/factsheetsAD/Documents/Ficha%20Dia%20mundial%20Psoriase%20final.pdf>
- Branco, M., Nogueira, P., & Conteiros, T. (2005). *Uma observação sobre a prevalência de algumas doenças crónicas em Portugal Continental*. Lisboa: Saúde Md.
- Bond, F., Hayes, S., Baer, R., Carpenter, K., Guenole, N., Orcutt, H., & Waltz, T. Z. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological flexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42: 676-688.
- Castilho, P., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, J. (2015). Evaluating the Multifactor Structure of the Long and Short Versions of the Self-Compassion Scale in a Clinical Sample. *Journal of clinical psychology*, 71(9): 1–15.
- Darjani, A., Heidarzadeh, A., Golchai, J., Sadr-Eshkevari, S., Alizadeh, N., Arami, M., & Nichhah, N. (2014). Quality of Life in Psoriatic Patients: A Study Using the Short Form-36. *International Journal of Preventive Medicine*, 5(9): 1146–1152.
- Fernandes, B. (2010). *Qualidade de Vida nos Doentes com Psoríase- Criação da Versão Portuguesa do Psoriasis Disability Index*. Coimbra: Dissertação de Mestrado. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Ferreira, C., Trindade, I. A., Duarte, C., & Pinto-Gouveia, J. (2014). Getting entangled with body image: Development and validation of a new measure. *The British Psychological Society*. 88(3): 304-16.
- Finlay, A., & Kelly, S. (1987). Psoriasis – an index of disability. *Clinical and Experimental Dermatology*, 12: 8-11.
- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., . . . Remington, B. (2014). The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. *Behavior Therapy*, 45: 83–101.

- Hayes, S., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, Process and Outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44: 1-25.
- Hong, J., Koo, B., & Koo, J. (2008). The psychosocial and occupational impact of chronic skin disease. *Dermatologic Therapy*, 21(1): 54-59.
- Khoury, L. R., Danielsen, P. L., & Skiveren, J. (2013). Body image altered by psoriasis. A study based on individual interviews and a model for body image. *Journal of Dermatological Treatment*, 25(1): 2-7.
- Korte, J., Sprangers, M., Mombers, F. M., & Bos, J. (2004). Quality of Life in Patients with Psoriasis: A Systematic Literature Review. *Journal of Investigative Dermatology Symposium Proceedings*, 9: 140-147.
- Langley, R., Krueger, G., & Griffiths, C. (2005). Psoriasis: epidemiology, clinical features, and quality of life. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 64: 18-23.
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Allen, A. B., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Personality Processes and Individual Differences*, 92(5): 887-904.
- Lee, Y. W., Park, E. J., Kwon, I. H., Kim, K. H., & Kim, K. J. (2010). Impact of Psoriasis on Quality of Life: Relationship between Clinical Response to Therapy and Change in Health-related Quality of Life. *Annals of Dermatology*, 22(4): 389-396.
- Nair, S., & Riaz, O. (2018). Psoriasis and Its Correlation with Depression and Body Image: Case Report. *Clinical Oncology*, 3: 1514.
- Nazik, H., Nazik, S., & Gul, F. (2017). Body image, self-esteem, and quality of life in patients with psoriasis. *Indian Dermatology Online Journal*, 8(5): 343-346.
- Neff, K. D. (2003). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2: 223-250.
- Neff, K. D., & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality*, 77: 23-50.

- Patel, N., Nadkarni, A., Cardwell, L., Vera, N., Frey, C., Patel, N., & Feldman, S. (2017). Psoriasis, Depression, and Inflammatory Overlap: A Review. *American Journal of Clinical Dermatology*, 18(5): 613-620.
- Pinto-Gouveia, J., Gregório, S., Dinis, A., & Xavier, A. (2012). Experiential Avoidance in Clinical and Non-Clinical Samples: AAQ-II Portuguese Version. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 12 (2):139-156.
- Schmid-Ott, G., Schallmayer, S., & Calliess, I. (2007). Quality of life in patients with psoriasis and psoriasis arthritis with a special focus on stigmatization experience. *Clinics in Dermatology*, 25(6): 547-54.
- Silva, K., & Silva, E. (2007). Psoríase e sua relação com aspectos psicológicos, stress e eventos da vida. *Estudos de Psicologia*, 24(2): 257-266.

Tabelas

Tabela 1

Caracterização da amostra

		Dados sociodemográficos		
		n	M	%
Idade		75	54.99	13.72
Género	Masculino	39		52.0
	Feminino	36		48.0
Frequência escolar	1 a 4	4		5.3
	5 a 6	0		0
	7 a 9	3		4.0
	10 a 12	19		25.3
	Curso médio	14		18.7
	Curso superior	35		46.7
Situação profissional	Desempregado	2		2.7
	Empregado	43		57.3
	Estudante	3		4.0
	Reformado	27		36.0
Estado Civil	Casado/União de facto	57		76.0
	Divorciado/Separado	7		9.3
	Solteiro	9		12.0
	Viúvo	2		2.7

Tabela 2

Caracterização das variáveis clínicas

		Dados clínicos	
		n	%
Doença pele	Psoríase	75	100
Outras doenças	Sim	33	44.0
	Não	42	56.0
Quais	Doenças respiratórias	10	29.4
	Doenças neurológicas	1	2.9
	Doenças osteoarticulares	19	55.9
	Depressão	6	17.6
	Ansiedade	8	23.5
	Doenças cardiovasculares	11	32.4
	Doenças renais	2	5.9
	Doenças metabólicas	2	5.9

	Surdez	1	2.9
	Cegueira	1	2.9
Membros da família com doença de pele	Sim	32	42.7
	Não	43	57.3
Quais	Psoríase	28	37.3
	Eczema	2	2.7
	Alergias	1	1.3
	Vitiligo	1	1.3
Gravidade doença	Grave	14	18.7
	Ligeira	17	22.7
	Moderada	44	58.7
Satisfação tratamento atual	Sim	52	69.3
	Não	23	30.7
Acompanhamento psiquiatra/psicólogo	Sim	5	6.7
	Não	70	93.3
Toma ansiolíticos ou antidepressivos	Sim	20	26.7
	Não	55	73.3
Alteração vida diária/dias	0-20	73	97.3
	21-79	0	0
	80-120	2	2.6
Negado acesso atividade profissional	Sim	10	13.3
	Não	65	86.7
Condicionar opção profissional	Sim	8	10.7
	Não	67	89.3
Alteração relacionamento família	Sim	13	17.3
	Não	62	82.7
Impacto vida social	Bastante	7	9.3
	Moderado	17	22.7
	Pouco	38	50.7
	Nenhum	13	17.3

Tabela 3*Teste t para uma amostra – pontuações totais das escalas*

Escalas	Artigo Original		Artigo Atual		t	df	p
	M	DP	M	DP			
CFQ-BI	51.74	12.12	28.15	13.90	-14.71	74	.00
Autocompaixão	60.25	15.79	84.51	15.83	13.27	74	.00
PDI	21.00	16.00	8.44	7.32	-14.85	74	.00
AAQ-II	33.47	9.46	33.19	8.21	-.30	74	.77

Tabela 4*Correlações entre variáveis clínicas, PDI e CFQ-BI*

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Anos com a doença										
2. Gravidade doença	.075									
3. Satisfação tratamento	.140	.004								
4. Acompanhamento saúde mental	.022	.183	.178							
5. Toma medicação psiquiatria	-.083	.273*	.009	.443**						
6. Negação atividade profissional	.037	.024	.006	.052	.030					
7. Condicionar opção profissional	.100	.156	-.051	.081	.085	.373**				
8. Alterar relação família	-.158	.083	-.001	.160	.281*	.338**	.298**			
9. Impacto vida social	.115	.460**	-.051	.240*	.221	.352**	.515**	.328**		
10. PDI	.113	.247*	-.047	.190	.200	.386**	.573**	.529**	.687**	
11. CFQ-BI	.071	.269*	-.148	.388**	.219	.206	.450**	.508**	.645**	.764**

*. A correlação é significativa no nível .05 (2 extremidades)

** . A correlação é significativa no nível .01 (2 extremidades).

Tabela 5*Correlações entre variáveis de mindfulness e variáveis da doença*

Variáveis	1	2	3
1. CFQ-BI			
2. AAQ-II	.540**		
3. Escala Autocompaixão	-.615**	-.590**	
4. PDI	.764**	.521**	-.491**

** . A correlação é significativa no nível .01 (2 extremidades).

Tabela 6*Correlações entre subescalas da escala de Autocompaixão, PDI e CFQ-BI*

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7
1. Autobondade							
2. Autojulgamento	.292*						
3. Condição Humana	.657**	.034					
4. Isolamento	.261*	.773**	.133				
5. Mindfulness	.737**	.214	.622**	.370**			
6. Sobre-Identificação	.282*	.825**	.043	.864**	.379**		
7. PDI	-.353**	-.504**	-.058	-.440**	-.242*	-.510**	
8. CFQ-BI	-.417**	-.570**	-.194	-.532**	-.341**	-.607**	.764**

*. A correlação é significativa no nível .05 (2 extremidades)

** . A correlação é significativa no nível .01 (2 extremidades).

Tabela 7*Correlações entre variáveis clínicas, AAQ-II e Escala de Autocompaixão*

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Anos com a doença										
2. Gravidade doença	.075									
3. Satisfação tratamento	.140	.004								
4. Acompanhamento saúde mental	.022	.183	.178							
5. Toma medicação psiquiatria	-.083	.273*	.009	.443**						
6. Negação atividade profissional	.037	.024	.006	.052	.030					
7. Condicionar opção profissional	.100	.156	-.051	.081	.085	.373**				
8. Alterar relação família	-.158	.083	-.001	.160	.281*	.338**	.298**			
9. Impacto vida social	.115	.460**	-.051	.240*	.221	.352**	.515**	.328**		
10. AAQ-II	-.041	.218	-.031	.367**	.252*	.140	.204	.490**	.432**	
11. Autocompaixão	-.003	-.215	-.017	-.416**	-.309**	-.107	-.168	-.483**	-.329**	-.590**

*. A correlação é significativa no nível .05 (2 extremidades)

** . A correlação é significativa no nível .01 (2 extremidades).

Tabela 8*Correlações entre subescalas da escala do PDI, AAQ-II e Escala de Autocompaixão*

Variáveis	1	2	3	4	5	6
1. Atividades diárias						
2. Trabalho/ Aulas	.492**					
3. Relações pessoais	.537**	.344**				
4. Lazer	.655**	.495**	.591**			
5. Tratamento	.475**	.088	.148	.208		
6. AAQ-II	.481**	.423**	.410**	.408**	.088	
7. Autocompaixão	-.447**	-.364**	-.439**	-.411**	-.039	-.590**

** . A correlação é significativa no nível .01 (2 extremidades).

Tabela 9*Regressão linear múltipla*

	PDI			CFQ-BI		
	B	DP B	β	B	DP B	β
AAQ-II	.313	.101	.351			
Autojulgamento	-.534	.193	-.314			
Sobreidentidade				-2.317	.403	-.531
Autobondade				-.852	.295	-.267
R ²	.341			.434		

Anexos

Anexo I

Questionário Sociodemográfico e Clínico

Constante, D.; Teixeira, A.; & Almeida, V., 2018)

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

1. Nº de Identificação: _____	2. Género: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	3. Idade: _____ anos
4. Estado Civil: Solteiro <input type="checkbox"/> Casado/ União de Facto <input type="checkbox"/> Divorciado/Separado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/>		
5. Habilitações Literárias: Analfabeto <input type="checkbox"/> Lê / escreve <input type="checkbox"/>		
5.1. Frequência Escolar: 1 a 4 anos <input type="checkbox"/> 5 a 6 anos <input type="checkbox"/> 7 a 9 anos <input type="checkbox"/>		
10 a 12 anos <input type="checkbox"/> Curso médio <input type="checkbox"/> Curso superior <input type="checkbox"/>		
6. Profissão: _____		
7. Situação profissional: Empregado <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Reformado <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/>		
8. Zona residência: Distrito/Concelho _____		

DADOS CLÍNICOS

9. Que doença de pele possui? _____		
10. Primeiro diagnóstico para a sua doença de pele em _____		
11. Possui outras doenças para além da sua doença de pele: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Quais?		
Doenças Respiratórias <input type="checkbox"/>	Doenças Neurológicas <input type="checkbox"/>	Doenças <u>Osteo-articulares</u> <input type="checkbox"/>
Depressão <input type="checkbox"/>	Ansiedade <input type="checkbox"/>	Doenças Cardiovasculares <input type="checkbox"/>
Doenças Renais <input type="checkbox"/>	Surdez <input type="checkbox"/>	Doenças Metabólicas <input type="checkbox"/>
Cegueira <input type="checkbox"/>		
Outras _____		
12. Existem outros membros na família com doenças de pele? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>		
Quais? _____		
13. Considera a sua doença: Ligeira <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/>		
14. Está satisfeito com o seu tratamento atual? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		

OUTROS DADOS

22. É acompanhado por psicólogo/psiquiatra? Não

Sim Início das consultas? > 6 meses < 6 meses

Número de consultas/ano

23. Toma ansiolíticos ou antidepressivos? Sim Não

24. Em média quantos dias alterou a sua atividade diária por causa desta doença/sintomas (últimos 6 meses)? Não alterou

25. Alguma vez lhe foi negado o acesso a alguma atividade profissional ou atividade de lazer por causa da sua doença de pele? Sim Não

26. A doença condicionou a sua opção profissional? Sim Não

27. Considera que a doença altera o seu relacionamento com a família/cônjuge? Sim Não

28. Qual o impacto da doença na sua vida social? Nenhum Pouco Moderado Bastante