

Psicopatologia e Regulação Emocional em Doentes em Remissão com Psoríase

Faria E.,¹ Teixeira A.,^{1,2} Almeida V.¹

¹Centro de Investigação Ciências da Saúde (CICS), Instituto Superior de Ciências da Saúde-Norte, CESPU. R. Central de Gandra 1317, 4585-116 Gandra PRD, Portugal.

²Centro de Investigação em Ciências Farmacêuticas (CICF), Laboratório de Tecnologia Farmacêutica, Departamento de Ciências do Medicamento, Faculdade de Farmácia, Universidade do Porto, Rua Jorge Viterbo Ferreira nº 228, 4050-313 Porto, Portugal.

Resumo A psoríase é uma doença crónica da pele que tem suscitado interesse em investigação devido ao impacto psicossocial do doente acometido. Visto que a pele é o meio para o contacto físico e perceção visível, objetivou-se avaliar as diferenças entre doentes psoriáticos com sintomatologia ativa e em fase de remissão da doença, nas suas condições psicológicas, adaptativas e suas características com variáveis sociodemográficas e condições clínicas, partindo da premissa que a visibilidade das lesões podem ser determinantes para o impacto psicossocial e regulação emocional. Foram avaliados 154 doentes psoriáticos, dos quais 83 encontravam-se em fase de remissão da doença (33 homens e 50 mulheres) e 71 apresentavam sintomatologia ativa (36 homens e 35 mulheres) com idades compreendidas entre os 18 aos 82 anos. Todos os participantes preencheram o Questionário Sociodemográfico e Clínico; *Escala de Dificuldades na Regulação Emocional*; *Inventários de Sintomas Psicopatológicos*; *Índice de Incapacidade Provocada pela Psoríase*; e, *Escala de Amarguramento*. A análise dos resultados demonstrou que os grupos não diferiram estatisticamente em termos sociodemográficos, clínicos, comportamentos de saúde, impacto na qualidade de vida e sintomas psicopatológicos. Já os resultados da análise das dificuldades na regulação emocional demonstraram que o grupo em fase de remissão da doença apresentou maior dificuldade de controlo de impulsos comparativamente aos participantes com sintomatologia ativa. Os últimos, apresentam maior índice de *amarguramento* traduzindo maior disfunção social, maior resposta emocional negativa aos eventos e uma maior presença de sentimentos de vingança comparativamente ao grupo em fase de remissão da doença.

Palavras-chave: Psoríase; Patologias Psicodermatológicas; Visibilidade das Lesões Dermatológicas; Sintomas Psicopatológicos; Regulação Emocional.

Abstract Psoriasis is a chronic skin disease that has sparked interest in research due to the psychosocial impact of the patient affected. Since the skin is the way to physical contact and visible perception aimed to evaluate the differences between psoriatic patients with active symptoms and remission of the disease in their psychological conditions, and its adaptive characteristics with demographic variables and clinical conditions, based on the premise that the visibility of lesions can be decisive for the psychosocial impact and emotional regulation. We evaluated 154 patients with psoriasis, of which 83 were in remission phase of the disease (33 men and 50 women) and 71 had active symptoms (36 men and 35 women) aged between 18 to 82 years. All participants completed the Questionnaire Sociodemographic and Clinical; Scale Difficulties in Emotion Regulation; Inventories Psychopathological Symptoms; Disability Index Caused by Psoriasis and, PTED Self-Rating Scale. The results showed that the groups did not differ regarding sociodemographic terms, clinical, health behaviors, impact on quality of life and psychopathological symptoms. However the results of the analysis of the difficulties in emotion regulation showed that the group in remission phase of the disease had more difficulties in impulse control compared to participants with active symptoms. The latter had a higher index of "embitterment" translating into greater social dysfunction, greater negative emotional response to the events and a greater presence of feelings of revenge compared to the group phase of remission.

Keywords: Psoriasis; Psycho-Pathology; Dermatologic Lesion Visibility; Psychopathological Symptoms; Emotional Regulation.

Introdução

A pele é o órgão de maior extensão do nosso organismo, sendo o meio para o contacto físico e percepção visível, intervindo também na comunicação e emoção (Sant'Anna, et al., 2003). A pele transmite informações sensoriais através dos nervos nela situados, sendo que a inter-relação pele/psiquismo é estreita, cujas ligações existentes entre o sistema nervoso e a pele, fazem com que esta seja extremamente sensível às emoções, independente da consciência e, simultaneamente, é através dela que se dá a expressão da consciência do indivíduo. Assim, a pele, quer do ponto de vista anatómico quer psíquico, é um órgão de extrema importância, devido às suas características de proteção, delimitação e troca com o meio exterior. De entre as suas funções, destacamos a função sensorial que permite a compreensão do *self* e a experiência do *outro*, cuja combinação, forma uma posição de interface do indivíduo com o ambiente. Assim sendo, o papel simbólico de proteção que a pele fornece, é o principal fator no vínculo existente entre distúrbios emocionais e as doenças da pele (Hoffmann, et al., 2005; Silva & Muller, 2007). Do ponto de vista psicogenético, as funções e as doenças da pele, possuem um significado psicológico próprio, que pode ser decodificado e compreendido à luz de um sistema de comunicação, visto que é através dela que entramos em contacto com o mundo exterior, e simultaneamente, ela é o limite, enquanto barreira protetora e continente, que diferencia o dentro e o fora (Sant'Anna, et al. 2003).

Assim, as patologias psicodermatológicas, como a psoríase, são condições que envolvem a relação psique/pele, abarcando elementos subjetivos, tais como personalidade, emoções, sentimentos, fantasias e agressividade. Segundo Hoffman e colaboradores (2005) a doença dermatológica adquire uma representação simbólica, cuja manifestação da lesão ou sintoma, funciona como sinal de uma disfunção da psique. Como tal, os diferentes quadros dermatológicos estão associados a condições psicológicas, em que a pele reflete problemas emocionais ou estes são consequência de problemas físicos, como se a área limitante (pele) se tornasse o campo de batalha, numa luta entre fatores exógenos e endógenos, onde os processos, físicos e psicológicos, são intervenientes.

A doença de pele é comumente associada, no censo comum, à possibilidade de contágio, falta de higiene e desleixo no arranjo pessoal, dando lugar a uma forte estigmatização, gerando um afastamento dos demais indivíduos. Assim o impacto psicossocial negativo leva a um comprometimento psicossociocultural do doente acometido (Hoffmann, et al., 2005). Por conseguinte, a experiência de rejeição poderá conduzir a uma

percepção negativa da imagem corporal e a comportamentos de evitamento e receio, aquando uma possível exposição do corpo (Walker & Papadopoulos, 2005).

Deste modo, importa debruçarmo-nos sobre a importância da visibilidade das lesões da pele, o impacto psicológico da dermatose e modo como a doença interfere na qualidade de vida do doente acometido, tema que na literatura atual não se encontra muito desenvolvido. Um estudo levado a cabo por Ludwig e colaboradores (2009) em 205 doentes dermatológicos, 47 dos quais eram doentes com psoríase, comparou a qualidade de vida em pacientes que apresentavam lesões somente em zonas visíveis (face e mãos) e doentes com lesões dessiminadas e não visíveis; os resultados não evidenciaram diferenças significativas entre os dois grupos. Assim, pode inferir-se que independentemente da localização da lesão, o doente dermatológico apresenta constrangimento face à exposição do corpo, independentemente do local do corpo acometido.

O desconforto físico, embaraço e estigma social sentido pelo doente, parece conduzir frequentemente a sentimentos de vergonha, levando a que as relações interpessoais se alterem (Walker & Papadopoulos, 2005). Tais indicadores são sugestivos de dificuldades emocionais, possível precariedade quanto ao funcionamento adaptativo, sendo frequente relatos com sentimentos de culpa, sobretudo entre as mulheres, e maior suscetibilidade às vivências de estigmatização (Lee, et al., 2010).

Assim sendo, o *stress* físico e emocional, envolvido no confronto com a doença, é uma evidência inequívoca de que os fatores emocionais são determinantes no aparecimento e agravamento dos quadros dermatológicos, nomeadamente na psoríase. Enquanto doença inflamatória crónica da pele, imuno-mediada, cuja causa de aparecimento, deve-se a fatores genéticos, ambientais e psicossociais determinantes, enquanto modeladores e agravantes, que se mostram preponderantes no desencadeamento de um novo surto após uma remissão como é o caso do *Stress*. Fortune e colaboradores (1998) verificaram que mais de 60% dos pacientes que consultaram um especialista, o principal fator no aparecimento da psoríase fora o *stress*; Os fatores comportamentais influenciam o curso da doença, nomeadamente consumo de substâncias aditivas, entre as quais tabaco e álcool, bem como as condições climatéricas, doentes psoriáticos tendem a melhorar nos meses de verão, possivelmente devido a maior exposição aos raios UV solares e diminuição relativa da humidade. Sabe-se que o *stress* influencia diretamente o processo inflamatório e proliferativo das células, daí a sua relação estreita com o aparecimento/agravamento da doença (Garg, et al., 2001). O impacto psicossocial da psoríase é tão importante que a gravidade da doença não deve ser

avaliada exclusivamente pela dimensão física envolvida, extensão das lesões e características das mesmas. Assim sendo, esta é considerada mais grave quanto mais interfere na qualidade de vida do indivíduo. O conceito diz respeito ao mal-estar provocado pela doença, como ansiedade, prurido, dor, dificuldades ao nível de relacionamento pessoal, social e laboral ou ocupacional. Assim, o impacto da doença dependerá sempre da avaliação subjetiva do doente, inscrito na sua vivência pessoal e única (acontecimentos de vida, experiências passadas, crenças, valores, vulnerabilidade individual e capacidade de adaptação/resiliência, bem como, personalidade subjacente). Contudo, não podemos desvalorizar o contexto em que o sujeito está inserido, como o meio sociocultural e económico, de onde poderá advir estigmatização (Finlay, 2005; Rodrigues & Teixeira, 2009).

As dermatoses na sua generalidade, enquanto doenças estigmatizantes, estão associadas a perturbação da regulação emocional, onde prevalecem as dificuldades de reconhecimento e diferenciação das emoções (Walker & Papadopoulos, 2005; Greenberg, 2010). Neste sentido, importa definir regulação emocional, distinguindo-a de emoção, que é representada por várias componentes, (nomeadamente cognitiva, biológica, comportamental, social e de expressão) que interagem entre si com as duas principais funções de (1) adaptação (avaliação e discriminação de situações) e (2) de regulação (ativação seletiva de comportamentos) (Greenberg, 2010). Assim, o processamento da emoção, necessariamente implica interpretação e transformação do significado, a partir de um estímulo (interno ou externo), dando lugar a sensações que, na sua significação, traduzem a emoção, intervindo reações comportamentais e fisiológicas (ativação emocional) que são coordenadas no tempo, correlacionadas em intensidade, e constituem os componentes de uma resposta emocional. De acordo com o tipo de emoção, estão associados diferentes padrões de resposta ao que podemos chamar de diferenciação emocional, que permitirá ao indivíduo desenvolver estratégias que o levam a regular a emoção ativada - regulação emocional - que intervém diretamente na expressão emocional (Middendorp, et al., 2005; Greenberg, 2010). Assim sendo, a regulação emocional constitui um aspeto essencial para adequar o comportamento.

No caso da psoríase, vários estudos (Walker & Papadopoulos, 2005; Fernandes, 2010) demonstram que os quadros das relações interpessoais estão afetados, evidenciando as fragilidades do processo de regulação emocional, quer ao nível das relações de intimidade (tendem a ser mais inseguras do ponto de vista emocional) quer com o ambiente físico e externo (prejuízo ao nível das atividades laborais, conduzindo a um elevado absentismo, com demarcado condicionamento de atividades de lazer e estilo de vida). Segundo Walker e

Papadopoulos (2005) 26% dos doentes afirmaram que a doença interferiu na relação emocional com o parceiro repercutindo-se em mudanças familiares. Os autores defendem que as adaptações da família à doença dependem dos recursos que o sistema familiar dispõe, bem como o significado que lhe atribui, ao que designam tal conceito de *coping* familiar. Assim, a vida marital comumente aparece disfuncional, visto que a rotina do casal é alterada pela doença e seu tratamento, havendo prejuízo ao nível das relações sexuais (Walker & Papadopoulos, 2005; Fernandes, 2010).

Deste modo, podemos entender que as dificuldades de regulação emocional podem traduzir transtornos psicológicos ou quadros psiquiátricos em que a desregulação emocional, não assumindo uma entidade nosológica independente, acompanha esses mesmos transtornos. Assim sendo, diversos estudos têm descrito uma associação das doenças crónicas da pele, nomeadamente a psoríase, com distúrbios de personalidade, entre os quais traços de carácter hostis, estados distímicos e sintomas neuróticos, têm sido frequentemente observados; depressão, ansiedade, ideação suicida, perturbações somatoformes (sendo a mais comum a hipocondria) inibição da agressividade e alexitimia (Bahmer, Kuhl, & Bahmer, 2007; Schneider, et al., 2006; Kiliç et al., 2008; Valverde et al., 2005). De entre as perturbações aditivas, destacam-se o alcoolismo e o tabagismo, estando associados ao aumento da severidade da doença e menor resposta ao tratamento (Naldi, et al., 2005).

Valverde e colaboradores (2005) levaram a cabo um estudo transversal que tinha como objetivo determinar a prevalência de vulnerabilidade psiquiátrica e características clínicas dos pacientes. Os resultados evidenciaram uma relação bidirecional entre psoríase e transtornos psiquiátricos (incluindo depressão, ansiedade, ideias obsessivas, dificuldades de expressão verbal das emoções e ideação suicida) os quais estão relacionados com a gravidade da doença. Revelou-se ainda a existência de maior vulnerabilidade psiquiátrica em doentes cuja área corporal afetada seria visível e exposta; em função do tempo que manifestavam a doença (mais tempo, maior vulnerabilidade psiquiátrica); e, nível de instrução (quanto menor o grau de instrução académico maior vulnerabilidade).

Kiliç e colaboradores (2008) após estudarem diferentes fatores de personalidade (temperamento e carácter) em pacientes com psoríase, constataram que a abordagem de avaliação e tratamento, deveria incluir abordagens no domínio da psicossomática na prática clínica a fim de ir de encontro às várias dimensões afetadas. É nesta medida que as doenças crónicas da pele, exigem uma visão integradora do Homem, entendido na sua totalidade, sendo que o corpo e mente são apenas dimensões diferentes do mesmo organismo, em

interação com um contexto social, a fim de encontrar um entendimento complementar e mais profundo, de forma a intervir no desequilíbrio físico e mental crónico (Silva & Muller, 2007).

Objetivos: Este estudo visa explorar as diferenças entre doentes psoriáticos com sintomatologia ativa e em fase de remissão da doença, quanto a sintomas psicopatológicos e dificuldades de regulação emocional, partindo da premissa que a visibilidade das lesões podem ser determinantes para o impacto psicossocial e regulação emocional. Sendo este o objetivo, tivemos em conta variáveis que lhes estão associadas e são consideradas pertinentes para análise, de forma a compreender o impacto psicológico, sócio-profissional e clínico da doença, na presença *versus* ausência de lesões psoriáticas. Assim, interessa comparar os grupos quanto a Sintomas Psicopatológicos, Dificuldades de Regulação Emocional, Incapacidade Causada pela Psoríase, “Amarguramento” e variáveis sociodemográficas, clínicas e impacto na qualidade de vida.

Participantes

Seleção da Amostra: a seleção da amostra teve como objetivo obter uma amostra representativa da população Portuguesa de doentes com psoríase. Para tal, os doentes com psoríase foram recrutados através da divulgação do estudo pela Associação Portuguesa de Psoríase (PSOPortugal), redes sociais e locais públicos de saúde, nomeadamente farmácias. O grupo de investigação entrava em contacto com o doente, que manifestava interesse em participar no estudo, a fim de lhe enviar o protocolo (por email, através do questionário *online* ou por carta). Tendo como objetivo formar dois grupos distintos de participantes, existiram diferentes critérios de inclusão: o grupo de remissão, não podia apresentar lesões de psoríase em nenhuma parte do corpo. Contrariamente o grupo com sintomatologia ativa, tinha como critério de inclusão, apresentar lesões no momento atual. Os critérios de inclusão comuns aos dois grupos eram ter mais de 18 anos e ter o diagnóstico de psoríase.

Caraterização da Amostra

Doentes em período de remissão de psoríase: grupo de 83 sujeitos sem sintomatologia ativa, em que 33 são do género masculino (39,8%) e 50 do género feminino (60,2%), com idades compreendidas entre os 19 e os 81 anos, maioritariamente oriundos da região Norte do país (37,3%). Quanto ao estado civil dos participantes a maioria são casados ou vivem em união de facto (56,6%). Relativamente à frequência escolar predomina o curso superior (36,1%). Já na atual situação profissional dos participantes prevalece a situação ativa

(60,2%) destacando-se em termos de profissão pessoal administrativo¹ 21,7%. É ainda de salientar que 13,3% dos participantes consideram que a psoríase condicionou a opção profissional e 9,6% refere que foi-lhe negado o acesso a uma atividade profissional devido à doença. No que concerne à situação de doença, constatou-se que em média os participantes obtiveram o diagnóstico de Psoríase há 34 anos, sendo bastante expressiva a história familiar da mesma (59%). Quanto à avaliação pessoal e subjetiva da gravidade da doença, 49,4% dos participantes avaliam-na como grave, e 45,8% como incómoda. No que se refere ao número de médicos dermatologistas consultados nos últimos dois anos pelos inquiridos, constatou-se que 62,7% procuraram um a dois dermatologistas e 54,2% dos participantes consultaram um a dois médicos de outras especialidades. Quanto ao tratamento, 51,8% dos participantes experimentaram mais de cinco opções terapêuticas, com gastos médios de €67 mensais. De entre os inquiridos, 37,3% mostraram-se satisfeitos com o tratamento. No que respeita à comorbilidade, 57,8% da amostra não apresenta outras doenças. Já a Ansiedade/Depressão entre os psoriáticos assume a percentagem de 43,4%, sendo 22,9% acompanhados por psicólogo/psiquiatra e 24,1% está a efetuar tratamento com ansiolíticos ou antidepressivos. Quanto à presença de histórico familiar de patologia ansiosa e depressiva a percentagem é de 39,8%. No que concerne aos comportamentos de saúde 69,9% da amostra é não-fumadora e 74,7% não mantém consumos diários de álcool. Já 28,9% toma dois cafés diários e 42,2% não mantém exercício físico regular. Quanto às horas de sono, 38,6% dos participantes referem dormir em média 7h por dia (ver tabela 1);

Doentes com sintomatologia ativa de psoríase: grupo de 71 sujeitos, em que 36 são do género masculino (50,7%) e 35 do género feminino (49,3%) com idades compreendidas entre os 18 e os 82 anos, maioritariamente oriundos da região Norte do país (52,1%). Quanto ao estado civil dos participantes maioritariamente são casados ou vivem em união de facto (67,6%). Relativamente à frequência escolar predomina o curso superior (36,6%). Já na atual situação profissional dos participantes prevalece a situação ativa (60,6%) destacando-se em termos de profissão pessoal administrativo² (23,9%). É ainda de salientar que 14,1% dos participantes consideram que a psoríase condicionou a opção profissional e 8,5% refere que foi-lhe negado o acesso a uma atividade profissional devido à doença. No que concerne à situação de doença, constatou-se que em média os participantes obtiveram o diagnóstico de Psoríase há 30 anos, sendo bastante expressiva a história familiar da mesma (71,8%). Quanto à avaliação pessoal e subjetiva da gravidade da doença, 47,9% dos participantes avaliam-na

¹ Segundo a Classificação Portuguesa das Profissões (CPP/2010)

² Segundo a Classificação Portuguesa das Profissões (CPP/2010)

como grave, e 59,2% como incómoda. No que se refere ao número de médicos dermatologistas consultados nos últimos dois anos pelos inquiridos, constatou-se que 71,8% procuraram um a dois dermatologistas e 59,2% dos participantes consultaram um a dois médicos de outras especialidades. Quanto ao tratamento, 43,7% dos participantes experimentaram mais de cinco opções terapêuticas, com gastos médios de €30 mensais. De entre os inquiridos, 36,6% mostraram-se satisfeitos com o tratamento. No que respeita à comorbilidade, 53,5% da amostra apresenta outras doenças, nomeadamente doenças osteoarticulares com uma percentagem de 19,7%. Já a Ansiedade/Depressão entre os psoriáticos assume a percentagem de 50,7%, sendo 26,8% acompanhados por psicólogo/psiquiatra e 29,6% administra ansiolíticos ou antidepressivos. Quanto à presença de histórico familiar de patologia ansiosa e depressiva a percentagem é de 46,5%. No que concerne aos comportamentos de saúde 60,6% da amostra é não-fumadora e 57,7% não mantém consumos diários de álcool. Já 33,8% toma dois cafés diários e 36,6% não mantém exercício físico regular. Quanto às horas de sono, 45,1% dos participantes referem dormir em média 7h por dia (ver tabela 1).

Materiais

Instrumentos de Avaliação:

- ***Questionário sociodemográfico e clínico***³ construído por Almeida e Teixeira (2011) foi administrado com o objetivo de recolher informações sociodemográficas (género, idade, estado civil, nível de escolaridade, profissão, situação profissional, etnia e residência), sobre a situação de doença (história familiar de psoríase, tempo de diagnóstico, número de médicos dermatologistas e de outras especialidades consultados, número de opções terapêuticas experimentadas, satisfação com o tratamento, gravidade e impacto da doença, outras doenças associadas, manifestações de ansiedade e/ou depressão, existência de acompanhamento psicológico e administração de ansiolíticos/antidepressivos; histórico familiar de patologia ansiosa/depressiva), sobre o estilo de vida (alterações nas atividades diárias, absentismo, condicionantes na opção profissional) e sobre os comportamentos de saúde (quantidade de bebidas alcoólicas, cafés e número de cigarros por dia, número de horas de sono por dia e exercício físico por semana);

³ Anexo I

- ***Escala de Dificuldades na Regulação Emocional⁴ (EDRE)*** versão portuguesa, adaptada por Coutinho e colaboradores (2009) cujas subescalas demonstraram bons níveis de consistência interna ($\alpha = 0.92$) valor aproximado ao do estudo original. Do mesmo modo, a fiabilidade do teste mostrou-se elevada, já que o valor obtido no teste-reteste é de 0.82. No que concerne à estrutura fatorial, à semelhança da escala original, resultaram seis fatores – *estratégias, não-aceitação, consciência, impulsos, objetivos, e, clareza* – que explicam 58.24% da variância total. A escala é constituída por 36 itens, numa escala tipo *Lickert*, cuja resposta implica que os participantes avaliem a frequência de sentimentos, em que o 1 corresponde a “quase nunca”, o 2 a “algumas vezes”, o 3 a “cerca de metade do tempo”, o 4 a “a maioria do tempo” e, por fim, o 5 corresponde a “quase sempre”. A finalidade do uso deste instrumento relaciona-se com a necessidade de mensuração e compreensão das dificuldades de regulação emocional, uma vez que, o resultado final mensura a flexibilidade do indivíduo em utilizar estratégias de regulação emocional, eficazes e adaptadas à situação;
- ***Inventário de Sintomas Psicopatológicos⁵ (BSI)*** adaptado à população portuguesa por Canavarro em 1995 (Canavarro, 2007) cuja análise psicométrica se revelou adequada e idêntica à do estudo original, com níveis de consistência interna apropriados para todas as escalas. Do mesmo modo, a fiabilidade no teste-reteste demonstrou, em todas as escalas, aceitáveis coeficientes de correlação de *Pearson*. O instrumento é constituído por 53 itens, dispostos numa escala tipo *Lickert* de 5 pontos desde 0 (nunca) até 4 (muitíssimas vezes) onde se classifica o grau com que cada problema afetou o participante durante a última semana, cuja cotação é feita pela soma dos valores obtidos em cada item. Deste modo, o teste apresenta nove dimensões - *somatização, obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo* – apresentando ainda três índices globais: (1) *índice geral de sintomas*, conseguido através da soma da pontuação de todos os itens, dividido pelo número total de respostas; (2) *total de sintomas positivos* conseguido através da soma de todas as respostas positivas; e, (3) *índice de sintomas positivos* obtido através da soma de todos os itens, dividido pelo total de sintomas positivos. A pontuação obtida nas nove dimensões fornece informação sobre o tipo de sintomatologia evidenciada pelo

⁴ Anexo II

⁵ Anexo III

sujeito, ao passo que a análise dos índices globais permitem a mensuração do nível de sintomas psicopatológicos manifestados (Simões, et. al, 2007).

- ***Índice de Incapacidade Provocada pela Psoríase⁶ (PDI)*** adaptado por Fernandes (2010) cujas subescalas demonstraram bons níveis de consistência interna, (*alfa de Cronbach* =0.89). Já a fiabilidade no teste-reteste, mostrou-se boa com um coeficiente de correlação de *Pearson* de 0.89. o instrumento é constituído por 15 itens, divididos em 5 subescalas - *atividades quotidianas, trabalho/escola ou perguntas alternativas, relacionamentos pessoais, atividades de lazer e tratamento*. O questionário é autoadministrado, tendo como baliza temporal, quatro semanas precedentes ao preenchimento do mesmo. A pontuação de cada questão é dada numa escala tipo Lickert, em que nada corresponde a 0, ligeiramente a 1, bastante a 2, muito corresponde a 3. O resultado é calculado pela soma da pontuação de cada uma das 15 questões, resultando num máximo de 45 e num mínimo de 0 valores. Segundo Finlay e colaboradores (1990) quanto mais elevado for o resultado final, maior é a incapacidade do indivíduo. O uso deste instrumento prendeu-se com a necessidade de mensurar o impacto da psoríase na vida dos pacientes, visto que foi desenvolvido para adultos (idades iguais ou superiores a 16 anos) indo de encontro aos critérios de inclusão dos participantes;
- ***PTED Self-Rating Scale⁷*** traduzida e validada para a população portuguesa por Freitas e colaboradores (2012) com bons níveis de consistência interna (*Alfa de Cronbach*=0,94). A estrutura factorial não obedecendo à versão original, é composta por 19 itens numa escla tipo *Lickert* em que 0 corresponde a “não é verdadeiro”, 1 “dificilmente é verdadeiro”, 2 “pouco verdadeiro”, 3 “muito verdadeiro” e 4 “extremamente verdadeiro”. Os itens são agrupados em 3 factores: I – Dificuldades no Funcionamento Social; II Resposta Emocional; e, III Pensamentos de Vingança. O objetivo da administração deste instrumento prendeu-se com o interesse em mensurar o “amarguramento” estando o conceito associado a acontecimentos de vida negativos.

Procedimento

Recolha de Dados: os voluntários foram selecionados tendo em conta os critérios de inclusão da amostra anteriormente referidos. A aplicação dos instrumentos aos participantes

⁶ Anexo IV

⁷ Anexo V

decorreu entre Novembro de 2012 e Fevereiro de 2013 de forma autoadministrada, através da internet com o questionário *online* e/ou pelo protocolo em formato papel (envio de carta). Em ambos os casos, foram explicados os objetivos do estudo e o carácter voluntário e confidencial da participação no mesmo, sendo solicitado o preenchimento e aceitação do termo de consentimento informado⁸, assegurando assim os aspetos éticos da investigação.

Análise dos Dados: Após a colheita dos dados, estes foram organizados e codificados de forma a proceder-se à sua análise estatística. Para tal recorreu-se ao programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences - SPSS* versão 21, com recurso ao *teste t* para amostras independentes e ao *teste Qui-Quadrado* a fim de comparar os grupos.

Desenho do Estudo: de acordo com a revisão teórica realizada, percebemos que a psoríase é uma doença amplamente divulgada na literatura internacional, contudo, não é um tema de estudo em Portugal, acrescendo assim o interesse do nosso estudo no contexto nacional. Sabendo que a doença inclui uma perspetiva clínica, psicológica e social, pelo impacto que exerce na vida do doente acometido, escasseiam os estudos que desenvolvem a compreensão dos diferentes ciclos da doença (sintomatologia ativa *versus* fase de remissão) a fim de melhor entender a importância da visibilidade da lesão e suas consequências para o doente. Para tal, recorreremos a um estudo transversal e descritivo, em que pretendemos comparar as dificuldades na regulação emocional, psicopatologia e outras variáveis em doentes com sintomatologia ativa *versus* em remissão da doença.

Resultados

Para comparar os diferentes grupos em estudo recorreu-se ao teste *Qui-Quadrado* e *teste t* para amostras independentes, tendo em conta as variáveis em estudo. Não se registaram diferenças estatisticamente significativas quanto **características sociodemográficas** (género ($X^2=1.85$ (1); $p=.173$); idade ($t=-.608$; $p=.544$); frequência escolar ($X^2=2.08$ (5); $p=.839$); e, situação profissional ($X^2=5.82$ (6); $p=.443$) (Tabelas 1 a 5); **características clínicas** (tempo de diagnóstico da doença ($t=.799$; $p=.417$); avaliação subjetiva que o doente faz acerca do incómodo da doença ($X^2=3.7$ (3); $p=.296$) e gravidade da mesma ($X^2=5.663$ (3); $p=.129$); número de opções terapêuticas experimentadas ($X^2=1.54$ (3); $p=.673$) e grau de satisfação com as mesmas ($X^2=2.94$ (3); $p=.400$); presença de patologia ansiosa e/ou depressiva como comorbilidade ($X^2=.989$ (1); $p=.320$) e acompanhamento psicológico/psiquiátrico ($X^2=.308$

⁸ Anexo VI

(1); $p=.579$); comorbilidades ($X^2=1.97$ (1); $p=.160$); e, presença de histórico familiar de psoríase ($X^2=2.450$ (1); $p=.117$)) (Tabelas 6 a 15); **comportamentos de saúde** (consumos diários de tabaco ($t=.762$ $p=.448$); álcool ($t=-1.031$; $p=.304$); café ($t=-.232$; $p=.817$); horas de sono diárias ($t=-.411$; $p=.682$); e, horas de exercício físico semanal ($t=-1.106$; $p=.271$)) (Tabela 16); **impacto da psoríase na qualidade de vida** (absentismo ($t=1.080$; $p=.258$) e alteração de atividade diária ($t=.485$; $p=.628$); e, PDI ($t=1.204$; $p=.232$)) (Tabelas 17 e 18); e, **Índice de sintomas psicopatológicos** os grupos não diferem estatisticamente uma vez que independentemente da fase da doença, a psicopatologia está associada à psoríase (Índice Geral de Sintomas ($t=.131$; $p=.896$)) (Tabela 19).

Já os resultados da **Escala de Dificuldades de Regulação Emocional** indicaram diferenças estatisticamente significativas na subescala Impulsos ($t=.2538$; $p \leq .05$) (Tabela 20) em que o grupo em fase de remissão da doença evidencia uma média superior na subescala, o que parece traduzir uma maior dificuldade de controlo de impulsos comparativamente ao grupo com sintomatologia ativa. Do mesmo modo, os grupos diferenciam-se quanto ao **“Amarguramento” (PTED)** nas diferentes dimensões da escala, em que o grupo com sintomatologia ativa apresenta maior prejuízo no Funcionamento Social ($t=-3.100$; $p \leq .01$), Resposta Emocional ($t=-2.559$; $p \leq .05$); e, Pensamentos de Vingança ($t=-2.129$; $p \leq .05$) (Tabela 21) relativamente ao grupo em fase de remissão da doença.

Discussão: A homogeneidade dos grupos deste estudo torna mais confiável a comparação entre eles. Tendo em conta os resultados obtidos podemos concluir que em termos sociodemográficos (idade, género, frequência escolar, e situação profissional) os grupos não diferem significativa e estatisticamente. Deste modo concluímos que o estado de remissão e de sintomatologia ativa da doença não estará relacionado com as variáveis analisadas e tal como Finlay (2001) concluiu que a psoríase pode atingir ambos os géneros e Henseler e Christopher (1985) atestaram que a doença tem igual incidência em homens e mulheres. Icen e colaboradores (2009) defendem que a doença pode aparecer em qualquer idade.

Quanto às características clínicas, concluímos que os dois grupos da nossa amostra não diferiram estatisticamente quanto a tempo de diagnóstico, número de opções terapêuticas experimentadas e satisfação com o tratamento. Segundo Rodrigues e Teixeira (2009) a remissão espontânea é rara, pelo que a opção pelas diferentes formas de tratamento, deverá ter em conta o mecanismo de ação e sua eficácia, a severidade e localização das lesões, tempo de tratamento e custos, bem como, a preferência do paciente e o seu impacto na qualidade de

vida. Deste modo, poderão estar na base outras variáveis que justifiquem a maior eficácia do tratamento no grupo que se encontra em fase de remissão da doença, que não foram incluídas no presente estudo, nomeadamente as opções terapêuticas usadas. De acordo com a literatura, sabemos que os comportamentos de saúde se mostram preponderantes para a eficácia do tratamento e possível alargamento do período de remissão da doença, constatamos que os grupos (em fase de remissão *versus* com sintomatologia ativa) não diferem de modo significativo e estatisticamente, contudo, através da análise das médias, constatamos que o grupo em fase de remissão apresenta menor consumo de álcool que, segundo Fortune e colaboradores (1998) diminuí a resposta ao tratamento, visto que o uso concomitante de álcool com fármacos usados no tratamento, aumenta a hepatotoxicidade.

Quanto à avaliação subjetiva do doente acerca da gravidade e incómodo causado pela psoríase, os grupos não se distinguiram estatisticamente o que nos leva a crer que independentemente da presença ou ausência de lesões, a doença da pele provoca sentimentos de constrangimento (Ludwig, Muller, OLiveira, & Moraes, 2009) e sendo a psoríase uma doença crónica e ciclica, a severidade da mesma dependerá não só da localização, extensão e gravidade das lesões, mas está também relacionada com a forma que o doente, subjetivamente, lida com o impacto da doença sobre a qualidade de vida (Finlay, 2005).

No que concerne à presença de patologia Ansiosa/Depressiva mais de metade dos participantes de ambos os grupos apresentam esta comorbilidade, não existindo diferenças entre eles. Relativamente aos sintomas psicopatológicos (BSI) os grupos não diferem significativamente, contudo em ambos os casos todas as subescalas surgem com médias superiores ao ponto-corte do teste, traduzindo a presença de sintomas psicopatológicos, independentemente da fase da doença (remissão *versus* sintomatologia ativa). Assim sendo, podemos concluir que os distúrbios psicológicos não se explicam pela presença ou ausência de sintomatologia, mas antes pela existência da doença. Mingorancee colaboradores (2001) num estudo com 50 indivíduos de ambos os géneros portadores de psoríase, concluíram com a administração do Inventário Simplificado de Personalidade (ISP) que 80% dos pacientes avaliados apresentaram tendência a desvio a pelo menos um tipo de traço de personalidade, predominando as escalas Extroversão, Insanidade e Neuroticidade. Deste modo, 18% dos participantes manifestaram descontrolo emocional, impulsividade, atitude passiva frente às situações e dificuldade na contenção de impulsos, o que vai de encontro aos resultados do presente estudo, uma vez que na subescala Impulsos da EDRE o grupo difere significativamente, existindo uma maior dificuldade de controlo de impulsos por parte dos

doentes em fase de remissão da doença, quando comparados com os indivíduos com sintomatologia ativa. Muito embora as diferenças nas restantes subescalas não sejam estatisticamente significativas, percebemos através da análise das médias, que os indivíduos em fase de remissão da doença apresentam médias superiores aos elementos com sintomatologia ativa. Deste modo, os doentes em fase de remissão, mais que os doentes com sintomatologia ativa parecem ter acesso limitado às estratégias de regulação emocional, falta de consciência emocional, dificuldades em agir de acordo com os objetivos e falta de clareza emocional. O estudo anteriormente referido deu conta que 22% dos participantes apresentam desadaptação social (Mingorance, Loureiro, Okino, & Foss, 2001) o que vai de encontro aos resultados do presente estudo, uma vez que os três fatores da escala PTED apresentam diferenças estatisticamente significativas quando comparamos os dois grupos. O grupo com sintomatologia ativa apresenta maior disfunção social, maior resposta emocional negativa aos eventos e uma maior presença de sentimentos de vingança.

Quanto ao impacto na qualidade de vida, medido através das diferentes dimensões do PDI entendemos que os grupos não diferem estatisticamente, contudo quer o grupo em fase de remissão da doença, quer o grupo com sintomatologia ativa apresenta médias superiores ao ponto-corte do teste, indicando incapacidade provocada pela psoríase, independentemente da existência ou não de lesões. Tendo em conta os resultados obtidos no estudo de Mingorance e colaboradores (2001) que usando o PDI constataram que pacientes com lesões disseminadas apresentaram prejuízos significativamente maiores nas atividades quotidianas e qualidade de vida em geral relativamente aos participantes que apresentavam lesões localizadas.

Conclusão: os dados desta pesquisa demonstram que os doentes em fase de remissão apresentam níveis mais elevados de dificuldades na regulação emocional, especialmente, em termos de controlo de impulsos. Por outro lado, os doentes com sintomatologia ativa demonstram mais “amarguramento” traduzido por comprometimento em termos de funcionamento social, resposta emocional e uma forte presença de sentimentos de vingança. Tendo em conta que a escala PTED evoca na base da resposta, acontecimentos de vida negativos, seria útil entender detalhadamente se os doentes os associam à situação de doença, ou *negative life events* se mostraram traumáticos por si só. Em ambos os grupos demos conta da presença de sintomas psicopatológicos e impacto da doença na qualidade de vida dos doentes acometidos, o que parece não estar tão relacionado à presença *versus* ausência de

lesões, mas sim à existência da doença dermatológica. Neste sentido, a questão da influência da presença *versus* ausência de lesão dermatológica na vida do doente, poderá ser melhor desenvolvida em futuros estudos, avaliando outras variáveis de forma controlada que o presente estudo não considerou, tais como: a percepção do paciente sobre si (autoimagem, autoconceito e autoestima), características pessoais, de personalidade e de funcionamento relacional. Tendo em conta o carácter sazonal e cíclico da doença, seria uma mais valia controlar o tempo de cada fase da mesma: em remissão *versus* sintomatologia ativa, bem como as opções terapêuticas usadas, o que poderia ser recolhido em contacto direto com o doente, em forma de entrevista, a fim de recolher informações qualitativas com o objetivo de complementar a avaliação quantitativa.

Bibliografia

Bahmer, J., Kuhl, J., & Bahmer, F. (2007). How do personality systems interact in patients with psoriasis, atopic dermatitis and urticaria? *Acta Dermato-Venereologica* , pp. 317–324.

Canavarro, M. (2007). Inventário de sintomas psicopatológicos (BSI) uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. Simões, M. Gonçalves, & L. Almeida, *Avaliação psicológica: Instrumentos Validados para a população Portuguesa* (Vol. III, pp. 305-330). Quarteto.

Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., & Dias, P. (2009). Versão Portuguesa da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional e a sua Relação com Sintomas Psicopatológicos. *Revista Psiquiátrica Clínica* , pp. 145-151.

Fernandes, B. (2010). *Qualidade de Vida nos Doentes com Psoríase- Criação da Versão Portuguesa do Psoriasis Disability Index*. Coimbra: Tese para obtenção de Mestre em Economia e Gestão das Organizações de Saúde pela Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.Portugal.

Finlay, A. (2005). Current severe psoriasis and the Rule of Tens. (pp. 861–867). *British Journal of Dermatology*.

Finlay, A. (2001). Psoriasis from the patient's point of view. *Archives of Dermatology* , pp. 352-353.

- Finlay, A., Khan, G., Luscombe, D., & Salek, M. (1990). Validation of sickness impact profile and psoriasis disability index in psoriasis. *British Journal of Dermatology* , pp. 751-56.
- Fortune, D., Richards, H., Main, C., & Griffiths, C. (1998). What patients with psoriasis believe about their condition. (pp. 196–201). *British Journal of Dermatology*.
- Freitas, D., Bastos, V., Teixeira, A., & Rocha, J. (2012). *Tradução e validação da versão portuguesa da Post-Traumatic Embitterment Disorder (PTED) Scale*. UnIPSa; Centro de Investigação em Ciências da Saúde (CICS), Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte, CESPU. Gandra, Portugal.
- Garg, B., Chren, M., Sands, L., Matsui, M., Marenus, K., Feingold, K., et al. (Jan de 2001). Psychological Stress Perturbs Epidermal Permeability Barrier Homeostasis. *Arch Dermatol* , pp. 53-59.
- Greenberg, L. (2010). Emotion-Focused Therapy: A Clinical Synthesis. *The Journal of Life Long Learning in Psychiatry* , pp. 32-42.
- Henseler, T., & Christopher, E. (1985). Psoriasis of early and late onset: Characterization of two types of psoriasis vulgaris. (pp. 450-6). *Journal of Dermatology*.
- Hoffmann, F., Zogbi, H., Fleck, P., & Müller, M. (2005). A integração mente e corpo em psicodermatologia. *Psicologia: Teoria e Prática* , 51-60.
- Icen, M., Crowson, C., M., M., Dann, F., Gabriel, E., & Kremers, H. (2009). Trends in incidence of adult-onset psoriasis over three decades: a population-based study. (pp. 394-401). *Journal of the American Academy of Dermatology*.
- Kiliç, A., Gulleç, M., Gul, U., & Guleç, H. (2008). Temperament and character profile of patients with psoriasis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* , 537–542.
- Lee, Y., Park, E., Kwon, M., Kim, k., & Kim, K. (2010). Impact of Psoriasis on Quality of Life: Relationship between Clinical Response to Therapy and Change in Health-related Quality of Life. *Ann Dermatol* .

- Ludwig, M., Muller, M., OLiveira, M., & Moraes, J. (2009). Qualidade de Vida e Localização da Lesão em Pacientes Dermatológicos. *Anais Brasileiros de Dermatologia* , pp. 143-50.
- Middendorp, H., Geenen, R., Sorbi, M., Doornen, L., & Bijlsma, J. (2005). Emotion regulation predicts change of perceived health inpatients with rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* , pp. 1071–1074.
- Mingorance, R., Loureiro, S., Okino, L., & Foss, N. (Jul-Dez de 2001). *Pacientes com Psoríase: Adaptação Psicossocial e Características de Personalidade*. Medicina, Ribeirão Preto , pp. 315-324.
- Naldi, L., Chatenoud, L., Linder, D., Fortina, A., Peserico, A., Virgili, A., et al. (2005). Cigarette Smoking, Body Mass Index, and Stressful Life Events as Risk Factors for Psoriasis: Results from an Italian Case–Control Study. *Journal of Investigative Dermatology* , 61-67.
- Rodrigues, A., & Teixeira, R. (2009). Desvendando a Psoríase. *Revista Brasileira Anal Clin* (pp. 303-309).
- Sant’Anna, P., Giovanetti, R., Castanho, A., Bazhuni, N., & Selva, V. (2003). A expressão de conflitos psíquicos em afecções dermatológicas: um estudo de caso de uma paciente com vitiligo atendida com o jogo de areia. *Psicologia: Teoria e Prática* , 81-96.
- Schneider, G., Hockmann, J., Stander, S., Luger, T., & Heuft, G. (2006). Psychological factors in prurigo nodularis in comparison with psoriasis vulgaris: results of a case–control study. *British Journal of Dermatology* , 61-66.
- Silva, J., & Muller, M. (2007). *Uma integração teórica entre psicossomática, stress e doenças crônicas de pele*. (pp. 247-256). Estudos de Psicologia.
- Simões, M., Machado, C., Gonçalves, M., & Almeida, L. (2007). *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. III). Coimbra: Quarteto.
- Valverde, J., Mestanza, M., & Asenjo, C. (2005). Psoriasis relacionada a vulnerabilidad psiquiátrica. *Folia Dermatologia* , 119-122.
- Walker, C., & Papadopoulos, L. (2005). *Psychodermatology: The psychological impact of skin disorders*. New York: Cambridge University Press.

Tabelas

Tabela 1:Caraterização da amostra

	Grupo Remissão			Grupo Ativo		
	n	M	%	n	M	%
Idades	83	46.04			47.42	
	Entre Douro e Minho	31	37.3	37		52.1
	Trás-os-Montes e Alto Douro	4	4.8	1		1.4
	Beira Litoral	11	13.3	7		9.9
País Região	Estremadura e Ribatejo	30	36.1	18		25.4
	Alentejo	3	3.6	2		2.8
	Algarve	1	1.2	3		4.2
	Ilhas	1	1.2			
	Solteiro	23	27.7	17		23.9
Estado Civil	Casado + União de Facto	47	56.6	48		67.6
	Divorciado + Separado	7	8.4	3		4.2
	Viúvo	6	7.2	3		4.2
	1 a 4	7	8.4	6		8.5
	5 a 6	3	3.6	3		4.2
Frequência Escolar	7 a 9	5	4.56	6.0	8	4.44
	10 a 12	19	22.9	17		23.9
	Curso Médio	18	21.7	11		15.5
	Curso Superior	30	36.1	26		36.6
	Empregado	50	60.2	43		60.6
	Baixa Médica	1	1.2	0		0
Situação	Desempregado	16	19.3	9		12.7

Profissional	Reformado por Invalidez	3	3.6	2	2.8
	Reformado por Idade	13	15.7	14	19.7
	Estudante			2	2.8
	Profissionais das Forças Armadas	1	1.2		
	Representantes do Poder Legislativo e de Órgãos Executivos, Dirigentes, Diretores e Gestores Executivos	5	6.0	4	5.6
	Especialistas das Atividades Intelectuais e Científicas	17	20.5	16	22.5
Profissão *	Técnicos e Profissões de Nível Intermédio	12	14.5	1	1.4
	Pessoal Administrativo	18	21.7	17	23.9
	Trabalhadores de Serviços Pessoais de proteção e Segurança e Vendedores	6	7.2	7	9.9
	Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura, Pesca e da Floresta	1	1.2		
	Trabalhadores Qualificados da Indústria, Construção e Artífices	4	4.8	1	1.4
	Operadores de Instalações e máquinas e Trabalhos de Montagem	2	2.4	5	7.0
	Trabalhadores Não Qualificados	1	1.2	3	4.2
Opção profissional condicionada p/doença	Sim	11	13.3	10	14.1
	Não	72	86.7	60	84.5
Negado o acesso atividade profissional	Sim	8	9.6	6	8.5
	Não	73	88.0	65	91.5

* Segundo a Classificação Portuguesa das Profissões (CPP/2010)

Psicopatologia e Regulação Emocional em Doentes em Remissão com Psoríase

	Grupo Remissão			Grupo Ativo		
	n	M	%	n	M	%
Tempo de Diagnóstico		34.49 (anos)			30.75 (anos)	
História Familiar de Psoríase	Sim	49	59.0	51		71.8
	Não	33	39.8	20		28.2
Gravidade da Doença	Ligeira	34	41.0	22		31.0
	Moderada	6	7.2	14		19.7
	Grave	41	49.4	34		47.9
Incómodo da doença	Pouco Incómoda	15	18.1	8		11.3
	Incómoda	38	45.8	42		59.2
	Muito Incómoda	29	34.9	21		29.6
Nº dermatologistas consultados nos últimos 2 anos	0	8	9.6	9		12.7
	1-2	52	2.27	51	2.07	71.8
	3-5	16	19.3	6		8.5
	+5	7	8.4	4		5.6
Nº médicos outras especialidades consultados nos últimos 2 anos	0	15	18.1	14		19.7
	1-2	45	1.99	42	1.97	59.2
	3-5	12	14.5	8		11.3
	+5	2	2.4	2		2.8
Tratamentos	0	3	3.6	2		2.8
	1-2	18	3.23	15	3.18	21.1
	3-5	17	20.5	20		28.2
	+5	43	51.8	31		43.7
Gasto mensal c/tratamento		67.57			48.84	
Satisfação c/tratamento	Muito satisfeito	27	32.5	20		28.2
	Pouco satisfeito	31	37.3	26		36.6
	Satisfeito	15	18.1	20		28.2
	Nada satisfeito	10	12.0	5		7.0
Outras doenças	Sim	35	42.2	38		53.5
	Não	48	57.8	33		46.5
Comorbilidades	Respiratórias	9	10.8	3		4.2
	Neurológicas	1	1.2	3		4.2
	Cardiovasculares	1	1.2	3		4.2
	Osteo-articulares	11	13.3	14		19.7
	Surdez	1	1.2			
	Metabólicas	4	4.8	3		4.2
Ansiedade/Depressão	Sim	36	43.4	36		50.7
	Não	47	56.6	34		47.9
Acompanhamento Psicológico/Psiquiátrico	Sim	19	22.9	19		26.8
	Não	64	77.1	52		73.2
Ansiolíticos/Antidepressivos	Sim	20	24.1	21		29.6
	Não	62	74.7	46		64.8
Histórico Familiar Ansiedade/Depressão	Sim	33	39.8	33		46.5
	Não	47	56.6	35		49.3
Comportamento de Saúde	Nº cigarros p/dia		4.02		3.12	
	Quantidade de bebidas alcoólicas p/dia		.45		.60	
	Nº cafés p/dia		1.85		1.91	
	Nº hr exercício físico p/semana		1.60		2.10	
	Nº hr sono p/dia		7.00		7.07	

Tabela 2: Comparação entre grupos quanto ao género

	Masculino		Feminino		χ^2	df	p
	n	%	n	%			
Grupo remissão	33	41,8	50	58,8	1,85	1	.173
Grupo ativo	36	52,2	35	41,2			

** $p \leq 0.01$; * $p \leq 0.05$

Tabela 3: Comparação dos grupos quanto à idade

	Idade							
	n	M	DP	F	p	t	df	p
Grupo remissão	83	46.04	14.198	.115	.735	-.608	152	.544
Grupo ativo	71	47.42	14.005					

** $p \leq 0.01$; * $p \leq 0.05$

Tabela 4: Comparação dos grupos quanto à frequência escolar

	Frequência Escolar												χ^2	df	P
	1-4		5-6		7-9		10-12		Curso médio		Curso superior				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Grupo remissão	7	8.5	3	3.7	5	6.1	19	23.2	18	22.0	30	36.6	2.08	5	.839
Grupo ativo	6	8.5	3	4.2	8	11.3	17	23.9	11	15.5	26	36.6			

** $p \leq 0.01$; * $p \leq 0.05$

Tabela 5: Comparação dos grupos quanto à situação profissional

	Situação Profissional												X^2	df	p
	Empregado		Baixa médica		Desempregado		Reformado p/invalidez		Reformado p/idade		Estudante				
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%			
Grupo remissão	50	60.2	1	1.2	16	19.3	3	3.6	13	15.7	0	0.0	5.82	6	.443
Grupo ativo	43	60.6	0	0.0	9	12.7	2	2.8	14	19.7	2	2.8			

** $p \leq 0.01$; * $p \leq 0.05$

Tabela 6: Comparação dos grupos quanto ao tempo de diagnóstico

	Tempo de Diagnóstico							
	n	M	DP	F	p	T	df	p
Grupo remissão	83	34.49	31.85	5.098	.025	.799	152	.417
Grupo ativo	71	30.75	25.25					

** $p \leq 0.01$; * $p \leq 0.05$

Tabela 7: Comparação dos grupos quanto ao incómodo causado pela psoríase

	Incómodo da Doença						X^2	df	p
	Pouco Incómoda		Incómoda		Muito Incomoda				
	n	%	n	%	n	%			
Grupo remissão	15	18.1	38	45.8	29	34.9	3.7	3	.296
Grupo ativo	8	11.3	42	59.2	21	29.6			

** $p \leq 0.01$; * $p \leq 0.05$

Tabela 8: Comparação dos grupos quanto à gravidade da doença

	Gravidade da Doença						X^2	df	p
	Ligeira		Moderada		Grave				
	n	%	n	%	n	%			
Grupo remissão	34	41.5	6	7.3	41	50.0	5.663	3	.129
Grupo ativo	22	31.0	14	19.7	34	47.9			

** $p \leq 0.01$; * $p \leq 0.05$

Tabela 9: Comparação dos grupos quanto aos tratamentos da doença

	Tratamentos								X^2	df	p
	0		1-2		3-5		+5				
	n	%	n	%	n	%	n	%			
Grupo remissão	3	3.7	18	22.2	17	21.0	43	53.1	1.54	3	.673
Grupo ativo	2	2.9	15	22.1	20	29.4	31	45.6			

** $p \leq 0.01$; * $p \leq 0.05$

Tabela 10: Comparação dos grupos quanto à satisfação com os tratamentos

	Satisfação com o Tratamento								X^2	df	p
	Muito satisfeito		Satisfeito		Pouco satisfeito		Nada satisfeito				
	n	%	n	%	n	%	n	%			
Grupo remissão	27	32.5	31	37.3	15	18.1	10	12.0	2.94	3	.400
Grupo ativo	20	28.2	26	36.6	20	28.2	5	7.0			

** $p \leq 0.01$; * $p \leq 0.05$

Tabela 11: Comparação dos grupos quanto ao diagnóstico de patologia ansiosa/depressiva

	Diagnóstico Ansiedade/Depressão						
	Sim		Não		X^2	df	p
	n	%	n	%			
Grupo remissão	36	43,4	47	56,6	.989	1	.320
Grupo ativo	36	51,4	34	48,6			

** $p \leq 0.01$; * $p \leq 0.05$

Tabela 12: Comparação dos grupos quanto ao acompanhamento psicológico/psiquiátrico

	Acompanhamento psicológico/psiquiátrico						
	Sim		Não		X^2	df	p
	n	%	n	%			
Grupo remissão	19	22,9	64	77,1	.308	1	.579
Grupo ativo	19	26,8	52	73,2			

** $p \leq 0.01$; * $p \leq 0.05$

Tabela 13: Comparação dos grupos quanto a outras doenças (comorbilidades)

	Outras doenças						
	Sim		Não		X^2	df	p
	n	%	n	%			
Grupo remissão	35	42,2	48	57,8	1,97	1	.160
Grupo ativo	38	53,5	33	46,5			

** $p \leq 0.01$; * $p \leq 0.05$

Tabela 14: Comparação dos grupos quanto às comorbilidades identificadas

	Comorbilidades												X^2	df	p
	Respiratórias		Neurológicas		Cardiovasculares		Osteoarticulares		Surdez		Metabólicas				
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Grupo remissão	9	10.8	1	1.2	1	1.2	11	13.3	1	1.2	4	4.8	9.35	7	.228
Grupo ativo	3	4.2	3	4.2	3	4.2	14	19.7	0	0.0	3	4.2			

** $p \leq 0.01$; * $p \leq 0.05$

Tabela 15: Comparação dos grupos quanto a histórico familiar de psoríase

	Histórico familiar de psoríase						
	Sim		Não		X^2	df	p
	n	%	n	%			
Grupo remissão	49	59.8	33	40.2	2.450	1	.117
Grupo ativo	51	71.8	20	28.2			

** $p \leq 0.01$; * $p \leq 0.05$

Tabela 16: Comparação dos grupos quanto aos comportamentos de saúde

	Comportamentos de Saúde							Teste Levene				
	Grupo Remissão			Grupo Ativo			F	P	t	df	P	
	n	M	DP	n	M	DP						
Nº cigarros p/dia	82	4.02	8.343	67	3.12	5.525	3.560	.061	.762	147	.448	
Nº cafés p/dia	81	1.85	1.379	64	1.91	1.433	.176	.675	-.232	143	.817	
Quantidade bebidas alcoólicas p/dia	80	.45	.940	68	.60	.849	.109	.742	-1.031	146	.304	
Horas de exercício p/semana	68	1.60	2.644	68	2.10	2.550	.121	.729	-1.106	134	.271	
Horas sono p/dia	59	7.00	.947	60	7.07	.821	.009	.924	-.411	117	.682	

** $p \leq 0.01$; * $p \leq 0.05$

Tabela 17: Comparação dos grupos quanto impacto na qualidade de vida

	Impacto na Q.V										
	Grupo Remissão			Grupo Ativo			Teste Levene				
	n	M	DP	n	M	DP	F	p	t	df	p
Nº dias faltou trabalho/escola	78	1.03	4.915	69	.36	1.445	4.767	.031	1.080	1.45	.258
Nº dias alterou atividade diária	82	13.76	35.717	70	10.86	37.822	.565	.453	.485	150	.628

** $p \leq 0.01$; * $p \leq 0.05$

Tabela 18: Comparação dos grupos quanto Incapacidade Provocada pela Psoríase (PDI)

		Teste Levene								
		n	M	DP	F	p	t	df	p	
PDI	Remissão	70	55.84	5.73481	3.700	.057	1.204	96	.232	
	Ativos	28	54.11	7.98303						

** $p \leq 0.01$; * $p \leq 0.05$

Tabela 19: Comparação dos grupos quanto a sintomas psicopatológicos (BSI)

		Teste Levene								
		n	M	DP	F	p	t	df	p	
Somatização	Remissão	83	1.70	.97306	.918	.340	-.426	105	.671	
	Ativos	24	1.79	.74381						
Obsessão Compulsão	Remissão	83	3.40	14.42703	.818	.368	.555	105	.580	
	Ativos	24	1.76	.80129						
Sensibilidade interpessoal	Remissão	83	1.93	.96791	.019	.890	-.029	105	.977	
	Ativos	24	1.94	.93032						
Depressão	Remissão	83	1.85	.96086	.033	.856	.280	105	.780	
	Ativos	24	1.78	.89769						
Ansiedade	Remissão	83	1.84	.88195	.000	.994	.060	105	.952	
	Ativos	24	1.83	.83817						
Hostilidade	Remissão	83	1.77	.86268	.238	.626	-.089	105	.930	
	Ativos	24	1.78	.71242						
Ansiedade Fóbica	Remissão	83	1.65	.87698	2.258	.136	.453	105	.651	
	Ativos	24	1.56	.64869						
Ideação Paranoide	Remissão	83	1.78	.88269	1.084	.300	.241	105	.810	
	Ativos	24	1.73	.70936						
Psicoticismo	Remissão	83	1.73	.87370	.052	.820	.151	105	.880	
	Ativos	24	1.70	.81933						
IGS	Remissão	83	1.80	.83699	.311	.578	.131	105	.896	
	Ativos	24	1.78	.70314						

** $p \leq 0.01$; * $p \leq 0.05$

Tabela 20: Comparação dos grupos quanto a Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE)

		<i>Teste Levene</i>							
		n	M	DP	F	p	T	df	p
Estratégias	Remissão	79	2.37	.73864	.177	.674	1.101	142	.273
	Ativos	65	2.23	.79001					
Não-Aceitação	Remissão	79	2.13	.84308	.250	.618	-.330	145	.742
	Ativos	68	2.18	.91054					
Consciência	Remissão	78	2.80	.92740	.556	.457	1.034	143	.303
	Ativos	67	2.65	.85994					
Impulsos	Remissão	79	2.35	.76961	.021	.885	2.538	143	.012*
	Ativos	66	2.02	.80444					
Objetivos	Remissão	76	2.54	.72826	.066	.797	.777	142	.438
	Ativos	68	2.44	.74798					
Clareza	Remissão	79	2.32	.59165	.076	.783	.747	146	.456
	Ativos	69	2.25	.57461					

** $p \leq 0.01$; * $p \leq 0.05$

Tabela 21: Comparação dos grupos quanto a “Amarguramento” (PTED)

		<i>Teste Levene</i>							
		n	M	DP	F	p	t	df	p
Funcionamento Social	Remissão	71	6.27	6.06856	17.710	.000	-3.100	135	.003**
	Ativos	66	10.45	9.48388					
Resposta Emocional	Remissão	73	7.66	6.87633	6.622	.011	-2.559	137	.012*
	Ativos	66	10.94	9.23291					
Pensamento de Vingança	Remissão	75	2.65	2.99772	4.155	.043	-2.129	141	.037*
	Ativos	68	3.84	3.65125					

** $p \leq 0.01$; * $p \leq 0.05$

Anexos

Anexo I

Ficha Sociodemográfica e Clínica

(Almeida, V., & Teixeira, A., 2011)

DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS

1. N° de Identificação:	<input type="text"/>	2. Sexo:	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	3. Idade:	<input type="text"/>
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:	<input type="text"/>					
7. Situação profissional:						
	Empregado <input type="checkbox"/>	Baixa médica <input type="checkbox"/>	Desempregado <input type="checkbox"/>			
	Reformado por invalidez <input type="checkbox"/>	Reformado por idade <input type="checkbox"/>	Estudante <input type="checkbox"/>			
Observações:	<input type="text"/>					
8. Raça/Etnia:						
	Caucasiana <input type="checkbox"/>	Negra <input type="checkbox"/>	Asiática <input type="checkbox"/>			
9. Zona residência: distrito/concelho	<input type="text"/>					

DADOS DE SAÚDE

10. Primeiro diagnóstico de psoríase em	<input type="text"/>					
11. Há história na família de psoríase:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>				
12. N° de médicos que consultou para o tratamento da psoríase nos últimos 2 anos:						
	Dermatologistas:	0 <input type="checkbox"/>	1-2 <input type="checkbox"/>	3-5 <input type="checkbox"/>	+5 <input type="checkbox"/>	
	Outras especialidades:	0 <input type="checkbox"/>	1-2 <input type="checkbox"/>	3-5 <input type="checkbox"/>	+5 <input type="checkbox"/>	
13. Quantos tratamentos já experimentou:	0 <input type="checkbox"/>	1-2 <input type="checkbox"/>	3-5 <input type="checkbox"/>	+5 <input type="checkbox"/>		
14. Qual o seu grau de satisfação com o tratamento atual para a psoríase:						
	Muito satisfeito <input type="checkbox"/>	Satisfeito <input type="checkbox"/>	Pouco satisfeito <input type="checkbox"/>	Nada satisfeito <input type="checkbox"/>		
15. N° dias que faltou ao trabalho/escola por causa da doença (últimos 6 meses):	<input type="text"/>					
Não faltou	<input type="checkbox"/>					
16. N° dias que alterou a atividade diária devido à doença/sintomas (últimos 6 meses):	<input type="text"/>					

Não alterou

17. Alguma vez lhe foi negado o acesso a alguma atividade profissional por causa da psoríase:

Sim Não

18. A psoríase condicionou a sua opção profissional: Sim Não

19. Quanto gasta no tratamento da psoríase? €/mês

20. Considera a sua doença:

Ligeira Moderada Grave

21. Considera a sua doença:

Pouco incómoda Incómoda Muito incómoda

22. Possui outras doenças:

Não

Sim Quais?

Doenças Respiratórias Doenças Neurológicas Doenças Cardiovasculares

Doenças Osteo-articulares Doenças Renais Surdez

Doenças Metabólicas Cegueira

Outras

23. Alguma vez lhe foi diagnosticado ansiedade e/ou depressão?

Não Sim Primeiro diagnóstico em

24. Há história na família de ansiedade e/ou depressão: Sim Não

25. É acompanhado por psicólogo/psiquiatra?

Não

Sim Início das consultas? > 6 meses < 6 meses

Número de consultas/mês

26. Toma ansiolíticos ou antidepressivos? Sim Não

Comportamentos de Saúde (na última semana)

27. N° de cigarros por dia:

28. N° de cafés por dia:

29. Quantidade de bebidas alcoólicas por dia:

30. N° de horas de exercício físico por semana:

31. N° de horas de sono por dia:

Anexo II

Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (EDRE)

Tradução e adaptação da Versão Portuguesa
Eugénia Fernandes, Joana Coutinho, Raquel Ferreirinha (2007)

Instruções: Por favor indique com que frequência as seguintes afirmações se aplicam a si, com base na seguinte escala de 1 a 5, fazendo um círculo, no valor seleccionado, na linha ao lado de cada item.

1	2	3	4	5
Quase Nunca (0-10%)	Algumas vezes (11-35%)	Cerca de metade do tempo (36-65%)	A maioria do tempo (66-90%)	Quase Sempre (91-100%)

1. É claro para mim aquilo que estou a sentir	1	2	3	4	5
2. Eu presto atenção a como me sinto	1	2	3	4	5
3. Eu experiencio as minhas emoções como avassaladoras e fora de controlo	1	2	3	4	5
4. Não tenho ideia nenhuma de como me estou a sentir	1	2	3	4	5
5. Tenho dificuldade em atribuir um significado aos meus sentimentos	1	2	3	4	5
6. Sou atento aos meus sentimentos	1	2	3	4	5
7. Sei exatamente como me estou a sentir	1	2	3	4	5
8. Preocupo-me com aquilo que estou a sentir	1	2	3	4	5
9. Estou confuso acerca do que sinto	1	2	3	4	5
10. Quando estou emocionalmente incomodado, reconheço as minhas emoções	1	2	3	4	5
11. Quando estou emocionalmente incomodado, fico zangado comigo próprio por me sentir dessa forma	1	2	3	4	5
12. Quando estou emocionalmente incomodado, fico envergonhado por me sentir dessa forma	1	2	3	4	5
13. Quando estou emocionalmente incomodado, tenho dificuldade em ter o trabalho feito	1	2	3	4	5
14. Quando estou emocionalmente incomodado, fico fora de controlo	1	2	3	4	5
15. Quando estou emocionalmente incomodado, acredito que me irei manter dessa forma durante muito tempo	1	2	3	4	5
16. Quando estou emocionalmente incomodado, acredito que acabarei por me sentir muito deprimido	1	2	3	4	5
17. Quando estou emocionalmente incomodado, acredito que os meus sentimentos são válidos e importantes	1	2	3	4	5
18. Quando estou emocionalmente incomodado, tenho dificuldade em focar em outras coisas	1	2	3	4	5
19. Quando estou emocionalmente incomodado, sinto-me fora de controlo	1	2	3	4	5
20. Quando estou emocionalmente incomodado, ainda consigo fazer as coisas	1	2	3	4	5
21. Quando estou emocionalmente incomodado, sinto-me envergonhado comigo mesmo por me sentir dessa forma	1	2	3	4	5
22. Quando estou emocionalmente incomodado, sei que consigo encontrar uma forma para eventualmente me sentir melhor	1	2	3	4	5

23. Quando estou emocionalmente incomodado, sinto que sou fraco	1	2	3	4	5
24. Quando estou emocionalmente incomodado, sinto que consigo manter o controlo dos meus comportamentos	1	2	3	4	5
25. Quando estou emocionalmente incomodado, sinto-me culpado por me sentir dessa forma	1	2	3	4	5
26. Quando estou emocionalmente incomodado, tenho dificuldade em concentrar	1	2	3	4	5
27. Quando estou emocionalmente incomodado, tenho dificuldade em controlar os meus comportamentos	1	2	3	4	5
28. Quando estou emocionalmente incomodado, acredito que não há nada que possa fazer para me fazer sentir melhor	1	2	3	4	5
29. Quando estou emocionalmente incomodado, fico irritado comigo próprio por me sentir dessa forma	1	2	3	4	5
30. Quando estou emocionalmente incomodado, começo a sentir-me mesmo mal comigo próprio	1	2	3	4	5
31. Quando estou emocionalmente incomodado, acredito que permitir o que estou a sentir é tudo o que posso fazer	1	2	3	4	5
32. Quando estou emocionalmente incomodado, perco o controlo sobre os meus comportamentos	1	2	3	4	5
33. Quando estou emocionalmente incomodado, tenho dificuldades em pensar acerca de outra coisa qualquer	1	2	3	4	5
34. Quando estou emocionalmente incomodado, paro um tempo, para perceber o que estou mesmo a sentir	1	2	3	4	5
35. Quando estou emocionalmente incomodado, demoro muito tempo para me sentir melhor	1	2	3	4	5
36. Quando estou emocionalmente incomodado, as minhas emoções parecem avassaladoras	1	2	3	4	5

Anexo III

Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)

L.R. Derogatis, 1993; Versão: M.C. Canavarro, 1995

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços á direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O AFECTOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi afetado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Desmaios ou tonturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dores sobre o coração ou no peito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Medo na rua ou praça públicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pensamentos de acabar com a vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Perder o apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ter um medo súbito sem razão para isso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ter impulsos que não se podem controlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Em que medida foi afetado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
16. Sentir-se sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sentir-se triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Não ter interesse por nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sentir-se atemorizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sentir-se inferior aos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Vontade de vomitar ou mal estar do estômago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Dificuldade em adormecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Dificuldade em tomar decisões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Sensação de que lhe falta o ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Calafrios ou afrontamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou atividades por lhe causarem medo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Sensação de vazio na cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ter a ideia de que deveria ser castigado pelos seus pecados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 36. Ter dificuldade em se concentrar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. Falta de forças em partes do corpo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. Sentir-se em estado de tensão e aflição | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41. Ter vontade de destruir ou partir coisas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44. Grande dificuldade em sentir-se “próximo” de outra pessoa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45. Ter ataques de terror ou pânico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 46. Entrar facilmente em discussão | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 50. Sentir que não tem valor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 51. A impressão que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 52. Ter sentimentos de culpa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 53. Ter a impressão que alguma coisa não regula na sua cabeça | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Anexo IV

ÍNDICE DE INCAPACIDADE PROVOCADA PELA PSORÍASE

- **Agradece-se antecipadamente a sua colaboração na resposta a este inquérito.**
- Assinale por favor a resposta a cada pergunta
- Cada pergunta diz respeito **APENAS ÀS ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS**

Todas as perguntas dizem respeito às ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS

ACTIVIDADES DIÁRIAS:

1. Como interferiu a psoríase na realização das suas actividades dentro e fora de casa?

Muito **Bastante** **Ligeiramente** **Nada**

2. Com que frequência vestiu diferentes tipos ou cores de roupa por causa da psoríase?

Muito **Bastante** **Ligeiramente** **Nada**

3. Com que frequência teve necessidade de mudar de roupa ou de a lavar?

Muito **bastante** **Ligeiramente** **Nada**

4. Tem sido um problema ir ao cabeleireiro ou barbeiro por causa da psoríase?

Muito **Bastante** **Ligeiramente** **Nada**

5. A psoríase fez com que tivesse de tomar banho mais vezes do que habitualmente?

Muito **Bastante** **Ligeiramente** **Nada**

- Há duas versões diferentes das perguntas 6, 7 e 8.
- Se está **regularmente a trabalhar ou estudar** responda por favor às primeiras perguntas **6 – 8**.
- Se **não está a trabalhar ou a estudar** responda por favor às segundas questões **6 – 8**.

Todas as perguntas dizem respeito às ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.

TRABALHO OU AULAS (se aplicável):

6. Com que frequência teve de faltar ao trabalho ou às aulas por causa da psoríase nas últimas quatro semanas?

Muito **Bastante** **Ligeiramente** **Nada**

7. Com que frequência foi impedido/a de realizar alguma actividade no trabalho ou na escola por causa da psoríase nas últimas quatro semanas?

Muito **Bastante** **Ligeiramente** **Nada**

8. A psoríase afectou a sua carreira? (exemplos: promoção recusada, perda de emprego, solicitado(a) a mudar de emprego).

Muito **Bastante** **Ligeiramente** **Nada**

SE NÃO ESTÁ A TRABALHAR OU A ESTUDAR: PERGUNTAS ALTERNATIVAS

6. Com que frequência **deixou** de realizar as suas actividades diárias normais por causa da psoríase nas últimas quatro semanas?

Muito **Bastante** **Ligeiramente** **Nada**

7. Com que frequência teve de **alterar o modo** de realizar as actividades diárias por causa da psoríase nas últimas quatro semanas?

Muito **Bastante** **Ligeiramente** **Nada**

8. A psoríase afectou a sua carreira? (exemplos: promoção recusada, perda de emprego, solicitado(a) a mudar de emprego).

Muito **Bastante** **Ligeiramente** **Nada**

Todas as perguntas dizem respeito às ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.

RELACIONAMENTOS PESSOAIS:

9. A psoríase causou-lhe dificuldades sexuais nas últimas quatro semanas?

Muito **Bastante** **Ligeiramente** **Nada**

10. A psoríase causou-lhe problemas com o (a) seu (sua) parceiro(a), amigos mais próximos ou parentes?

Muito **Bastante** **Ligeiramente** **Nada**

LAZER:

11. Com que frequência a psoríase o(a) impediu de sair socialmente ou de realizar outras funções específicas?

Muito **Bastante** **Ligeiramente** **Nada**

12. A psoríase está a dificultar a prática de algum desporto ?

Muito **Bastante** **Ligeiramente** **Nada**

13. Não conseguiu usar, foi criticado ou impedido de usar casas de banho públicas ou vestiários por causa de sua psoríase?

Muito **Bastante** **Ligeiramente** **Nada**

14. A psoríase fez com que fumasse ou bebesse bebidas alcoólicas mais do que habitualmente?

Muito **Bastante** **Ligeiramente** **Nada**

TRATAMENTO:

15. Até que ponto a psoríase ou o seu tratamento fez com que sua casa ficasse suja ou desarrumada ?

Muito **Bastante** **Ligeiramente** **Nada**

Por favor verifique se respondeu a todas as questões.

Obrigado pela sua colaboração.

Anexos V

The PTED Self- Rating Scale (Versão Portuguesa)

Nome: _____ Data: _____

Por favor, leia as afirmações a seguir e indique até que ponto elas se aplicam a si. Por favor, não deixe nenhuma afirmação por responder:

Eu concordo com esta afirmação

Durante os últimos anos houve um acontecimento de vida grave e negativo

	Não o é verdadeiro	Difícilm ente é verdadeiro	Pouco verdadeiro	Muito verdadei ro	Extrema mente verdadeiro
1. que me magoou e me causou amarguramento	0	1	2	3	4
2. que conduziu a uma manifesta e persistente mudança negativa no meu bem-estar mental	0	1	2	3	4
3. que considero como tendo sido injusta e inaceitável.	0	1	2	3	4
4. sobre o qual tenho pensado sem parar	0	1	2	3	4
5. que causa em mim um sentimento de transtorno quando recordo esse acontecimento	0	1	2	3	4
6. que desencadeia em mim pensamentos persistentes de vingança	0	1	2	3	4
7. pelo qual culpo-me e sinto raiva de mim mesmo	0	1	2	3	4
8. que me deixa uma sensação de que não há pelo que lutar ou esforçar	0	1	2	3	4
9. que muitas vezes me faz sentir mal-humorado e infeliz	0	1	2	3	4
10. que dificultou o meu bem estar físico geral	0	1	2	3	4
11. que me leva a evitar certos lugares ou pessoas para não me lembrar disso	0	1	2	3	4
12. que me faz sentir impotente e sem poder	0	1	2	3	4
13. que desencadeia sentimentos de satisfação quando penso que uma situação idêntica está a acontecer à pessoa responsável	0	1	2	3	4
14. que leva a uma diminuição considerável da minha força e motivação	0	1	2	3	4
15. que me tornou mais irritável do que anteriormente	0	1	2	3	4
16. que me obriga a distrair para experimentar um humor normal	0	1	2	3	4
17. que me tornou incapaz de exercer actividades de tempos livres e/ou com a família como anteriormente	0	1	2	3	4
18. que fez com que me afastasse dos amigos e de actividades sociais	0	1	2	3	4
19. que me faz lembrar frequentemente memórias dolorosas	0	1	2	3	4

Anexos VI

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

No âmbito da realização de um projeto de investigação do CICS-CESPU Intitulado **“Regulação Emocional e Psicopatologia na Psoríase”** vimos solicitar o preenchimento do(s) questionário(s) anexado(s) a este termo. Queremos realçar que a participação neste estudo é voluntária e anónima sendo garantida a confidencialidade de todos os dados.

Assim, após ser devidamente informado(a) sobre os objetivos e protocolo da investigação, declaro que aceitei de livre vontade fazer parte do estudo que está ser realizado pelo CICS-CESPU.

Obrigado pela sua colaboração

Apêndice 1

Resumo Aprovado para Comunicação Oral no II Congresso Ibero-Americano de Psicologia da Saúde na Universidade do Algarve (Faro, Portugal) de 4 a 6 de Julho de 2013



PSICOPATOLOGIA E REGULAÇÃO EMOCIONAL EM DOENTES EM REMISSÃO COM PSORÍASE

Estela Faria,
Instituto Superior De Ciências Da Saúde-norte, Cespu,
Portugal

Carolina Oliveira,
Instituto Superior De Ciências Da Saúde-norte, Cespu,
Portugal

Cláudia Fernandes,
Instituto Superior De Ciências Da Saúde-norte, Cespu,
Portugal

Ana Teixeira,
Instituto Superior De Ciências Da Saúde-norte, Cespu,
Portugal

Vera Almeida,
Instituto Superior De Ciências Da Saúde-norte, Cespu,
Portugal

Resumo

Objetivos: A psoríase é uma doença crónica da pele que tem suscitado interesse em investigação devido ao impacto psicossocial no doente. Sendo a pele o meio de contacto físico e visibilidade, objetivou-se avaliar as diferenças entre doentes psoriáticos com sintomatologia ativa e em fase de remissão, nas suas condições psicológicas, variáveis

sociodemográficas e clínicas, partindo da premissa que a visibilidade das lesões podem influenciar o impacto psicossocial e regulação emocional. **Métodos:** Foram avaliados 154 doentes psoriáticos, dos quais 83 encontravam-se em fase de remissão da doença (33 homens e 50 mulheres) e 71 apresentavam sintomatologia ativa (36 homens e 35 mulheres) com idades compreendidas entre os 18 os 82 anos. Todos os participantes preencheram a Ficha Sociodemográfica e Clínica, a EDRE, o BSI, o PDI e o PTED. **Resultados:** Os grupos não diferiram estatisticamente em termos sociodemográficos, clínicos, comportamentos de saúde, impacto na qualidade de vida e sintomas psicopatológicos. O grupo em fase de remissão da doença apresentou maior dificuldade de controlo de impulsos comparativamente com os participantes com sintomatologia ativa. Estes apresentam maior índice de “amarguramento” traduzindo maior disfunção social, maior resposta emocional negativa aos eventos e uma maior presença de sentimentos de vingança comparativamente com o grupo em fase de remissão da doença. **Conclusões:** A psicopatologia associada à psoríase manifesta-se independentemente da fase de remissão ou exacerbação da doença. A visibilidade das lesões surge associada a algumas dimensões de regulação emocional na psoríase.

Palavras-chave: Psoríase, Visibilidade das Lesões, Psicopatologia, Regulação Emocional.

Tipo: Comunicação Oral

Idioma: Português

E-mail do primeiro autor: estelafaria1@hotmail.com