



Estudos de Psicologia

ISSN: 0103-166X

estudosdepsicologia@puc-
campinas.edu.br

Pontifícia Universidade Católica de
Campinas
Brasil

Dors Tigre da Silva, Juliana; Campio Müller, Marisa

Uma integração teórica entre psicossomática, stress e doenças crônicas de pele

Estudos de Psicologia, vol. 24, núm. 2, abril-junio, 2007, pp. 247-256

Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Campinas, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=395336186011>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Uma integração teórica entre psicossomática, stress e doenças crônicas de pele¹

Psychosomatic, stress and chronic skin problems theoretical integration

Juliana Dors Tigre da SILVA²

Marisa Campio MÜLLER²

Resumo

Observa-se, na área da saúde em geral, a existência de muitas doenças crônicas que exigem tratamentos contínuos que sobrecarregam o Sistema Único de Saúde com consultas recorrentes e custos elevados de medicamentos. Emerge a necessidade da busca por um entendimento complementar do melhor manejo do desequilíbrio físico e mental crônico. Aponta-se neste artigo a contribuição da abordagem da medicina psicossomática, que possui um entendimento abrangente do fenômeno do processo saúde e doença, considerando o ser humano integral, nas dimensões biopsicossocial, e buscando complemento para sua prática na atividade interdisciplinar. Este artigo pretende reunir informações dessa abordagem, da teoria do stress e das pesquisas realizadas na área de dermatologia, que consideram os aspectos psicossociais que influenciam na doença de pele. O intuito é integrar essas informações para que se possa pensar em diferentes possibilidades de tratamentos que contribuam para uma melhor qualidade de vida dos portadores de doenças crônicas de pele, em especial a psoríase.

Unitermos: medicina psicossomática; psoríase; qualidade de vida; stress.

Abstract

Nowadays it is observed in the health area, the existence of many chronic illnesses that demand continuous treatments, that overload health public system with recurrent consultations and high medicine costs. In this context, the necessity of complementary and deeper understanding about the physical and mental chronic unbalance best handling emerges. It is important to point out, the psychosomatic medicine approach has considerably contributed to this advance. This approach includes a huge understanding about health and illness phenomenons, considering the human being in its completeness biopsychosocial dimensions, and also it looks up health professionals' interdisciplinary activity. This paper aim is to gather some psychosomatic approach information towards stress theory and the researches carried in the dermatology field that consider the psychosocial aspects influence in the skin illness process. Furthermore it is important to integrate this information, so that different treatment possibilities can be thought and discussed in order to contribute for chronic skin illnesses patients' life quality.

Uniterms: psychosomatic medicine; psoriasis; life quality; stress.

▼▼▼▼▼

¹ Artigo elaborado a partir da dissertação de J.D.T. SILVA, intitulada: "Estratégias de coping, níveis de stress e qualidade de vida em pacientes portadores de psoríase". Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2005. Pesquisa financiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

² Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Av. Ipiranga, n. 6681, 90619-900, Porto Alegre, RS, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: J.D.T. SILVA. E-mail: <julianadts@terra.com.br>.

Observa-se na área da saúde em geral a existência de inúmeras doenças crônicas que exigem tratamentos contínuos que, conseqüentemente, sobrecarregam o Sistema Público de Saúde (SUS) com consultas recorrentes e custos elevados de medicamentos para controle. Esse esforço para sanar o desequilíbrio físico, muitas vezes, apenas atenua o sofrimento do paciente, que enfrenta inúmeras dificuldades e insatisfações na convivência com uma doença crônica.

Nesse contexto surge a necessidade de buscar um entendimento complementar e mais profundo do melhor manejo do desequilíbrio físico e mental crônico. A possibilidade da compreensão mais ampla do ser que adoecer pode surgir de um esgotamento dos tratamentos tradicionais ou de uma consciência mais abrangente dos profissionais de saúde. Assim, a pessoa pode passar a ser vista não só como um corpo físico, mas também constituída de outras dimensões, como a psíquica, social, econômica e cultural, as quais estão interconectadas e podem igualmente afetar o equilíbrio do estado de saúde e doença.

Aponta-se aqui, como contribuição para essa compreensão, a abordagem da medicina psicossomática. Essa abordagem atualmente possui um entendimento abrangente do fenômeno do processo saúde e doença, considerando o ser humano na sua integralidade, nas suas dimensões biopsicossocial. Além disso, busca complemento para sua prática na atividade interdisciplinar dos profissionais da saúde.

Este artigo pretende reunir algumas informações sobre a abordagem psicossomática, a teoria do *stress* e as pesquisas realizadas na área de dermatologia que consideram os aspectos psicossociais influentes na doença de pele. O intuito é integrar esses conhecimentos a fim de pensar em diferentes possibilidades de tratamentos que contribuam para uma melhor qualidade de vida dos portadores de doenças crônicas de pele.

A abordagem psicossomática

O conceito atual de 'psicossomática', de acordo com Lipowski (1984), tem a intenção de abarcar uma visão de integralidade do homem, ou seja, sua totalidade, um complexo mente-corpo em interação com um contexto social. Aborda a inseparabilidade e a interde-

pendência dos aspectos psicológicos e biológicos da humanidade.

O termo 'psicossomática' foi utilizado pela primeira vez por um psiquiatra alemão chamado Heinroth, em 1808, quando realizou seus estudos sobre insônia; mais tarde, em 1823, ele introduziu o termo 'somato-psíquico' para abordar a influência dos fatores orgânicos que afetam os emocionais. Já o termo 'medicina psicossomática' foi apresentado por Felix Deutsch, em 1922 e desenvolvido de forma mais consistente por Helen Dunbar, em seu livro "Mudanças emocionais e biológicas: uma pesquisa da literatura sobre inter-relações psicossomáticas: 1919-1933". Essa última autora já apontava em seus trabalhos que o termo 'psicossomática' não seria adequado por não conseguir compreender a unidade mente e corpo, porém tal expressão acabou sendo consagrada cientificamente por falta de outra melhor e, conseqüentemente, caiu em domínio público (Ramos, 1994).

Mello Filho (2002) também comentou que o termo 'medicina psicossomática' não abrange a totalidade dos fenômenos que influenciam a saúde do homem, como os sociais e culturais, e sugeriu, baseado nas idéias de Perestrelo (1974), que o termo mais completo poderia ser medicina 'psicossociossomática'; porém, como o termo original já está definitivamente implantado, ele permanece mesmo sendo incompleto.

O mesmo autor comentou que, atualmente, a visão psicossomática já conquistou um espaço importante entre as práticas médicas, tendo como prova disso a atual definição de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS): "*saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental, social e não apenas a ausência de doença*". Apesar de ser alvo de críticas, esse conceito consegue ser mais próximo de uma visão de homem integral, pois considera as influências biopsicossociais.

Corroborando com esse pensamento, e indo além dele, destaca-se a Teoria da Complexidade de Morin (2002), que afirmou que o homem está em relação com seu ecossistema, sofre suas influências e o influencia. Assim é necessário respeitar a singularidade do homem no seu ecossistema complexo, levando em conta simultaneamente seus processos biológicos, psicológicos, sociológicos e culturais (Morin 2002; Pena-Vega & Nascimento, 1999).

Vasconcellos (1998) ressaltou ainda que os segmentos mais avançados desse movimento da abordagem psicossomática exigem que o bem-estar não seja apenas biopsicossocial, como aponta a OMS, mas sim que abranja também as dimensões espiritual e ecológica. Para que esses conceitos sejam acolhidos, o autor considerou importante a necessidade de uma flexibilidade paradigmática, que exige arcabouços metodológicos ainda não existentes. No entanto enfatizou a influência dessas cinco dimensões (bio, psico, social, espiritual e ecológica) no equilíbrio homeostático do organismo, salientando que lentamente o conceito biopsicossocial está se transformando em um conceito biopsicossocioespiritual-ecológico. Assim a saúde e a doença sofrem constantemente a influência dessas dimensões, não tendo uma única etiologia e possuindo uma dinâmica diversa.

A medicina psicossomática é apontada como vanguarda do pensar e do fazer na área da saúde. No entanto é importante relembrar que essa abordagem possui 2.500 anos de construção, tendo seus primórdios no surgimento da medicina com os aforismos de Hipócrates (séc. VI a.C.), considerado o pai da medicina. Ele definiu o homem como um sistema integrado constando de corpo, alma (psiquismo) e ambiente, portanto estruturou seus pensamentos sobre essa base (Riechelmann, 2000).

Volich (2000) também apontou a psicossomática como herdeira do pensamento antigo que considera a unidade corpo-alma. Afirmou que sua busca está embasada na visão integrada de homem, perseguindo a compreensão da existência humana, da saúde e da doença através das manifestações da unidade do sujeito e estruturando ações terapêuticas sobre esse enfoque.

O mesmo autor lembrou que, ao retornar à época em que o corpo de conhecimentos da medicina moderna começou a ser constituído, encontra-se a concepção de Hipócrates que tem como pressuposto não analisar o corpo separado da alma, considerando que a psique exerce função reguladora no todo: *"O corpo humano é um todo cujas partes se interpenetram. Ele possui um elemento interno de coesão, a alma; ela cresce e diminui, renasce a cada instante até a morte. É uma grande parte orgânica do ser"* (Volich 2000, p.23).

De acordo com Mello Filho (1992), o corpo de teoria da psicossomática moderna, ao longo do tempo,

desenvolveu-se em três fases. A primeira foi estimulada pela psicanálise com o enfoque dos estudos sobre a gênese inconsciente das enfermidades, teorias da regressão e sobre os benefícios secundários do adoecer entre outros. A segunda é a fase intermediária, behaviorista, que se concentrou em pesquisas em homens e animais, tendo como auxiliar para sua interpretação as ciências exatas, havendo um grande avanço nos estudos sobre *stress*. Já a terceira fase, atual, chamada de multidisciplinar ou interdisciplinar, destaca a importância da dimensão social e suas interconexões com a visão psicossomática, necessariamente possuindo uma interação entre os diferentes profissionais de saúde.

Uma importante contribuição para o avanço dos estudos sobre a interação mente-corpo foi dada por Hans Selye, com o desenvolvimento de suas idéias sobre a Síndrome Geral de Adaptação ou Síndrome do Stress. Segundo o autor, em toda doença há um elemento de adaptação, e a enfermidade é esse esforço defensivo e adaptativo do corpo que varia entre uma excessiva defesa ou excessiva submissão e que envolve tanto o biológico quanto o psíquico. A idéia principal dessa teoria, que contribuiu para a abordagem psicossomática, é de como o corpo se transforma sob o efeito do stress (Selye, 1956; Ramos, 1994).

Como consequência da teoria do stress, pesquisas na área da psiconeuroimunologia vêm ampliando os conhecimentos sobre a interação dos efeitos do *stress* sobre o corpo. Tal ciência, desenvolvida nos EUA por Robert Ader, há 20 anos, busca estudar, dentro do paradigma de integração, a relação existente entre os sistemas psíquico, neurológico, imunológico e, mais recentemente, endócrino. Primordialmente, essa área de conhecimento desenvolveu-se seguindo os caminhos clássicos da medicina comportamental; porém, atualmente no Brasil, está sendo ampliada com pesquisas que buscam o desenvolvimento conceitual da psiconeuroimunologia sob o paradigma da integração (Vasconcellos, 1998).

Para um entendimento mais aprofundado de como o *stress* pode influenciar nas doenças físicas, alguns conceitos precisam ser aprofundados. Tais conceitos servem também como um dos alicerces para o entendimento da abordagem psicossomática, que tem como cerne a interação entre o biológico, o psíquico e o social, e que, por sua vez, na proposta apresentada

aqui, pode contribuir para um entendimento complementar da doença crônica de pele.

Contribuições da teoria do *stress*

Em inúmeros contextos da sociedade atual, o termo *stress* é bastante conhecido e utilizado. Na maioria das vezes, é empregado carregado de sentido negativo, pois é o causador ou a consequência de vários problemas para as pessoas. No entanto originalmente o conceito de *stress* contém os dois sentidos, positivo e negativo. Observa-se que o *stress* é um dos principais fatores que contribui para a baixa qualidade de vida da sociedade, por isso tem sido dedicada atenção especial para esse tópico tanto em programas de tratamento quanto de prevenção em saúde.

É necessário destacar que a qualidade de vida de uma pessoa está baseada, entre diversos aspectos, na maneira como o indivíduo flexibiliza suas atitudes frente às situações estressantes da vida e em como as conduz a fim de alcançar um melhor relacionamento consigo e com os outros. Discernir o sistema de crenças negativas, no que consistem, como atuam na sua vida e, particularmente, como podem estar alterando sua harmonia, é passo fundamental para a melhora do ser como um todo, assim como a identificação das suas potencialidades positivas para a reintegração da sua saúde (Petrone, 1994).

Fleck, Leal, Louzada, Xavier e Chachamovich (1999) conceituaram qualidade de vida como a percepção dos indivíduos ou grupos em satisfazer suas necessidades, aproveitando as oportunidades para alcançar um estado de felicidade e realização pessoal. É a percepção do indivíduo: de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Em busca da conquista de qualidade de vida, o ser humano depara-se com inúmeras condições que se tornam obstáculos como as situações que causam *stress*. O termo 'stress' foi utilizado primeiramente por Hans Selye em 1936, quando conceituou a Síndrome Geral de Adaptação ou Síndrome do Stress. O autor utilizou esse termo para denominar o "conjunto de reações que um organismo desenvolve ao ser submetido a uma situação que exige esforço de adaptação." Descreveu

também que o "stress é usualmente o resultado da luta para a autopreservação (homeostase) das partes dentro do todo." De acordo com Selye, há um grupo de doenças de adaptação geradas por reações exageradas, ou de defesa ou de submissão, do organismo (Selye, 1956, p.253).

É possível ter uma visão tanto positiva quanto negativa do *stress*, ou seja, por um lado ele pode ser o estímulo para buscar novas conquistas e, por outro, o resultado de um esforço exagerado que leva ao adoecimento. Naturalmente, as respostas ao *stress* mobilizam o organismo a encontrar recursos para enfrentar as situações que lhe exigem adaptação. A maneira como esses esforços são direcionados e a identificação das suas consequências é que ajudam a ter êxito ou não com a saúde (Andrews, 2003)

O fenômeno do *stress* é desencadeado, como referiu Selye, por um estímulo estressor ou estressor, e a resposta do indivíduo diante do estímulo chama-se processo de *stress*. Se a reação do indivíduo causar consequências negativas, trata-se, então, de *distress*; por outro lado, quando há uma reação saudável ao estímulo dá-se o nome de *eutress*. Sendo assim, é possível considerar o fenômeno como processo ou como estado. O processo refere-se à tensão desencadeada por uma situação de desafio, ameaça ou conquista. O estado é o resultado positivo (*eutress*) ou negativo (*distress*) do esforço gerado pela tensão mobilizada pela pessoa (França & Rodrigues, 2002).

Conforme Lipp (1996), a origem do *stress* pode ser tanto externa quanto interna. A autora afirmou que os fatores relacionados à origem externa são representados por situações cotidianas ou por pessoas com as quais se lida rotineiramente, ou seja, perdas ocasionais, acidentes, trabalho em excesso, família em conflito, entre outros. Os fatores internos correspondem à maneira como se imagina e interpreta uma situação, sendo essa perigosa ou ameaçadora. O organismo se coloca em situação de alerta sempre que necessário, provocando uma série de modificações fisiológicas nesses momentos (Lipp, 1996; Lipp & Tanganelli, 2002).

Selye (1956) considerou três fases no desenvolvimento do *stress*: a de alerta, a de resistência e a de exaustão, podendo identificar através dessas fases a gradação da seriedade do nível de *stress* em que a pessoa

se encontra. A fase de alerta é considerada a etapa na qual a pessoa tem uma descarga de adrenalina preparatória para a adaptação e consegue ter êxito na situação, alcançando uma sensação de plenitude; logo, é uma fase positiva do *stress*. Na fase de resistência, a pessoa continua tentando lidar, de forma automática, com os estressores, buscando manter a sua homeostase interna; se esses estressores persistirem em frequência ou intensidade, e não acontecer sua interrupção ou existirem dificuldades de adaptação através de estratégias de enfrentamento, pode ocorrer uma quebra da resistência da pessoa. Como consequência disso, a fase seguinte é a de exaustão, na qual os órgãos com maior fragilidade genética são mais facilmente atingidos por distúrbios, podendo, por meio desse processo, surgir doenças graves.

Lipp (2000), através da construção do Inventário de Sintomas de Stress, identificou uma quarta fase que está entre a fase de resistência e a fase de exaustão. A fase de quase exaustão ocorre quando a pessoa está enfraquecida, não conseguindo mais se adaptar ou resistir ao estressor. Como consequência as doenças podem surgir em um nível mais leve que na fase de exaustão.

O *stress* e suas consequências para a vida das pessoas, tanto positivas quanto negativas, devem ser analisados em um contexto multicausal, assim como todo processo de adoecimento. Quando o estressor causa problemas significativos na vida da pessoa, as diferenças individuais referentes à vulnerabilidade orgânica e à forma de avaliar e enfrentar a situação inadequadamente contribuem para seu desequilíbrio. As diferenças individuais pesam bastante na determinação das consequências do processo estressante que, ao mesmo tempo, sofre influências socioculturais. A combinação das dimensões individuais e coletivas possibilita um entendimento mais completo desse fenômeno (França & Rodrigues, 2002).

Para identificar a maneira como cada indivíduo enfrenta e avalia o estímulo estressante é fundamental conhecer o que lhe estressa, que significado atribui para esse aspecto, e em que intensidade sente que isso afeta sua vida. Também é preciso saber que tipos de estratégias utiliza para lidar com a situação que julga ser uma ameaça para si, ou seja, de que maneira administra os fatores que interferem na sua homeostase.

Folkman e Lazarus (1984) denominaram de *estratégias de coping* todos os esforços cognitivos e comportamentais que a pessoa utiliza para enfrentar a situação de *stress* que excede seus recursos pessoais, elegendo, assim, estratégias específicas para lidar com a condição estabelecida. Qualquer esforço de controle produzido pelo indivíduo que possua o intuito de diminuir o desconforto ou dominar alguma instabilidade, sem, no entanto, considerar as consequências disso, é definido por esses autores como *estratégia* ou *processo de coping*.

Os mesmos autores afirmaram também que a maneira como o fato for encarado, e manejado pela pessoa, influenciará mais no seu desgaste do que propriamente a intensidade dele. As diferentes maneiras de lidar com as situações estressantes, que são ações deliberadas aprendidas, usadas e/ou descartadas, podem acionar padrões de comportamento que se repetem ao longo da vida do indivíduo, o que necessariamente não é consciente para ele. Essa reação de mobilização de recursos naturais tem o objetivo de manter o equilíbrio do organismo, diminuindo a resposta de distress. O foco, para esses autores, é o que a pessoa faz e pensa diante da situação estressante, e não o que ela faria. Além desse detalhe, consideraram que as estratégias estão inseridas em um contexto e por isso não podem ser generalizadas (Folkman & Lazarus, 1980).

Esse modelo de compreensão divide o *coping* em duas categorias funcionais: o *coping* focalizado no problema e o *coping* focalizado na emoção. A primeira categoria, *coping* focalizado no problema, constitui um esforço para mudar a situação geradora de *stress*, alterando o problema existente na relação da pessoa com o ambiente gerador de tensão. Essa ação pode ser direcionada para uma fonte externa de *stress*, o que inclui estratégias como negociação ou pedido de ajuda a outras pessoas para resolver o problema. Já a ação direcionada para o manejo interno geralmente inclui reestruturação cognitiva com relação à redefinição do elemento estressor.

A segunda categoria, *coping* focalizado na emoção, tem intenção de regular o estado emocional que é associado ao *stress* ou pode ser resultado desses eventos estressantes. O objetivo desse esforço de *coping* é alterar o estado emocional e diminuir a sensação física

desagradável desse estado, podendo ser direcionado a um nível somático e/ou a um nível de sentimentos. Como exemplo de estratégias dirigidas a um nível somático de tensão emocional, ressalta-se tomar remédios para o alívio de tensão, fumar, fazer exercícios e assistir algum programa de TV para distração (Antoniazzi, Dell'Aglío & Bandeira, 1998).

Outro modelo de entendimento divide as estratégias em formas ativas (ou de aproximação) e em formas de evitação. A primeira se refere àqueles esforços cognitivos ou condutuais para manejar diretamente o evento estressante. A segunda forma, evitativa, consiste em não confrontar com o problema, ou na redução da tensão através de condutas de fuga (Moos, 1998).

Nas diferentes situações da vida, a doença física pode ter um impacto considerável no equilíbrio homeostático do indivíduo, despertando diferentes reações e processos adaptativos. Salientam-se, para o desenvolvimento deste artigo, as doenças de pele crônicas, principalmente a psoríase, como um foco causador de *stress*, também tendo esse como fator importante no seu desencadeamento e agravamento.

Stress e aspectos psicossociais nas doenças crônicas de pele

A sociedade atual possui padrões de estética e beleza bem delimitados, e a maioria das pessoas esforça-se, de certo modo, para alcançá-los. No caso dos pacientes com problemas dermatológicos, o sentimento de inadequação e o estigma vivenciado são evidentes diante de tais exigências externas de “normalidade” estética. A sensação de discriminação quanto à aparência física acompanha o portador constantemente, provocando grande insatisfação consigo mesmo. O processo de adaptação à doença de pele pode tornar-se, dessa maneira, um foco causador de *stress*, assim como também pode ser consequência do enfrentamento de fatores estressantes.

Montagu (1988), um dos principais pensadores sobre o assunto, afirmou que, num primeiro momento, é possível refletir por que colocar o foco de atenção na pele e por que ainda existem tão poucos estudos em relação a ela quando comparados ao câncer, por exemplo. Na realidade a pele pode, muitas vezes, passar

despercebida. Durante muitos anos, esse órgão não teve a atenção merecida, e só a partir da década de 1940 o assunto passou a ser estudado com mais profundidade. No entanto a pele está mais evidente no dia-a-dia do que na maioria das vezes é possível perceber.

De acordo com o mesmo autor, a pele é um órgão de comunicação e percepção visível. Ela é o maior órgão de percepção no momento do nascimento, tornando-se o meio para o contato físico e para a transmissão de sensações físicas e emoções. As ligações existentes com o sistema nervoso tornam a pele altamente sensível às emoções, independente da consciência. A pele expressa os sentimentos, mesmo quando não se está ciente deles, e ajuda a aprender e conhecer mais sobre o ambiente. É possível identificar a pele como um sistema nervoso externo que se mantém em conexão com o sistema nervoso interno (SNC), uma vez que o sistema nervoso é uma parte escondida da pele e ambos são formados pela ectoderme, que envolve todo o corpo embrionário.

O processo de desenvolvimento da identidade passa também pelo reconhecimento do externo, e a pele, nesse ponto, desempenha um papel fundamental, pois uma das suas funções é representar o indivíduo como ser único. O descontentamento pessoal em não cumprir as exigências externas se reflete também em dificuldades nos relacionamentos interpessoais (Mingnorance, Loureiro & Okino, 2002).

Para Azambuja (2000), a partir do novo entendimento da doença proposto pela psicossomática e pela psiconeuroimunologia, a pele passa a dizer muito mais do que se está habituado a entender sobre ela, pois se acredita haver outros aspectos, muitas vezes não visíveis, que exercem grande influência. Considerada um órgão de extensão do sistema nervoso e um órgão imunitário, assim como representante da auto-imagem do indivíduo, a pele também passa a ser expressão de sua consciência.

A intensidade do impacto das doenças de pele depende de algumas variáveis, como a história natural e as implicações da desordem específica de pele. As características demográficas, de personalidade, caráter e valores do paciente, sua situação de vida e as atitudes da sociedade como um todo sobre o significado dos distúrbios de pele são fatores fundamentais a serem analisados (Ginsburg & Link, 1993).

É de conhecimento público que o *stress*, físico ou emocional, tem repercussões em inúmeras dermatoses, que são também geradoras de *stress*. O prurido, conseqüência de diversas dermatoses, sofre ampla variação de intensidade, tendo como forte fator contribuinte o *stress*. Entre as doenças de pele citadas na literatura que demonstram a influência do *stress*, também chamadas de psicodermatoses, estão a dermatite atópica, a desidrose, o líquen simples crônico ou neurodermite, a dermatite seborréica, a psoríase, a acne vulgar, a rosácea, a alopecia areata, a hiperidrose, a urticária, o herpes simples e o vitiligo (Amorin-Gaudêncio, Roustán & Sirgo, 2004; Koo, Do & Lee, 2000; Steiner & Perfeito, 2003).

O *stress* envolvido no enfrentamento da doença de pele é uma evidência inequívoca de que os fatores emocionais são determinantes no aparecimento e agravamento da doença. O *stress* também influencia diretamente no processo inflamatório e proliferativo das células na psoríase. Programas especiais de cuidado ao paciente, que envolvem não só prescrição de medicamentos, mas também atenção às contribuições da sincronia da fisiologia entre mente e corpo, estão começando a ser desenvolvidos. Especial atenção está sendo dada, nesses programas, a uma completa avaliação física e psicológica para melhor elucidar os fatores implícitos, fatores físicos e mentais estressantes. Além disso, destacam-se também o estilo de vida e as práticas dos pacientes, a educação do paciente em grupos de auto-ajuda e treinamento de relaxamento do *stress* (Kimyai-Asadi & Usman, 2001; Raychaudhuri & Faber, 2000; Tausk & Nousari, 2001).

O processo de conscientização do indivíduo sobre o que o leva a adoecer no plano físico, psicológico e social pode proporcionar a mudança dos aspectos negativos que contribuem para esse estado de desarmonia. A descoberta dos fatores estressantes que influenciam na doença é fundamental para que ocorram mudanças que também se referem à conscientização de padrões de comportamento prejudiciais à pessoa, tanto físicos como emocionais, e de crenças arraigadas que podem levar, ao longo dos anos, a um desgaste importante da qualidade de vida.

Dentre os vários fatores que provocam o aparecimento das dermatoses, o aspecto emocional é citado na bibliografia em geral como um fator importante que

influencia tanto o surgimento como o agravamento da lesão. Destaca-se a psoríase, uma das dermatoses crônicas mais pesquisadas, que está classificada no grupo das psicodermatoses, sendo o fator emocional identificado como agravante da doença. Além disso, a estigmatização e o tratamento difícil dessa dermatose contribuem para um alto nível de frustração e baixa auto-estima do paciente (Amorin-Gaudêncio et al., 2004; Azulay & Azulay, 1997; Fitzpatrick, Johnson, Woff, Polano & Suurmond 1997; Sampaio & Rivitti, 1999).

A psoríase é uma doença crônica de pele que afeta igualmente homens e mulheres em cerca de 1 a 3% da população mundial e, geralmente, ocorre na segunda ou terceira década de vida. Os picos de incidência acontecem precocemente dos 16 aos 22 anos, tardiamente dos 57 aos 60 anos, e em 15% dos casos atinge crianças até os dez anos (Fitzpatrick et al., 1997).

A causa da psoríase é multifatorial de herança poligênica, tendo os fatores ambientais como determinantes para sua expressão. Emerge da interação entre base genética, fatores ambientais e psicológicos. O ciclo evolutivo das células epidérmicas é mais rápido na psoríase do que na pele normal; tais células, por serem imaturas, provocam intensa produção de escamas (paraceratose). A velocidade de trânsito das células na psoríase é de cinco dias, enquanto na pele normal é de treze dias (Azulay & Azulay, 1997; Sampaio & Rivitti, 1999).

Entre as publicações internacionais sobre o tema, encontra-se destacada a importância do uso de um instrumento genérico para avaliar o estado de saúde, como o *Short-form Health Survey* (SF-36). Ele pode ser útil na avaliação de qualquer doença, possibilitando comparações posteriores. Estudos realizados com o *Sickness Impact Profile*, questionário que avalia o impacto das doenças na qualidade de vida das pessoas, ressaltam a influência negativa da psoríase na mesma magnitude que a angina e a hipertensão ou qualquer outra doença considerada hoje de grande impacto. Os prejuízos que o paciente sofre em sua vida são suficientes para confirmarem a necessidade de prioridade também para as doenças dermatológicas (Finlay, 2001).

Fatores psicossociais podem contribuir para a exacerbação da psoríase em 40 a 80% dos casos (Haynal, Pasini & Archinard 2001), mas é sobretudo o prejuízo na qualidade de vida dos pacientes que deve ser sublinhado e atrair a atenção do médico. Como destacaram os

pesquisadores, a psoríase pode afetar por muito tempo a vida profissional, social e privada do indivíduo (Fortune et al., 2003).

O efeito da psoríase no cotidiano dos pacientes está sendo verificado, no exterior assim como no Brasil, mediante instrumentos de qualidade de vida. Um recente estudo realizado na Universidade de São Paulo teve por objetivo avaliar, mediante o inventário *Psoriasis Disability Index* e entrevista, o impacto da psoríase vulgar no cotidiano de 50 pacientes. Verificou-se que 62% da amostra referiram insatisfação quanto à aparência física. A adaptação psicossocial, também avaliada, mostrou que 56% relataram a influência da doença nos relacionamentos cotidianos e 50% no lazer (Mingnorance et al., 2002).

Já em pesquisa realizada na Inglaterra, estudiosos avaliaram o impacto da psoríase na qualidade de vida de 369 pacientes e constaram que, de 150 pessoas empregadas, 59,3% referiram ter perdido em média 26 dias de trabalho no ano corrente por causa da doença. Das 180 que não estavam trabalhando, 33,9% atribuíram não estar trabalhando por causa da psoríase. De 362 indivíduos, 49,0% confirmaram que estariam preparados para despendar duas a três horas do seu dia para tratamento que resultasse em uma pele normal para o resto de suas vidas. Quase toda a amostra (98,9%) afirmou que preferia obter a cura completa da doença ao invés de receberem £1.000 à vista, bem como 71,0% estariam preparados para pagar £1.000 ou mais por sua cura e 38,0% pagariam £10.000 (Finlay & Coles, 1995).

Em outro estudo realizado sobre psoríase e qualidade de vida, foram entrevistados 877 pacientes. Os pesquisadores destacaram em seus resultados que o impacto da doença parece diminuir com a idade crescente. Constataram também que os pacientes que estavam realizando o tratamento com fototerapia UVB (ultravioleta B) apresentaram pior qualidade de vida do que os pacientes que receberam tratamento com PUVA (fototerapia com ultravioleta A e psoraleno) ou *methotrexate* (McKenna & Stern, 1997).

Um estudo desenvolvido com 120 pacientes atendidos na clínica de dermatologia do Izmir Ataturk Training Hospital, na Turquia, mostra que a depressão também está freqüentemente associada à doença, influenciando diretamente o desenvolvimento do tratamento. O objetivo do estudo foi investigar a

freqüência de sintomas depressivos em pacientes com psoríase vulgar e líquen e avaliar a relação entre os escores da Escala de Beck para depressão e os escores do *Psoriasis Area and Severity Index* (PASI) em sujeitos com psoríase vulgar. O estudo envolveu 50 pacientes com psoríase vulgar, 30 pacientes com líquen e 40 pessoas saudáveis como grupo-controle. A importância dos sintomas depressivos nessas duas doenças dermatológicas comuns foi confirmada, e aponta para a necessidade de reconhecimento dessa associação que afeta o percurso e a resposta ao tratamento (Akay, Pekcanlar, Bozdog, Altintas & Karamant, 2002).

O vitiligo, outra psicodermatose que também é foco de pesquisas, é uma afecção de pele caracterizada pela perda parcial ou completa dos melanócitos produtores de pigmento situados na epiderme. De acordo com Fitzpatrick et al. (1997), a incidência do vitiligo na população mundial é de 1%, afetando todas as raças e tanto o sexo feminino quanto o masculino. Conforme o mesmo autor, embora possa iniciar em qualquer idade, em 50% dos casos o vitiligo inicia entre 10 e 30 anos de idade. As lesões apresentam-se de forma plana, bem demarcadas e assintomáticas de perda de pigmento. A distribuição das manchas pela pele varia, sendo mais comum as áreas do punho, as axilas, e as regiões perioral, periorbitária e anogenital. Seu tamanho também muda de poucos a muitos centímetros.

Lopez, Fajardo e Lera (1995) realizaram um estudo que buscou identificar as características dos enfermos de vitiligo, e constataram que, em 77% da amostra, a doença apareceu após eventos estressantes significativos para o paciente em um período não maior que um ano. Os resultados apontaram também que, quanto maior a área corporal afetada pela despigmentação, maior era o nível de *stress*, depressão e tensão emocional.

Considerando o impacto que o vitiligo também pode causar na vida do portador, Kent e Al'Abadie (1996) entrevistaram 614 pacientes, dos quais 59% responderam que o vitiligo tinha afetado suas vidas durante as últimas três semanas. Entre as respostas mais comuns relatadas pelos sujeitos estão: o uso de camuflagem para esconder as manchas, a evitação de atividades, a percepção da reação negativa por parte dos outros e o sentimento de vergonha.

De acordo com Müller (2001) o vitiligo é uma das psicodermatoses menos pesquisadas. A autora destacou que a constatação do *stress* emocional como um dos motivos desencadeantes do vitiligo é um dos aspectos a ser ressaltado entre os resultados dos estudos realizados. Enfatiza também que quase 50% das pesquisas apontam o surgimento do vitiligo após um momento de *stress*; o percentual poderia ser maior se esse aspecto tivesse sido investigado em todas as pesquisas.

A dermatite atópica é outra doença crônica que está entre algumas pesquisas da área, trazendo também prejuízos importantes para seu portador. Geralmente com início precoce, no primeiro ano de vida, causa lesões por todo o corpo acompanhadas de muita coceira. Geralmente afeta indivíduos com história familiar de asma, rinite alérgica ou dermatite atópica. O manejo da doença envolve todo sistema familiar que, na maioria das vezes, nota o *stress* como um aspecto importante que influencia no agravamento da coceira e, conseqüentemente, das lesões. A identificação das situações que geram *stress* para o portador e sua família é essencial para um melhor manejo e convivência com a doença (Haynal et al., 2001).

Considerações Finais

O movimento à procura de outros recursos que possam ajudar o paciente a diminuir o desconforto da doença crônica de pele, e até mesmo restabelecer o seu estado original de saúde, pode encaminhar a diferentes possibilidades de tratamento. Os aspectos psicossociais envolvidos em qualquer estado de desequilíbrio orgânico necessitam ser incluídos no tratamento, além dos aspectos físicos. Dentre as possibilidades que podem contribuir para a complementação da abordagem desses pacientes está o processo psicoterapêutico que permite oferecer uma visão mais abrangente do processo de saúde e doença. A expressão concreta do corpo, doença física, pode tornar-se um estímulo para a busca de entendimento e de um sentido para tal estado. Com esse enfoque ampliam-se as possibilidades de tratamento oferecidas até então no sistema convencional de saúde (Fitzsche et al., 2001; Müller, 2001; Müller, Silva & Haag, 2001).

A importância de um atendimento mais abrangente, interdisciplinar para os pacientes que desenvolveram uma doença crônica, em especial as psicodermatoses, destaca-se como essencial para a promoção de saúde dentro de um modelo integrativo. A visão global de um ser humano exige que diferentes abordagens adaptem-se para produzir um entendimento mais completo da dinâmica interna e externa do paciente, que necessita não de intervenções isoladas e fragmentadas, mas sim de diferentes ações voltadas para um mesmo objetivo: a busca por um estado de saúde integral dentro das possibilidades individuais e coletivas.

Referências

- Akay, A., Pekcanlar, A., Bozdog, K. E., Altintas, L., & Karamant, A. (2002). Assessment of depression in subjects with psoriasis vulgaris and lichen planus. *European Academy of Dermatology and Venereology*, 16 (1), 347-352.
- Amorin-Gaudêncio, C., Roustán, G., & Sirgo, A. (2004). Evaluation of anxiety in chronic dermatoses: Differences between sexes. *Interamerican Journal of Psychology*, 38 (1), 105-114.
- Andrews, S. (2003). *Stress a seu favor*. São Paulo: Ágora.
- Antoniazzi, A., Dell'Aglio, D., & Bandeira, D. (1998). O conceito de *coping*: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia* (Natal), 3 (2), 273-294.
- Azambuja, R. (2000). Dermatologia integrativa: a pele em novo contexto. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 75 (4), 393-420.
- Azulay, R. D., & Azulay, D. R. (1997). *Dermatologia* (pp.295-298). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Finlay, A., & Coles, E. (1995). The effect of severe psoriasis on the quality of life of 369 patients. *British Journal of Dermatology*, 132 (1), 236-244.
- Finlay, A. (2001). Psoriasis from the patient's point of view. *Archives of Dermatology*, 137 (3), 1-4.
- Fitzpatrick, T., Johnson, R., Woff, K., Polano, M., & Suurmond, D. (1997). *Dermatology* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Fleck, M. P. A., Leal, O., Louzada, S., Xavier, M., & Chachamovich, E. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Revista ABP/APAL*, 21 (1), 19-28.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21 (1), 219-239.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer.
- Fortune D., Richards H., Kirby B., McElhone K., Markham T., & Rogers S. (2003). Psychological distress impairs clearance

- of psoriasis in patients treated with photochemotherapy. *Archives of Dermatology*, 139 (6), 752-756.
- França, A. C. L., & Rodrigues, A. L. (2002). *Stress e trabalho: uma abordagem psicossomática*. São Paulo: Atlas.
- Frtzsche K., Ott J., Zschocke I., Scheib P., Burger T., & Augustin M. (2001). Psychosomatics Liaison Service in Dermatology. *Dermatology*, 203 (1), 27-31.
- Ginsburg, I. H., & Link, B. H. (1993). Psychosocial consequences of rejection and stigma feelings in psoriasis patients. *International Journal of Dermatology*, 32 (8), 587-591.
- Haynal, A., Pasini, W., & Archinard, M. (2001). *Medicina psicossomática: abordagens psicossociais*. São Paulo: Medsi.
- Kent, G., & Al Abadie, M. (1996). Psychologic effects of vitiligo: a critical incident analysis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 35 (6), 895-898.
- Kimyai-Asadi A., & Usman A. (2001). The role of psychological stress in skin disease. *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery*, 5 (2), 140-147.
- Koo, J., Do J., & Lee, C. (2000). Psychodermatology. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 43 (5), 848-853.
- Lipp, M. N. (Org.). (1996). *Pesquisas sobre o stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco*. São Paulo: Papyrus.
- Lipp, M. N. (2000). *Manual do inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. N., & Tanganelli M. S. (2002) Stress e qualidade de vida em magistrados da justiça do trabalho: diferenças entre homens e mulheres. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15 (3), 537-548.
- Lipowski, Z. J. (1984). What does the word 'psychosomatic' really mean? A historical and semantic inquiry. *Psychosomatic Medicine*, 46 (2), 153-171.
- Lopez, V. C., Fajardo, R., & Lera, L. (1995). Características psicológicas de los enfermos de vitiligo. *Revista Cubana de Psicología*, 12 (3), 33-38.
- McKenna, M. R. C. P., & Stern, R. (1997). The impact of psoriasis on the quality of life of patients from the 16-center PUVA follow-up cohort. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 36 (1), 388-394.
- Mello Filho, J. (1992). *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Mello Filho, J. (2002). *Concepção psicossomática: visão atual*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Mingnorance, R., Loureiro, S., & Okino, L. (2002). Pacientes com psoríase: qualidade de vida e adaptação psicossocial. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 77 (2), 147-159.
- Montagu, A. (1988). *Tocar: o significado humano da pele*. São Paulo: Summus.
- Morin, E. (2002). *Ciência com consciência* (6a. ed.). Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Moos, R. (1998). Life stressors and coping resources influence health and well-being. *Psychological Assessment*, 4 (2), 133-158.
- Müller, M. C. (2001). *Um estudo psicossomático de pacientes com vitiligo numa abordagem analítica*. Tese de doutorado não-publicada, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Müller, M., Silva, J. D., & Haag, C. (2001). A residência integrada em saúde: dermatologia sanitária: uma experiência interdisciplinar vista pelo enfoque da psicologia. *Boletim da Saúde, Escola de Saúde Pública*, 15 (1), 129-137.
- Perestrello, D. (1974). *A medicina da pessoa*. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Pena-vega, A., & Nascimento, E. P. (Orgs.). (1999). Edgar Morin: o passador de fronteiras. In *O pensar complexo* (pp.7-20). Rio de Janeiro: Garamond.
- Petrone, L. (1994). *Qualidade de vida e doenças psicossomáticas*. São Paulo: Lemos Editorial.
- Ramos, D. (1994). *A psique do corpo*. São Paulo: Summus.
- Raychaudhuri S. P., & Faber E. M. (2000). Neuroimmunologic aspects of psoriasis. *Cutis*, 66, 1-8.
- Riechelmann, J. C. (2000). Medicina psicossomática e psicologia da saúde: veredas Interdisciplinares em busca do Elo Perdido. In V. A. Angerami-Camon (Org.), *Psicologia da saúde: um novo significado para prática clínica* (pp.171-199). São Paulo: Pioneira.
- Sampaio, S., & Rivitti, E. (1999). *A Dermatologia básica*. São Paulo: Artes Médicas.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Steiner, D., & Perfeito, F. L. (2003) A relação entre stress e doenças dermatológicas. In M. N. Lipp. *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas* (pp.111-114). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Tausk, F., & Noursari, H. (2001). Stress and the skin. *Archives of Dermatology*, 137 (1), 16-22.
- Vasconcellos, E. G. (1998). *Tópicos de psiconeuroimunologia*. São Paulo: Ipê Editorial.
- Volich, R. M. (2000). *Psicossomática: de hipócrates a psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Recebido em: 16/6/2005

Versão final reapresentada em: 16/3/2006

Aprovado em: 21/6/2006