

**VOLNEY LOPES DE ARAÚJO COSTA**

**ASPECTOS DA SEXUALIDADE DO  
PORTADOR DE PSORÍASE**

**RELATO DE UM CASO**

Monografia apresentada no Curso de Especialização em Sexualidade Humana do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Orientador: Dr. Giancarlo Spizzirri

São Paulo  
2005

**VOLNEY LOPES DE ARAÚJO COSTA**

**ASPECTOS DA SEXUALIDADE DO  
PORTADOR DE PSORÍASE**

RELATO DE UM CASO

Monografia apresentada no Curso de Especialização em Sexualidade Humana do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Psicólogo Especialista.

Área de Concentração: Sexualidade Humana  
Orientador: Dr. Giancarlo Spizzirri

São Paulo  
2005

Costa, Volney Lopes de Araújo.

**Aspectos da Sexualidade do Portador de Psoríase – Relato de um caso /**

Volney Lopes de Araújo Costa. -- São Paulo, 2005

Monografia – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Departamento de Psiquiatria.

Área de Concentração: Sexualidade Humana

Orientador: Prof. Dr. Giancarlo Spizzirri

Descritores: 1 PSODERMATOLOGIA 2. IMPORTÂNCIA PSÍQUICA DA PELE 3. PSORÍASE: ASPECTOS GERAIS 4. QUALIDADE DE VIDA E ESTRESSE 5. AFETIVIDADE, CONTATO E INTIMIDADE, SEXUALIDADE 6. RELATO DE CASO DE UM MÉDICO PORTADOR DE PSORÍASE 7. PROCEDIMENTOS PSICOLÓGICOS NO ATENDIMENTO AO PACIENTE. 8. ESTRESSE DO PACIENTE MÉDICO

USP/FM/..... - ...../05

## SUMÁRIO

Lista de Siglas	i
Resumo	ii
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	3
2.1 A Importância Psíquica da Pele .....	3
2.2 Descrevendo a Psoríase: Aspectos Gerais .....	6
2.3 Qualidade de Vida e Estresse.....	19
2.3.1 Quando o médico é o doente .....	30
2.4 Afetividade, Contato e Intimidade, Sexualidade.....	34
2.4.1 Afetividade.....	34
2.4.2 Contato e Intimidade .....	36
2.4.3 Sexualidade.....	39
<b>3 HIPÓTESE</b> .....	49
<b>4 OBJETIVOS</b> .....	50
<b>5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	51
<b>6 RESULTADOS: Relato de um caso</b> .....	54
<b>7 DISCUSSÃO</b> .....	58
<b>8 CONCLUSÃO</b> .....	65
<b>9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	68

## LISTA DE SIGLAS

CMA	Canadian Medical Association
EVSPA	Estudo da Vida Sexual do Paciente
ISP	Inventário Simplificado de Personalidade
OMA	Ontario Medical Association
OMS	Organização Mundial da Saúde
PDI	Inventário de Qualidade de Vida
TRO	Teorias de Relações do Objeto
USP	Universidade de São Paulo
WHO	World Health Organization

## RESUMO

A psoríase tem suscitado interesse na investigação por causa dos aspectos psicológicos e sociais de seus portadores. Esta dissertação refere-se a um estudo de caso a partir de um atendimento psicológico clínico breve. Trata-se de paciente portador de psoríase vulgar, médico clínico geral, que atua no exercício da profissão em consultório e no meio hospitalar, assim como perito consultor autônomo na área da medicina do trabalho. Utilizaram-se técnicas de psicologia psicanalítica em entrevistas não estruturadas, conduzidas pelo próprio paciente em situações emergenciais e de acompanhamento. Não foram aplicados inventários específicos, entretanto, o psicólogo se pautou pelos modelos ISP-Inventário Simplificado de Personalidade, PDI-Inventário de Qualidade de Vida, citados por Mingorance et al. (2001) e pelo Roteiro Situações Estressantes na Vida de um Psoriático (Camisa, 2003). Apoiado no referencial teórico da dermatologia sobre psoríase, da psicologia e da tanatologia, discute a natureza da pele, suas expressões patológicas enfocando aspectos da sexualidade do portador da doença. Conclui que, quando o paciente é médico, fatores psicológicos do estresse se apresentam com importância significativa na manifestação da doença, no agravamento do quadro, ou na remissão das lesões. Sugere o estudo da percepção e concepção do paciente quanto à afetividade, intimidade e sexualidade para que a Psicologia possa obter indicadores que sinalizem o nível do impacto psicológico que a modificação ou perda da atividade sexual, em razão da doença, possa estar afetando o paciente.

## 1 INTRODUÇÃO

Atualmente, é crescente o interesse da psicodermatologia pelo estudo dos distúrbios envolvidos no quadro clínico da psoríase, focalizando situações de trauma na manifestação da doença e suas conseqüências na qualidade de vida do paciente. Psicodermatologia entendida no sentido de conexão e interação entre a mente e a pele. É importante registrar que os distúrbios psicodermatológicos abrangem três categorias: distúrbios psicofisiológicos, distúrbios psiquiátricos primários e distúrbios psiquiátricos secundários. Os distúrbios psicofisiológicos (psoríase e eczema) associam-se a problemas da pele que *não estão diretamente ligados à mente, mas que reagem aos estados emocionais como o estresse*. Os distúrbios psiquiátricos primários envolvem afecções psiquiátricas que resultam em manifestações cutâneas auto-induzidas, enquanto que os distúrbios psiquiátricos secundários associam-se a distúrbio de desfiguração da pele. Esta resulta em problemas psicológicos, como diminuição da auto-estima, depressão ou fobia social. Tais doenças têm suscitado interesse na investigação por causa dos aspectos psicológicos e sociais de seus portadores.

A psoríase, doença inflamatória crônica, cuja causa permanece um enigma e acomete entre 0,1% e 3% da população mundial, tem adentrado nos consultórios de Atendimento Psicológico na busca do paciente de mitigação das situações por demais estressantes que ele vem enfrentando

no seu cotidiano, alterando suas relações, sua vida funcional e, até mesmo sua vida sexual. Observa-se, entretanto, que tem sido escassa a literatura específica sobre os fatores psicológicos relacionados aos impactos da doença na sexualidade desses pacientes.

O psicólogo, então, especialmente aquele voltado para o estudo das pulsões de vida e de morte, se vê impelido a pesquisar o que vem a ser a psoríase, a pele em si e o seu papel na configuração da auto-imagem e no desencadeamento de doenças, e mesmo quanto aos tipos de estresses psíco-sociais enfrentados pelos psoriáticos, dentre outras questões.

Foi com esse propósito que se realizou o presente estudo realizando-se uma revisão da literatura sobre: a importância psíquica da pele; uma breve descrição da psoríase em seus aspectos gerais; qualidade de vida; estresse e a sexualidade do psoriático.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 A Importância Psíquica da Pele

Focalizando a pele, esta tem sido entendida por autores tradicionais da psicologia como o principal meio de contato do sujeito com o mundo.

Winnicott (1983) compreende a pele como sendo “importante elemento na constituição do ego, sendo a membrana limitante entre eu e não-eu, nas relações iniciais do bebê com sua mãe.” Anzieu (1989) conceitua a pele como “envoltório relacional do ser humano.” Montagu (1988) descreve a pele como o “mais extenso órgão dos sentidos, e o primeiro a tornar-se funcional, em todas as espécies, até o momento pesquisadas, a humana e a animal.” Talvez, depois do cérebro, seja, segundo o autor, o mais importante dos sistemas de órgãos do ser humano.

A pele, o maior órgão do corpo humano, é de extrema importância, tanto do ponto de vista anatômico quanto psíquico, devido às suas características de proteção, delimitação e troca com o meio exterior. Está dividida em três camadas: epiderme, derme e hipoderme. A epiderme é a camada mais superficial e tem como principal função a regulação da passagem de substâncias químicas e agentes infecciosos para a derme. É nela que a célula se divide, emigra, se diferencia e morre, num processo de escamação contínuo. A derme, por sua vez, desempenha função protetora e provê o sustentáculo necessário ao sistema vascular da pele. A hipoderme ou gordura subcutânea exerce as funções de isolar o calor, amortecer

golpes e depositar calorias.

Na sua origem embrionária, a pele está relacionada com o sistema nervoso central, pois este se desenvolve com a parte da superfície do embrião, que se volta para dentro.

Anzieu (1989) trata a pele como “um sistema que compõe os vários órgãos dos sentidos.” No decorrer do desenvolvimento da criança, a pele propicia a diferenciação e sensibilização do organismo, tornando-o capaz de experienciar diferentes tipos de sensações. Assim, a pele é uma referência que possibilita a troca com o meio externo. Dentre suas funções, pode-se incluir a capacidade de perceber dimensões tempo-espaciais e de reagir a diferentes estímulos. Além disso, como afirma Gartner (1998), a pele “participa da respiração, da transpiração e da secreção, estimulando a circulação, a digestão, a reprodução e a metabolização das substâncias orgânicas”.

Hoblar (*apud* MULLER, 2001, p. 26) afirma que “a pele pode ter função ego-lógica: auto imagem, autoconfiança (excitação, medo, embaraço) e função ego-fisiológica: mecânica, fisioquímica (osmose), térmica e imunológica.”

Segundo Chiozza (1997), nas obras de Freud, encontram-se dois grupos de idéias relacionadas à pele: uma que a considera como superfície de contato, e outra como barreira limitante.

Enquanto superfície de contato, está relacionada ao desenvolvimento psíquico, o qual se dá pela erotização de regiões da pele, que passam a ser fonte de sensação e percepção. Para o bebê, a pele é um

sistema de comunicação fundamental, por meio do qual ele entra em contato com a mãe e com o mundo, tendo experiências táteis de prazer, de carinho e de proteção ou de dor, de abandono e de agressão.

Um fator importante a ser destacado diz respeito ao aspecto de que as implicações psíquicas de doenças socialmente estigmatizadas são grandes, pois, as pessoas que as possuem passam a ser confundidas com suas doenças e com os significados simbólicos que elas carregam. Como afirmam Paiva (1992) e Sant'Anna et al. (2003) possuir uma doença que tem uma conotação negativa implica ser visto como um indivíduo que possui qualidades negativas.

Outro aspecto a ser destacado é que a pele, enquanto órgão de contato, pode ser relacionada ao princípio de Eros, que, na psique, representa a necessidade instintiva do ser humano de se relacionar com o mundo que o cerca. Na mitologia grega, Eros é um deus primordial que possibilita a união de Uranus e Gaia, céu e terra, masculino e feminino, as duas polaridades fundamentais. É por meio dessa união que tudo pode ser guiado. Psiquicamente, Eros é o movimento em direção ao outro, o que leva a tocá-lo e a penetrá-lo, para que nesse encontro o indivíduo possa ser gerado, e a vida possa ser experienciada em seu movimento criativo (GARTNER, 1998).

## 2.2 Descrevendo a Psoríase - Aspectos Gerais

Examinando a literatura, tem-se que a **Psoríase** (do grego *psoríasis*) Patologia - Afecção cutânea crônica caracterizada por placas formadas de escamas secas e brancas, assentadas numa base eritematosa, que se desprendem pelo atrito (FERREIRA, 1974, p.1164).

Historicamente, a Psoríase (erupção sarnenta) já era conhecida desde os tempos mais remotos, existindo sua descrição e tratamento no Papiro de Ebers, datado de 1550 a.C. Foi descrita modernamente por Willan em 1801. Esta doença é uma afecção típica da espécie humana, não podendo ser reproduzida experimentalmente.

Como a acne e o eczema, a psoríase é uma das dermatoses mais freqüentes e de distribuição universal, sendo possível que ela ocupe o segundo lugar, por ordem de freqüência, depois dos eczemas. Nas grandes estatísticas dermatológicas, a psoríase figura entre 5% a 7% dos casos. É uma doença muito comum, crônica e recorrente, caracterizada por placas e pápulas descamativas, bem delimitadas, de vários tamanhos e de cor prateada. "É interessante destacar que a psoríase não tira vidas, ela as arruína" (CAMISA, 2003, p.1).

A gravidade da psoríase pode variar desde uma ou duas lesões praticamente assintomáticas, até doença generalizada com esfoliação e artrite debilitantes. A causa da doença é desconhecida, mas sabe-se que a descamação espessa deve-se a um aumento na velocidade de proliferação das células epidérmicas. Cerca de 2% a 4% da população branca é

acometida. Entre os negros esta porcentagem é bem menor. O aparecimento da doença, em geral, se dá entre a 1ª e a 4ª décadas de vida, mas nenhum grupo etário está livre do risco. É comum haver história familiar de psoríase. O estado geral do paciente não é afetado, exceto pelo estigma psicológico de uma doença *feia*, a menos que haja artrite grave ou esfoliação resistente ao tratamento.

A psoríase é mais freqüente no sexo feminino antes da puberdade, enquanto que no homem, a doença costuma iniciar-se mais tarde, entre os 15 e 30 anos de idade. Em apenas 2% dos pacientes a psoríase se instala após os 60 anos de idade. O aparecimento da doença, geralmente é gradual. A evolução típica do quadro se dá com remissões e recidivas crônicas (às vezes com exacerbações agudas), que variam tanto na freqüência quanto na duração. Há diversos fatores relacionados com o aparecimento das erupções psoriásicas. Entre eles tem-se traumatismo local (fenômeno de Koebner, que se constitui no aparecimento de lesões sobre o local onde ocorreu um trauma), queimadura solar intensa, estado emocional, medicamentos tópicos, suspensão de tratamento com corticóides e pós infecção das vias aéreas superiores (principalmente em crianças).

As lesões eritemático-escamosas ou descamativas têm limites nítidos, tamanhos e formas diversas, podendo surgir em qualquer parte da pele, ainda que sejam mais habituais em certos locais (couro cabeludo, cotovelos, joelhos, dorso e nádegas). Com efeito, as lesões podem ser muito pequenas, em pontos (psoríase pontuada), de tamanho lenticular (psoríase em gotas ou psoríase lenticular), ou do tamanho de moedas (psoríase

numular), ocasionalmente em forma de anéis (psoríase anular), ou em figuras serpiginosas (psoríase serpiginosa), às vezes muito extensas (psoríase geográfica). Diversas modalidades morfológicas podem aparecer no mesmo doente. As lesões podem ser muito discretas em qualquer região do corpo, podendo surgir em locais dispersos, ou mesmo em toda a superfície cutânea.

Considerado do ponto de vista médico de fácil diagnóstico, a psoríase, em alguns casos, pode requerer comprovação. Para isso, tem importância a curetagem metódica de Brocq, que consiste em raspar a lesão psoriática com uma cureta ou simplesmente com a unha, destacando sucessivas camadas de escamas (sinal da vela). Aparecerá uma última fina camada epidérmica, a qual, arrancada, evidencia uma superfície brilhante e, momentos depois, surgem gotículas de sangue (sinal do orvalho hemorrágico ou sangramento de Auspitz). Em volta das lesões observa-se, freqüentemente, uma área pálida, decorrente de provável constricção vascular (anel ou halo de Woronoff)

Podem ser distinguidas três modalidades clínicas da psoríase (CAMISA, 2003): vulgar; pustulosa e artropática.

A primeira, a **psoríase vulgar**, responde por cerca de 90% dos casos que, por sua vez, apresentam as formas: pontuada, em gotas, numular, geográfica, dentre outras.

A **psoríase pustulosa** caracteriza-se por pústulas estéreis, que acometem as palmas dos pés e das mãos ou são generalizadas, nem sempre apresentando lesões típicas da psoríase.

A **psoríase artropática** lembra muito a artrite reumatóide, e pode ser tão debilitante quanto ela. Não se encontra, no entanto, o fator reumatóide no soro do paciente.

A psoríase evolui por surtos de intensidade variável durante toda a vida. Pode, porém, desaparecer durante um tempo mais ou menos longo, de meses ou anos, espontaneamente ou após terapêutica.

O **prognóstico** depende da gravidade e da extensão do acometimento inicial. Em geral, observa-se que, quanto mais cedo ocorrer a doença, pior o prognóstico. As crises agudas, em geral, melhoram logo, mas a remissão total do quadro é rara. Segundo a literatura consultada, nenhum dos métodos terapêuticos conhecidos até hoje garante a cura, mas é possível controlar a doença na maioria dos casos. O tratamento deve ser sempre acompanhado por médico.

Kahtalian e Rosa (1995) não descartam que os fatores emocionais são determinantes para a eclosão das dermatoses, além dos elementos constitutivos. No estudo realizado no Hospital Clementino Fraga Filho, Rio de Janeiro, pesquisando a psicogênese da psoríase, examinaram a situação de crianças espancadas, mantendo o foco na própria criança, em idade de desenvolvimento psicológico. Submetidas a tratamento médico e psicológico, essas crianças manifestaram lesões justamente onde foram submetidas à traumas, espancamentos. Observa-se que Kahtalian e Rosa (1995) foram, provavelmente, os primeiros a descreverem na literatura que o espancamento contribui para a determinação da área de manifestação da dermatose psoriática, e os autores registram, também, que nada

encontraram a respeito desse fator, até a data de sua publicação. No que se refere ao sentimento descrito pelas crianças, quando do espancamento, é apontado pelos autores como “sinal de rejeição” e não como “elemento sado-masoquista” no meio familiar.

O “rompimento de laços afetivos” foi outro dado por eles destacado, assim como a “angústia da separação” como provocador de traumas em diversas patologias tais como vitiligo, alopecias e outras. Tais dados merecem novas investigações sobre seus desdobramentos de forma a contribuir para o avanço dos estudos das implicações psicológicas na manifestação das dermatoses.

Retomando a questão da importância psíquica da pele, tem-se que ela envolve cinco funções psíquicas (BORELLI, 1972 e MUSAPH (1977):

1. Órgão fronteiro entre o *Eu* e o *Tu*, entre a pessoa e o seu mundo circundante (limite);
2. Órgão de contato com o meio (função continental);
3. Órgão de expressão interna com o meio (função de comunicação);
4. Órgão suscitador de impressões (critérios estéticos que cristalizam noções de beleza-feiúra, limpeza-sujeira, claridade-escuridão, outros);
5. Órgão sensitivo, que implica a percepção do estímulo e sensações como rubor, frio, calor, prurido, qualidades táteis e de excitação sexual.

Tais funções se desenvolvem ao longo da vida, desde o nascimento, no complexo de inter-relações como na relação dual estabelecida com a figura materna e com o ambiente (família e meio social).

Mais recentemente, com a Psiconeuroimologia passou-se a desenvolver nessa disciplina o estudo das complexas interações entre o

estímulo emocional e o Sistema Nervoso Central e Imunológico.

A “angústia de separação” observada nos 100% dos casos pesquisados por Kahtalian e Rosa (1995), no estudo sobre manifestação de psoríase em crianças espancadas, leva a refletir sobre a importância do significado de situações como rejeição, falta, perda, dentre outras, nesse aspecto específico das dermatoses, sabendo-se que o espancamento se colocou dentre as mais relevantes descritas pelos autores.

A “angústia de separação”, do ponto de vista psicanalítico, aparece no trabalho de Freud de 1926 (*Inibição, Sintoma e Angústia*) e para os especialistas das Teorias de Relações do Objeto (TRO), é ela a maior dor psíquica que o ser humano possa sentir. Sua dimensão universal pode ser acompanhada em várias etapas do desenvolvimento (KAHTALIAN e ROSA, 1995).

Fairbairn (1952), pesquisador inglês responsável pela organização das TRO, assinala ser a “angústia de separação” a maior a dor que o indivíduo possa sofrer e sua proposta de trabalho terapêutico seria o de desfazer o grau de simbiose (dependência infantil) existente nesses pacientes, no sentido de se atingir a desidentificação com os objetos primários de relacionamentos objetal.

Para o autor o registro no corpo fica como marca da falta instalada, em que o próprio corpo agride a si mesmo. Da mesma forma, nas estruturas históricas, há as “conversões” onde pode se contar e formular suas próprias histórias.

Todavia, cabe registrar que não basta parar por aqui as investigações,

pois, os psoriáticos surgem a cada novo dia.

Tratando do **fator genético** tem-se que no meio científico não há dúvida de que a hereditariedade tem um papel importante no desenvolvimento da psoríase. O surgimento mais precoce tende a estar associado com história familiar e doenças mais graves. Quarenta por cento (40%) dos pacientes com manifestação precoce da doença tinham parentes próximos afetados. Farber e Nall (1991) observaram que, em 73% dos casos, a doença surgiu antes dos 30 anos de idade. Mas quando um paciente desenvolveu psoríase após os 20 anos de idade, e nenhum dos pais apresentava psoríase, somente 3% dos irmãos portavam a doença. Nos casos em que a psoríase se desenvolveu antes dos 15 anos de idade, e um dos pais tinha a doença, 50% dos irmãos também desenvolveram o quadro, até os 60 anos de idade. Pacientes com psoríase grave com surgimento até os 15 anos tinham três vezes mais probabilidade de ter irmãos com psoríase do que aqueles pacientes cujo surgimento da doença ocorreu após os 30 anos de idade.

Estudos com gêmeos demonstraram uma incidência da doença em 67% em gêmeos monozigóticos e em 18% em gêmeos dizigóticos. O fato de não ter ocorrido em 100% dos pares monozigóticos sugere que fatores ambientais são também importantes o que, na opinião dos autores, sustenta a teoria de herança multifatorial da psoríase (FARBER e NALL,1991).

No que se refere à sexualidade do indivíduo, a medicina mostra, ao longo de sua história, que as dermatoses tornam-se fator inibidor da atividade sexual dos pacientes de modo geral.

Faber (1974) citado por Arruda et al. (2001), após estudos realizados para validação de Questionários de Avaliação da Qualidade de Vida em pacientes de psoríases, citam a transmissão genética, em que normalmente a evolução dos eczemas é crônica e muito freqüentemente benigna. Afirmando que no oeste da África a doença é desconhecida, e talvez por isso, a prevalência entre os negros americanos seja igualmente baixa.

Tratando da **etiopatogenia da psoríase** afirmam os autores que, embora o agente causal seja desconhecido, a doença está associada à predisposição genética. Um terço dos doentes possui algum parente acometido e o modo de herança é multifatorial, implicando o efeito de diversos genes, com vários fatores desencadeantes, que também desempenham função importante na expressão da doença. No que se refere aos antígenos de histocompatibilidade, distinguem-se dois tipos de psoríase: **psoríase de início precoce**, freqüentemente dos 16 aos 22 anos; **psoríase de início tardio** (freqüentemente em indivíduos com idade entre 57 e 60 anos) Faber (1974) citado por Arruda et al. (2001).

Tratando de **padrões clínicos de apresentação na pele** (manifestações eritemato-escamosas da psoríase), Arruda et al. (2001) descrevem:

- **psoríase crônica em placa:** Área de predileção cotovelos, joelhos, couro cabeludo, região lombar e umbilical, em geral a face é poupada. Manifesta-se também por descamação fina e difusa que dificulta o diagnóstico diferencial com a dermatite seborréica;

- **psoríase gutata (eruptiva):** Lesões pequenas de 0,5 cm a 1,5 cm, numerosas, pouco descamativas, aparecem de modo eruptivo, e localizam-se no tronco e extremidades proximais dos membros e as palmas e plantas dos pés são, usualmente poupadas. São encontradas em crianças e adultos jovens.
- **psoríase eritrodérmica:** Manifestação na qual a lesão típica é substituída por eritema generalizado e descamação fina. Acomete 75% ou mais da superfície corpórea, o quadro clínico em geral é grave e associado com fadiga, dores musculares, anemia, desidratação, deficiência de ferro e de proteína.
- **psoríase de manifestações com localização especial:**
  - **palmas e plantas dos pés:** lesões eritemato-escamosas, bem delimitadas, e algumas vezes ocorrem fissuras. O diagnóstico diferencial com os eczemas é muito difícil. A psoríase das palmas e plantas dos pés começa normalmente nas áreas de pressão e podem não ser bem delimitadas como placas no resto do corpo. As lesões são eritematosas e acastanhadas e podem não ser simétricas devido a diferenças no uso da mão ou pé dominante. Podem ocorrer fissuras na ponta dos dedos e nas dobras da pele. A confusão com dermatites das mãos de outras causas é possível, a não ser que existam lesões típicas de psoríase em outro local do corpo;

- **regiões de dobras:** axilas, região submamária, virilha, região perianal e genital masculina. Devido á umidade, a escamação é discreta, e predomina eritema, que é brilhante e, às vezes, acompanhado de maceração;

- **unhas:** atinge 10% a 80% dos casos, raramente fenômeno isolado, predominantemente nos dedos das mãos, na matriz ou no leito ungueal, podem ocorrer como manchas marrons denominadas gotas de óleo ou em cores brancacentas;

- **genital:** pacientes com psoríase genital podem retardar a procura ao médico pelo constrangimento. Alguns clínicos gerais, venereologistas, ginecologistas e urologistas não estão familiarizados com as manifestações clínicas da psoríase vulvar ou peniana e podem equivocadamente levantar hipóteses sobre doenças sexualmente transmissíveis ou câncer. Não é incomum para o médico prescrever um corticóide fraco ou creme antifúngico. A história clínica da psoríase genital externa é normalmente um processo crônico e brando com escamações secas tornando-se mais avermelhadas e proeminentes após o ato sexual. As lesões não são pruriginosas. As dobras entre os lábios e a região inguinal podem mostrar uma superfície grosseiramente avermelhada com exsudação e fissura. O diagnóstico diferencial inclui o distúrbio papuloescamoso: líquen plano, dermatite seborréica, eczema crônico, sífilis secundária e candidíase. Os dois últimos podem ser descartados facilmente por testes sorológicos e exame das

escamas com KOH e cultura para fungo.

- **facial:** As lesões faciais representam normalmente a extensão da psoríase do couro cabeludo para a fronte, região torácica, orelhas e áreas retroauricular, podendo ocorrer fissuras. O conduto auditivo externo pode também ser afetado pela psoríase, especialmente em estados eritrodérmicos, e rapidamente há acúmulo de escamas nestes espaços estreitos, suficiente para reduzir significativamente a condução do som pelo ar. A descamação deve ser removida e limpa uma vez por mês quando a doença está ativa, especialmente para manter a audição normal nos pacientes idosos com um déficit auditivo preexistente. “A psoríase facial tem sido considerada um sinal de gravidade ou de comprometimento extenso.” (Beylot et al. 1979)

- **psoríase de manifestações pustulosas:** É a forma da doença em que macroscopicamente se encontram pústulas estéreis, inflamação e eritema, e que contrasta com a forma clássica de psoríase vulgar. Podem ocorrer em área em que previamente existiam lesões típicas da doença ou reaparecer em área não acometida. Existem dois grandes grupos: psoríase pustulosa localizada e a forma generalizada.

Cabe registrar que as várias apresentações podem ser observadas dentro do aspecto clínico da doença, e um mesmo paciente pode apresentar tipos diferentes de lesões, em épocas e áreas diversas. As lesões podem

ser únicas, isoladas, ou confluentes, formando grandes placas, adquirindo aspectos diversos, como anular, circinado (psoríase girata) e em forma de mapa (psoríase geográfica). As áreas de envolvimento mais comuns são os cotovelos, joelhos, couro cabeludo, região sacral, região umbilical, prega interglútea e genitália. Conforme citado anteriormente, em geral, a face é poupada.

As **manifestações clínicas** da psoríase podem se apresentar de várias maneiras, desde as formas mínimas, com pouquíssimas lesões, até a psoríase eritrodérmica, na qual toda a pele está comprometida. A forma mais freqüente de apresentação é a psoríase em placas, caracterizada pelo surgimento de lesões avermelhadas e descamativas da pele bem limitadas e de evolução crônica.

É comum ocorrerem fases de melhora e de piora do quadro. O *Fenômeno de Koebner*, caracteriza-se pela formação de lesões lineares em áreas de trauma cutâneo, como arranhões. As lesões de psoríase são geralmente assintomáticas, mas pode haver prurido discreto (coceira).

As escamas geralmente são grossas e esbranquiçadas e a localização mais freqüente encontra-se nos cotovelos, joelhos, couro cabeludo e tronco.



Figura 1: Psoríase em placas  
Fonte: Dermatologia OnLine, 2005

Usualmente, quando as placas regridem, a área da pele se torna mais clara no local afetado. A foto (Figura 1) ilustra um caso de psoríase em placa.

Quanto ao **tratamento da psoríase** o mais importante a ser registrado refere-se ao aspecto de que ele deve ser Individualizado, observando as características de cada paciente. No início da manifestação da doença é de suma importância esclarecer ao paciente e à sua família sobre as características da doença, que ela não é contagiosa, sendo possível o seu controle com os medicamentos disponíveis, como afirmam Arruda et al. (2001). Salientam, ainda, que para as formas leves e moderadas é recomendável alternar os diferentes tipos de medicamentos, programando-se períodos de descanso para o paciente, quando se torna imprescindível a hidratação da pele.

O tratamento da psoríase vai depender do quadro clínico apresentado, podendo variar desde a simples aplicação de medicações tópicas (nos casos mais brandos), até tratamentos específicos para os casos mais graves. O uso de corticóides se aplica, entretanto, podem ocorrer efeitos colaterais significativos.

A resposta, aos diversos tipos de tratamento, também varia muito de paciente para paciente, e o componente emocional não deve ser negligenciado. Destaca-se que uma vida saudável, evitando-se o estresse, vai colaborar para a melhora. A exposição solar moderada é benéfica e manter a pele bem hidratada é imprescindível em toda a fase do tratamento.

Segundo a literatura, inexistem uma forma de remissão definitiva da psoríase, mas é possível se conseguir controle das manifestações da doença, alcançando-se uma cura clínica. Havendo lesões suspeitas de psoríase, um dermatologista deverá ser consultado e, feito o diagnóstico,

indicar o tratamento específico. A perspicácia do especialista é fundamental, pois, muitas vezes, é possível confundir a doença com dermatite seborréica, uma vez que esta também afeta o couro cabeludo.

Como se pode observar, o assunto é amplo e a literatura médica descreve diversos outros aspectos nele envolvidos sendo que não foram aqui registrados por fugirem ao foco do estudo em questão.

### **2.3 Qualidade de Vida e Estresse**

**Qualidade de vida** é um conceito amplo e está relacionado ao estado de saúde, também levando-se em consideração o bem-estar social. Não há um consenso sobre a definição exata da qualidade de vida. A literatura engloba uma série de componentes, como capacidade funcional, incluindo papel funcional, o grau e a qualidade de interação social e comunitária, bem-estar psicológico, sensações somáticas, tais como dor, e satisfação da vida.

Bowling (1997) sugere que a fonte de confusão conceitual sobre a qualidade de vida seja o modismo em correlacionar todos os dados não clínicos com qualidade de vida. Estado de saúde e funcional são apenas duas dimensões da qualidade de vida que não devem ser confundidas com o todo.

Como afirma Chiba (2002) há uma série de definições de qualidade de vida na literatura, bem como das composições das suas dimensões de variadas formas e tipos (Felce,1997). Farquhar (1995) caracterizou as definições da qualidade de vida como numerosas e inconsistentes como

métodos de avaliação e classificou suas próprias definições em quatro categorias: global, constituinte, focada e combinada. Assumindo a ausência de definição consensual de qualidade de vida, sugeriu um debate sobre o assunto para solidificar sua definição, tanto para os leigos quanto para os profissionais.

Há, ainda, a definição abrangente e transcultural da OMS, que ampliou o conceito de qualidade de vida como: “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHO-World Health Organization, 1996 In: Chiba, 2002”.

Felce (1997) trouxe a idéia de que a qualidade de vida é a combinação de condições objetivas, avaliação subjetiva e de valores pessoais, confirmando a definição da OMS e trouxe, também, reflexões sobre seis domínios na qualidade de vida. São eles: domínio de bem-estar físico, material, social, produtivo, emocional e cívico, e ainda admite a influência externa.

A palavra **estresse** vêm do inglês *stress*. Foi usado inicialmente na física para traduzir o grau de deformidade sofrido por um material quando submetido a um esforço de tensão. Hans Selye (1956), médico inglês, transpôs este termo para a medicina e biologia, significando esforço de adaptação do organismo para enfrentar situações consideradas ameaçadoras a vida e ao equilíbrio interno. Costuma-se utilizar a palavra estresse indiscriminadamente pra definir diferentes sensações. É expressão comum dizer: “Estou nervoso, estressado, cansado”, querendo apenas

ênfatizar uma mesma vivência. Utilizam-se as expressões “tensão nervosa”, “cansaço” e “fadiga” como sinônimos de “estresse” para evidenciar uma conotação de dificuldade, pressão e de estar se desgastando mais do que deveria. Atualmente até na literatura técnica essa palavra tem tomado uma conotação somente ao desgaste. Estresse é a denominação dada a um conjunto de reações orgânicas e psíquicas de adaptação que o organismo emite quando é exposto a qualquer estímulo que o excite, irrite, amedronte ou o faça muito feliz (COVO, 2004).

Apesar de se estar acostumado no dia-a-dia a associar a palavra stress somente a situações que tenham conotações negativas, considera-se importante realçar que também são entendidas como estresse reações relacionadas a situações prazerosas e com retorno agradável para o indivíduo. Isto é, nem sempre o agente disparador de um processo de estresse e um acontecimento ruim. Selye (1956, citado por COVO, 2004) acreditava que quando a intensidade do estressor era positiva e/ou breve, e as respostas de estresse suaves e controláveis, poderiam ser estimulantes e excitantes ao indivíduo, possibilitando crescimento, prazer, desenvolvimento emocional e intelectual. A estes casos ele chamou de *Eustresse*. Já a noção mais freqüentemente disseminada do estresse corresponde ao que Selye (1956) denominou de *Distress*, isto é, quando o estressor tem um caráter negativo, é mais prolongado ou denota maior gravidade.

Estresse, em princípio, não é uma doença. É apenas a preparação do organismo para lidar com as situações que se apresentam, sendo então uma resposta do mesmo a um determinado estímulo, a qual varia de pessoa para

pessoa. O prolongamento ou a exacerbação de uma situação específica é que, de acordo com as características do indivíduo naquele momento, podem gerar alterações indesejáveis.

A OMS (1993) afirma que o estresse é uma “epidemia global”. Vive-se um tempo de enormes exigências de atualização e constantemente chamados a lidar com novas informações. O ser humano cada vez mais se vê diante de inúmeras situações às quais precisa adaptar-se. Como, por exemplo, diante de demandas e pressões externas vindas da família, do meio social, do trabalho, da escola ou do meio ambiente. Outros fatores aos quais precisa adaptar-se são, entre outras, as responsabilidades, obrigações, autocrítica, dificuldades fisiológicas e psicológicas.

A **vulnerabilidade individual** e a **capacidade de adaptação** são muito importantes na ocorrência e na gravidade das reações ao processo de estresse, cujo desenvolvimento depende tanto da personalidade do indivíduo quanto do estado de saúde em que se encontra (equilíbrio orgânico e mental), por isso nem todos desenvolvem o mesmo tipo de resposta diante dos mesmos estímulos. Estilo de vida, **experiências passadas**, atitudes, crenças, valores, **doenças e predisposição genética** são fatores importantes no desenvolvimento do processo de estresse. O risco de um estímulo estressor gerar uma doença é aumentado se estiverem associados a ele exaustão física ou fatores orgânicos.

Selye (1956) dividiu didaticamente o estresse em três fases interdependentes. O processo de estresse acontece da seguinte forma:

Primeira fase – Fase de Alarme: Nesta fase o organismo entra em

estado de alerta para se proteger do perigo percebido e dá prioridade aos órgãos de defesa, ataque ou fuga. Caso o indivíduo consiga lidar com o estímulo estressor, eliminando-o ou aprendendo a lidar com o mesmo, o organismo volta a sua situação básica de equilíbrio interno (homeostase) e continua sua vida normal. Mas, se ao contrário, o estímulo persistir sendo entendido como estressor e o indivíduo não tenha encontrado uma forma de se reequilibrar, vai ocorrer uma evolução para as outras duas fases do processo de estresse.

Segunda fase – Fase de Resistência Intermediária ou estresse contínuo: Nesta fase, o organismo continua sendo provido com fontes de energia rapidamente mobilizadas, aumentando a potencialidade para outras ações no caso de novos perigos imediatos serem acrescentados ao seu quadro de estresse contínuo. O organismo continua a buscar ajustar-se a situação em que se encontra.

Toda essa mobilização de energia traz algumas conseqüências como: **redução da resistência do organismo** em relação a infecções: sensação de desgaste, provocando cansaço e lapsos de memória; **supressão de várias funções corporais** relacionadas com o comportamento sexual, reprodutor e com o crescimento. Exemplos: queda na produção de espermatozoides; redução de testosterona, atraso ou supressão total da puberdade, **diminuição do apetite sexual**; disfunção erétil; desequilíbrio ou supressão de ciclo menstrual; falha na ovulação ou falha no óvulo fertilizado ao dirigir-se para o útero; aumento da freqüência de abortos espontâneos; dificuldades na amamentação.

Terceira fase – Fase de Exaustão ou esgotamento: Com a persistência de estímulos estressores, o indivíduo entra na última fase, onde há uma **queda na imunidade e o surgimento da maioria das doenças**.

Algumas vezes **diante de uma situação muito intensa ou extrema para a pessoa**, ela desenvolve um quadro denominado “Estresse Agudo”, onde o organismo mostra-se incapaz de lidar com os estímulos e tem reações que geralmente o afastam da realidade. Normalmente este quadro se inicia algum tempo (horas, minutos) após a ocorrência do estímulo, desaparecendo dentro de horas ou dias. O “Estresse Agudo” se caracteriza por: atordoamento inicial; estreitamento do campo de consciência; diminuição da atenção; incapacidade de compreender estímulos; desorientação; retraimento da situação circundante (estupor dissociativo); agitação e hiperatividade; sinais autonômicos de ansiedade de Pânico; amnésia parcial ou completa para o episódio.

Martins et al. (2004) registra que em um estudo realizado no Reino Unido envolvendo 369 pacientes com psoríase grave, observou-se que a doença provocou grande impacto na qualidade de vida. Nesse estudo, apenas 150 dos 369 psoriáticos estavam trabalhando, e, desses, 59% apresentavam grau de absenteísmo elevado em virtude da doença (média de 29 dias sem trabalhar por ano)

Ginsburg (1993) relata que o impacto da psoríase na qualidade de vida de 100 pacientes com idade variando entre 20 e 70 anos mostrou que 99% deles já haviam vivenciado experiências de rejeição social franca em locais como academia de ginástica, piscina, cabeleireiro e ambiente de

trabalho, suscitando sentimentos de discriminação. Pacientes com psoríase relatam que sua condição clínica desencadeia sentimentos de raiva, depressão, vergonha, ansiedade, culminando no isolamento social e em consumo maior de álcool e fumo. De acordo com os resultados de uma pesquisa realizada nos Estados Unidos envolvendo aproximadamente 18.000 membros da National Psoriasis Foundation, a percepção dos portadores de psoríase é a de que os médicos, na maioria das vezes, subestimam o impacto da doença na vida dos pacientes e, muitas vezes, o que é percebido pelo paciente como grave não é assim considerado pelo médico (Krueger, 2001).

As principais queixas apresentadas eram relativas à estigmatização trazida pela doença com conseqüentes sintomas depressivos. Portanto o principal prejuízo restringe-se à esfera das relações interpessoais, quer pela crença dos outros que a psoríase seja uma doença contagiosa, quer pela exclusão social antecipada dos pacientes por sua doença.

É importante não esquecer que trabalhos científicos que avaliam condições sociais não devem ser interpretados como válidos em todo o mundo. A sociedade brasileira é bastante distinta da britânica.

Devido ao grande impacto social e aos prejuízos psicológicos causados pela psoríase, muitos pacientes sofrem de estresse emocional considerável, e são comuns baixa auto estima, ansiedade e depressão. A terapia de grupo é coadjuvante útil para tais pacientes e deve ser encorajada. Seng Tk (1997) afirma que “as associações de portadores de psoríase devem ser estimuladas”, e Sartro D. Fontaine (1996), constata que

“há estudos comprobatórios de que pacientes organizados em associações têm menor índice de ansiedade e maior controle sobre sua doença.”

Ressalta-se que a psoríase, como causa de estresse, afeta mais os pacientes que se preocupam com “o que os outros irão pensar de minha aparência” do que aqueles cuja doença apresenta maior gravidade e longa duração, fatores que, efetivamente, funcionam como agravantes de estresse.

Daí as questões: O estresse precipita a manifestação da psoríase? Ou a psoríase contribui para aumentar o estresse? Pelo que foi estudado, tudo indica que nem sempre os instrumentos (disponíveis e testados) de avaliação do estresse, da qualidade de vida e da saúde mental específicos para psoriáticos, têm sido aplicados. Algumas vezes, são feitas avaliações meramente empíricas, utilizando-se métodos intuitivos por parte do profissional, comprometendo dessa forma a confiabilidade dos protocolos e o acompanhamento dos impactos psíco-sociais da doença para o paciente.

Apresenta-se a seguir o Quadro de Situações Estressantes na Vida de um Psoriático apresentado por Camisa (2003) utilizado para avaliação dos níveis de stress. Uma contagem de 10 ou mais pontos correlaciona-se com uma predisposição do paciente para maior desfiguração, prurido e mais surtos.

ITEM	SITUAÇÃO ESTRESSANTE	PONTOS
1	Inconveniência pela pele descascando	
2	Sentir-se envergonhado perante outros	
3	Sentir que deve gastar boa parte do seu tempo tratando da psoríase	
4	Não freqüentar lugares públicos, piscinas, academia, restaurantes, quando gostaria de freqüentar.	
5	Vestir roupas não atraentes ou desconfortáveis para cobrir certas regiões do corpo.	
6	Ter de evitar banho de sol na companhia de outros	
7	Medo de ter efeitos colaterais pelo tratamento médico	
8	Pessoas tratando o paciente como se a doença fosse contagiosa	
9	Evitar situações sociais	
10	Estranhos (crianças e adultos) fazendo menções desagradáveis sobre sua aparência	
11	Não ter dinheiro suficiente para pagar médico	
12	Sentir-se rejeitado e socialmente desajustado boa parte do tempo	
13	Pessoas fazendo esforço para não tocá-lo	
14	Barbeiro ou cabeleireiro relutantes em pentear e ou cortar seu cabelo	
15	Pessoas conjeturando que a condição de sua pele pode ser devida a AIDS, lepra, ou doença venérea.	
<b>Pontuação:</b> 0 (nada); 1 (leve); 2 (moderado); 3 (muito).		

A doença de pele mostra-se correlacionada a sentimentos como depressão e angústia. Não se pode, com tais dados, inferir que depressão e angústia podem ser causadores de problemas de pele, mas apenas que existem em co-morbidade. Um estudo mais completo para este fim, utilizando escalas para depressão e outras, precisaria ser realizado para corroborar a informação. Zogbi Hericka (2005) afirma ainda que:

“(...) dermatologia ainda é pouco explorada no que tange aos aspectos psicológicos e, mesmo, ambientais e sociais. Cada vez mais, temos a certeza de que os pacientes com problemas de pele não podem ser tratados apenas nos prejuízos físicos causados pela doença. Considerando a natureza bio-psico-social do adoecimento, a dermatologia não é uma área que possa ser excluída desse entendimento, posto que os contatos, principalmente os da pele, colaboram para a formação e a estruturação do ego. Sendo assim, a qualidade de vida caracteriza-se como uma via de acesso, através da qual podemos antever as questões psicossociais envolvidas no surgimento e desenvolvimento das doenças de pele”.

Ao pensar por que estudar dermatologia em psicologia,

demonstramos que os prejuízos dos pacientes situam-se muito além do aspecto físico. As doenças de pele apresentadas neste estudo estão, sim, intimamente relacionadas com o aspecto psicológico. Zogbi e Hericka, em um estudo não cita causas, mas sim, que prejuízos, em âmbito psicológico e de relações interpessoais, fazem parte das conseqüências do surgimento das doenças de pele. Se a causa estiver também relacionada mais diretamente a fatores psicológicos, um estudo futuro poderá responder a essa e outras questões que tenham ficado sem conclusão. Qualidade de vida e psicologia, cada vez mais são aspectos indissociáveis e precisamos ter clareza sobre a importância de psicólogos preocuparem-se com a qualidade de vida geral dos sujeitos, principalmente para fins de prevenção de problemas futuros, sobretudo quando há manifestações de afecções físicas. Certamente a contribuição maior seja no que tange à dermatologia e psicologia, promovendo o estreitamento das relações, construindo idéias que, mais tarde, possam ser foco de outros estudos, principalmente aqueles que priorizem a investigação da gênese não apenas biológica do adoecimento.

Preocupados com as restrições psíco-sociais dos portadores da psoríase, Martins e Mugnaini (2004) resolveram aplicar e aprofundar um pouco mais a validação de questionários de qualidade de vida em pacientes com psoríase. As conclusões são de que 99% deles já sofreram e vivenciaram experiências de rejeições sociais em seus locais de trabalho. Com isto, sentimentos de raiva, depressão, vergonha estão presentes na vida destes pacientes. Com a presença destes sentimentos

esses pacientes se isolam, não querendo contato com o mundo social. Através do isolamento, encontram no fumo e no álcool seu porto seguro.

A percepção do paciente, de acordo com sua gravidade, muitas vezes vai de encontro com que o seu médico percebe, e avalia, pois a constante variedade de gravidade encontrada pelo profissional faz com que ele encare o paciente como mais um, e a patologia como normal e dentro dos padrões. Os autores colocam ainda que o conceito de qualidade de vida pode-se dividir nos domínios psicológicos, social e físico.

Nos últimos dez anos, aumenta cada vez mais a preocupação de pesquisadores, em avaliar a qualidade de vida dos portadores de psoríase, bem como de outras patologias. Do que se tem disponível, podem ser citados os SIP e o SF36, para a população em geral, quanto a outras patologias. Pode-se comparar com o uso destes modelos a qualidade de vida dos pacientes em diversas modalidades de doenças. O PDI - Questionário de Avaliação de Vida, compreende 15 itens, voltados ao impacto que a doença trás sobre o paciente em rotinas como trabalho, escola, lazer relacionamentos pessoais.

Das pesquisas feitas com o emprego desses modelos, o maior impacto se apresentou nas atividades de lazer e nas atividades do dia-a-dia. Mesmo a doença se apresentando leve ou moderada, sua manifestação possui um forte componente social. Muitos pacientes, na tentativa de uma solução definitiva do seu problema, preferem um tratamento mais agressivo, não se importando com as conseqüências para o próprio corpo.

### 2.3.1 Quando o médico é o doente

Para compreender a situação da doença em médicos, ou então, o processo de adoecer que ocorre com profissionais da medicina, buscou-se em Robert Boudreau (2003, citado pelo Guide to Physician Health and Well-Being, 2003) pesquisador que, a partir de estudos realizados com médicos de Alberta no Canadá, verificou que 48% (216 médicos) encontravam-se em estado avançado de *burnout*, “erosão da alma”. Comparativamente, verificou que os enfermeiros da mesma cidade apresentaram esse estágio avançado em percentual menor (31% da categoria) e, segundo as referências encontradas, Boudreau (2003) observou que esse índice, em médicos americanos, atingiu 32%.

Boudreau (2003) afirma também que *burnout* em médicos canadenses se manifesta pela exaustão emocional, cinismo, sensação de ineficiência, senso de despersonalização nos relacionamentos com os pacientes e com os colegas no meio profissional, ou então com ambos. Esse quadro se apresenta relacionado à baixa performance em geral, irritabilidade e dificuldades no relacionamento conjugal.

Em estudo realizado pelo ACGME-Accreditation Council of Graduate Medical Education do Canadá, a recomendação foi restringir o número de horas de trabalho dos médicos residentes para um máximo de 80 horas semanais em razão da incidência de *burnout* observada no meio médico daquele país, de modo geral. Entretanto, nas afirmativas de Eric Endean, chefe do serviço de cirurgia da Universidade de Kentucky em Lexington

(EUA), “Reduzir as horas de trabalho podem, na verdade, aumentar o estresse, se forem mantidas as mesmas expectativas com relação ao nosso trabalho, com menos horas”. Na literatura não foram encontradas referências específicas que indicassem essa situação no meio médico brasileiro.

Cabe, entretanto, registrar que *Burnout* – expressão originalmente usada em 1940, para se referir ao colapso dos motores dos jatos e foguetes, foi importada para o campo da saúde, mais especificamente para a psiquiatria, designando a manifestação mais radical do estresse em sua fase mais aguda de esgotamento (ARANTES e VIEIRA, 2002).

*Burnout* se refere a aquilo que deixou de funcionar por absoluta falta de energia, sugerindo assim, que a pessoa com esse tipo de estresse consome-se física e emocionalmente, passando a apresentar um comportamento agressivo e irritadiço, em decorrência da má adaptação do indivíduo a um trabalho prolongado, altamente estressante e com grande carga tensional.

Enfim, uma metáfora para significar aquilo, ou aquele, que ao seu limite e, por falta de energia, não tem mais condições de desempenho físico ou mental. Acompanha-se também de um sentimento de frustração em relação a si e ao trabalho. (Benevides, 2002 citado por Covo, 2004)

Para Benevides (2002), o *Burnout* também já foi chamado de A Síndrome do Assistente Desassistido, pela reduzida consideração que se tem despendido aos trabalhadores de serviços de assistência, em relação às condições e suporte no trabalho, ou A Síndrome do Cuidar Descuidado, em alusão à desatenção do profissional de ajuda consigo mesmo.

O presidente da Canadian Medical Association, o médico Dana Hanson em seu pronunciamento de abertura da reunião anual em Saint John, Canadá afirmou que o exercício da medicina nos dias atuais trouxe consigo um incremento nos índices de doenças relacionadas ao stress. E citou: "Depressão, *burnout*, crises familiares e financeiras estão todas elas aumentando. E tenho viajado pelo Canadá e me constrange ouvir colegas dizer *Eu odeio ter que ir hoje ao trabalho. Tenho certeza que nós cuidamos muito melhor dos nossos pacientes, do que qualquer um cuida de nós.*"

André Lapierre, médico diretor do Programa de Assistência ao Médico de Quebec, por 12 anos, verificou um aumento anual nos atendimentos da ordem de 200 casos. Desde o início dos anos 90, cerca de 75% dos atendimentos estavam relacionados às questões de saúde mental (depressão, *burnout*, estresse e ansiedade). Observou que tem ocorrido um decréscimo da faixa etária que demanda o serviço, de 45 anos, em 1990, para 40 anos nos dias atuais.

Raju Hajela (2003), antigo presidente do OMA-Ontario e atual conselheiro do Medical Association Physician Health Program Advisory Committee afirma que não houve mudança, nos últimos anos, da prevalência de "addiction" (dependência química); médicos apresentam um risco de 8% a 9% de enfrentarem problemas relacionados a drogas e álcool no decorrer de suas vidas. As discórdias matrimoniais é também um grande problema entre os médicos, principalmente porque os médicos têm uma necessidade de "manter o controle da situação" e mantêm alta expectativa em relação à eles mesmos e em relação às suas famílias. Hajela (2003)

comenta que a piada do momento é: “Todo médico necessita ter uma boa esposa, até mesmo as médicas, para cuidar do *home front* (da batalha da casa).”

Como será a situação do doente médico, que exerce a atividade da medicina, nos dias de hoje, nas metrópoles brasileiras?

## **2.4 Afetividade, Contato e Intimidade, Sexualidade**

### **2.4.1 Afetividade**

A origem etimológica da palavra afeto é o verbo latino *afficere*, que significa ser afetado, estar comovido, ter disposição da alma; também é um construto hipotético que indica algo que inferimos. Numa expressão poética, afeto é tudo aquilo que nos faz oscilar entre a entrega e o espanto. Por isso, vivenciar o mundo dos afetos nos torna criativos, envolvidos, amantes, tanto quanto passionais, ciumentos e irados. Falar de afetividade é falar da alma, da psique, do coração, do amor, do ódio, da inveja, da culpa etc., essas emoções originais que organizam nossas ações e possibilitam nossas identificações (MONTEIRO, 2002).

Freud e Jung buscaram diferentes formas de superar a dicotomia *psique-soma* e, com seus conceitos-limites, falam de um espaço de trocas e transformações. Em Freud, das fontes somáticas da pulsão surge a representação da coisa e da palavra articulada à experiência e aos afetos. O afeto é o aspecto psíquico da energia pulsional que não é atingido pela repressão; só o é a representação da pulsão. O afeto e a cognição são processos de natureza diversa. Os afetos primários se estruturam nos primórdios da vida e são básicos para o desenvolvimento das pessoas. São comunicáveis e gerados pela elaboração primária da experiência, e não só pulsionais (Imbasciati, 1998 citado por MONTEIRO, 2002). Com o conceito de arquétipos, que são predisposições inatas de reação, Jung (oc.vol. VIII/2

citado por MONTEIRO, 2002). delineou o quando *psique-soma* são co-determinantes em nossa estruturação afetiva. Freud e Jung fazem um salto quântico: há um sentido somático que expressa a função dos órgãos e um sentido psíquico que expressa uma significação.

Jung, abordando os aspectos relacionais, expõe os arquétipos de *animus* e *anima* como *daimons* decisivos em nossas vidas. São predisposições contra-sexuais inconscientes. As dinâmicas másculas, na mulher, constituem o *animus*, e as dinâmicas femininas, no homem, constituem a *anima*. Tais arquétipos trazem dupla possibilidade de atuação, positiva ou negativa, para a ternura ou para a destruição. Falam da complementaridade na convivência com os opostos.

O desenvolvimento da afetividade nos homens e a assertividade e expansão social nas mulheres tem sido coibidos em nossa cultura. Quanto mais inconsciente o homem estiver de sua *anima*, mais tende a projetá-la em seus relacionamentos íntimos com a pessoa de sexo oposto. Os homens educados para buscar a posição social, tendo a identidade mais articulada ao profissional e ao ideal do guerreiro, deixam de lado o domínio da afetividade e da intimidade. Fogem da ternura para a dureza do *logos*. Ficam proibidos de ligar-se aos encantos da sensibilidade e, assim projetam e buscam viver tais aspectos femininos (*anima*) através da mulher. A mesma dinâmica pode ocorrer com as mulheres, que deixam de lado as dinâmicas masculinas articuladas ao poder e à assertividade, vivendo-as mais através do outro. Mas, geralmente, após a segunda metade da vida, tendem a integrar tais aspectos contra-sexuais da *psique*. Quanto mais inconscientes

tais dinâmicas estiverem, maior será a tendência à projeção.

A projeção, segundo Jung (oc.vol. IX/1 citado por MONTEIRO, 2002), é uma transferência inconsciente involuntária de um fator psíquico e subjetivo para um objeto exterior: é o outro que é “assim”. A projeção nos impede de captar o outro na sua singularidade e diferença. O outro é um espelho, e o que nele vemos somos nós mesmos. A retirada das projeções permite relacionamentos mais autênticos, fecundados por uma ligação íntima com a realidade do outro, vivenciando o Eros proposto por Diotima. Ao nos voltarmos para a nossa interioridade, que se torna mais fácil após a maturidade, vivenciamos uma maior fidelidade a nós mesmos, ficamos mais livres das ligações egocêntricas e podemos, realmente, constituir uma família de afinidades, com a sensação de pertencimento e proximidade. Criamos a nossa *távola redonda* (MONTEIRO, 2002).

#### **2.4.2 Contato e Intimidade**

A construção afetiva abre espaço para uma realidade vital para nós, humanos – a intimidade. É o poder se revelar como se é e ser aceito, Intimidade implica estar em contato direto com nossa realidade e com a do outro, sem julgamentos. Intimidade se inicia com nós mesmos, com o nosso corpo, respiração, coração, pele, com as nossas sensações. Quando essa unidade dinâmica é experimentada sem linhas divisórias entre psique e soma, espírito, coração e mundo, como diz Einstein, somos mais do que pensamos que somos.

A solitude é a capacidade de ficar só, de conviver consigo mesmo

como uma companhia agradável, de experimentar o eu. Isso que é difícil, pois tememos o encontro com o vazio. Porém, solidude não significa desamparo. É um processo de abertura a nós mesmos, de aprender a nos fazer companhia e a não necessitar do outro para existir, o que é muito diferente do desejar a companhia de alguém (MONTEIRO, 2004).

Intimidade é a expressão de si mesmo e se dá, principalmente, pela manifestação da palavra, expressando sentimentos, anseios, sonhos, preocupações, e não só críticas e julgamentos que bloqueiam o contato humano (Giddens, 1996 e Bachelard, 1985, citados por MONTIERO, 2002). As palavras usadas devem ser abertas. Porém, se nos expressamos através dos sentimentos, ficamos amais aptos a sentir as emoções com os outros, a ter empatia e compaixão.

Há também uma dimensão de silêncio que compartilha coisas indizíveis. Segundo Platão é a fronteira entre a terra dos homens e o reino dos deuses. Intimidade é a sensação de estar junto, de estar com o outro.

É expressa pelo olhar, **pelo toque**, pelo gesto de ternura ou raiva, pela cumplicidade. Arrendt (1997) confirma que a realidade do mundo é garantida pela presença do outro, é a realidade compartilhada.

Intimidade implica confiabilidade, isto é, poder acreditar, entregar-se ao outro, sentir que há uma base para ser e seguir sendo o que se é e se vivencia. Segundo Winnicott (1996), quando há *déficits* nos cuidados pessoais nos primórdios da vida, a pessoa perde contato com suas necessidades básicas e deixa de necessitar de uma relação embasada na confiança e comunicação pessoal. Não se abre aos afetos, passa a ter

medo da proximidade, cria defesas racionais e estabelece um tipo de pensamento operatório ou pragmático rígido, para não vivenciar ameaças do aniquilamento de si. A intimidade provém, portanto, de um nível mais profundo do ser. Conclui Winnicott (1996) que, para a criança e para todo ser humano, é uma alegria estar escondido, mas é desastroso não ser encontrado.

Viver a intimidade implica sermos pessoas em história, e não apenas pessoas com uma história. Implica ser alguém que não teme a metamorfose, mas é a própria metamorfose. “Ocupar um lugar no mundo é ocupar um lugar na vida do outro” (Safra, 1999, p.80). Entregar-se a vivência de Eros é entregar-se a um contínuo processo de criação, na tessitura de nossa biografia, é viver um amor ativo, contingente, que não se fixa; é buscar a riqueza da relação (Eros de Diótima) e não só da pessoa especial (Eros de Alcebiades). É estar sempre no presente, o lugar do acontecer humano em que se articulam passado e futuro, na construção de novas possibilidades. Entregar-se à vivência de Eros é ter a possibilidade de manter diversos corações ativados: o da coragem, o da generosidade, o do amor, o da música, o do gosto.

O amor se coloca no imaginário como o paraíso, onde busca-se encontrar o que não se possui, a plenitude do outro. Por isso as histórias de amor são histórias de nossos sofrimentos. Quando não vivenciamos espaços de ternura em nossos primórdios, há vazios em nossa psique. Assim, amar e relacionar-se nos coloca em zonas de flutuação onde surgem antigas feridas.

Os caminhos das relações afetivas, da intimidade e da sexualidade são labirínticos. Neles temos que aprender a vivenciar o paradoxo da incompletude e da inteireza, a baixar nossas defesas, a expor nossa fragilidade, a abrir o coração diante do outro.

É necessário haver o encontro das fragilidades. Adorno afirma que o ser humano só é amado quando ode expor sua fragilidade sem provocar uma reação de força. Isto é, sem sofrer cerceamentos ou invasões, sem o risco do abuso e do esvaziamento emocional que uma intimidade opressiva impões.

As mágoas e ressentimentos acumulados pelos anos fazem com que as relações se desgastem, tornando difícil mobilizar ganhos amorosos. O ódio surge articulado pelo sentimento de perda, pela desilusão, que é como uma intolerância e uma violência à nossa singularidade.

Muitas vezes é em nome da bondade e do amor que se cometem as maiores violências. O querer bem pode significar querer que o outro seja igual a nós. As pressões amorosas são torturantes e, assim, anos de convivência podem não propiciar a aprendizagem do amor, mas a cristalização de sutis violências.

### **2.4.3 Sexualidade**

Para examinar esse tema, buscou-se, inicialmente, em Abdo, (2000) referências sobre o assunto entendendo-se sexualidade como “(...) uma função humana que se manifesta de maneira diferente nas pessoas por um

processo de evolução durante as diversas fases da vida”. Covo (2004)

Para Abdo (2000), tratando da **resposta sexual feminina e masculina** afirma que durante muitos séculos, até recentemente, a sexualidade era considerada expressão de “baixos instintos anormais”, que deveriam ser combatidos, subjugados e controlados. Obviamente, segundo a mesma autora, isso é mais compatível com a moral religiosa imposta (que só tolera a atividade sexual para fins de procriação). A sexualidade animal é regulamentada estritamente pelos ciclos naturais e só visa procriar, e a humana é uma sexualidade ilimitada, não tem, portanto, nenhum equivalente no reino animal. Nos seres humanos, a atividade sexual ultrapassa, de longe, suas raízes biológicas; ela é ampla e difusa, gravitando mormente na direção do prazer e satisfação do desejo, sem as inibições e travas neurohormonais observadas nas outras espécies (ABDO, 2000).

Desta forma, atualmente não se considera mais a sexualidade somente com finalidade reprodutiva, mas também como forma de comunicação entre as pessoas e é isso que contribui para o desenvolvimento de uma vida sexual saudável e sem conflitos. Esta, por sinal, é influenciada pela educação recebida e pelas experiências que acompanham o desenvolvimento do ser humano.

Para a Organização Mundial de Saúde (1993),

Saúde Mental é a integração dos elementos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser humano, por meios que sejam positivamente enriquecedores e que potencializem a personalidade, a comunicação e o amor. Apresentam decisiva importância, a partir desse ponto de vista, o direito à informação sexual e o direito ao prazer. (OMS CID-10,1993)

Baseados nestes conceitos acredita-se ser de extrema importância uma vivência saudável da sexualidade para que o indivíduo possa se assegurar de uma boa saúde mental e manter desta forma uma boa qualidade de vida.

Masters e Johnson, citados por Abdo (2000), iniciaram suas pesquisas em 1954 e, até 1965, mais de 10 mil casos de atividades sexuais foram observados por suas equipes. Inicialmente, em razão das dificuldades da época em se trabalhar diretamente com a função sexual, trabalhavam com pesquisas em reprodução humana e só quando ganharam respaldo científico é que puderam dedicar-se especificamente à atividade sexual propriamente dita. Estudaram 383 mulheres e 312 homens, o que possibilitou a sistematização dos dados, que se transformaram no livro *Human Sexual Response*, publicado em 1966. Nesse estudo, definiram um ciclo para a resposta sexual humana, subdividindo-o em quatro fases, estudando minuciosamente a fisiologia sexual.

Os resultados apontam para o fato de que, no caso dos homens, os padrões de respostas sexuais são mais uniformes que os das mulheres, demonstrando alterações principalmente na duração de cada época. Já nas mulheres, as variações vão além do tempo de duração, e se manifestam como alterações dos padrões das respostas. Masters e Johnson em 1970, citados por Abdo (2000) foram os primeiros a dividir a atividade sexual em etapas, e segundo eles, estas fases ou etapas são: Excitação, Platô, Orgasmo e Resolução.

Segundo Abdo (2000), em 1994, a Associação Psiquiátrica Americana lançou a quarta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais, o SDM-IV (APA, 1995), onde o ciclo de resposta sexual pode ser dividido nas seguintes fases:

- Desejo: Esta fase consiste de fantasias acerca da atividade sexual e desejo de ter atividade sexual.
- Excitação: Esta fase consiste de um sentimento subjetivo de prazer

sexual e alterações fisiológicas concomitantes. As principais alterações no homem consistem de tumescência e ereção peniana. As principais alterações na mulher consistem de vasocongestão pélvica, lubrificação e expansão vaginal e turgescência da genitália externa.

- **Orgasmo:** Esta fase consiste de um clímax do prazer sexual, com liberação da tensão sexual e contração rítmica dos músculos do períneo e órgãos reprodutores. No homem, existe uma sensação de inevitabilidade ejaculatória, seguida de ejaculação de sêmen. Na mulher, ocorrem contrações (nem sempre experimentados subjetivamente como tais) da parede do terço inferior da vagina. Em ambos os gêneros, a esfíncter anal contrai-se ritmicamente.

- **Resolução:** Esta fase consiste de uma sensação de relaxamento muscular e bem-estar geral. Durante esta fase, os homens são fisiologicamente refratários à outra ereção e orgasmo por um período variável de tempo. Em contrapartida, as mulheres podem ser capazes de responder a uma estimulação adicional quase que imediatamente.

Para Monteiro (2002) sexualidade é o modo como vivenciamos nosso instinto sexual na busca do encontro afetivo, do acasalamento e do prazer. Ela permeia os corpos e psique, com gestos, entonações, adereços, perfumes; permeia tudo o que nos faz sentir mais homem/macho e mulher/fêmea, no inexorável jogo da sedução e da conquista. Na ampla teia de possibilidades da vida sexual, insere-se a relação sexual restrita ao pênis-vagina, como um de seus componentes.

A sexualidade articula-se a fatores hormonais, emocionais e socioculturais, de um modo pessoal e singular, da mesma forma que é tecida a história da subjetividade e vida. Ela se estende da função do prazer à função da procriação. É uma função vital que permeia a vida, da infância à velhice, e insta-se junto a uma série de tabus.

A libido sexual insere-se na realidade psicossomática, instituindo-se na

organicidade hormonal. A eclosão bioquímica do desejo liga-se às condições emocionais e circunstanciais. Os estímulos do desejo são incontáveis e peculiares a cada sujeito. Dentre eles, citamos os estímulos táteis (toque de todo o corpo e, especialmente, das zonas erógenas); os visuais (nudez, roupas, enfeites); os auditivos (sussurros, sons, música); os olfativos (perfumes); e os cognitivos (fantasias, lembranças).

A sexualidade é marcada pela tônica da paixão dionisíaca, desmedida e arrebatada, como explicitou Platão no amor de Alcebiades. No imaginário, a sexualidade reme-nos à dinâmica arquetípica de Dionísio, o deus da vegetação, do inesperado e do caótico, em cujas celebrações são convocados ambos os gêneros e de todas as idades, comungando vinho, amor e êxtase (Brandão, 1986), Jung (oc.vol.VIII/2) afirma, enfaticamente, que a vida da psique consiste, essencialmente, em imagens; é a psique que cria e recria a realidade. Essa atividade não envelhece, não enfraquece, aliás, pode ser até mais ativada na velhice, ainda que como uma compensação para a dificuldade no desempenho sexual.

Para Maffesoli (1985) e Da Mata (1978), citados por Monteiro (2002), o desenvolvimento da sociedade inclui uma ação sobre a desordem das paixões.

Tratando da **Disfunção Sexual**, tem-se que Disfunção, como o próprio nome indica, refere-se, segundo o Instituto Paulista de Sexualidade (2001), ao não-funcionamento de alguma coisa e, no que tange ao sexo, encontra-se diretamente vinculada ao não-funcionamento adequado de uma das fases que compõem o ciclo sexual anteriormente descrito.

Master e Johnson, citado por Abdo (2000), tentam sistematizar e classificar a atividade sexual humana, agora já não se falando mais em patologias ou perversões, mas em funcionalidade e disfuncionalidade. Para eles, os diagnósticos de disfunção sexual são feitos pela ausência de determinada fase do ciclo e são classificados como: ejaculação prematura, incapacidade ejaculatória, impotência,

disfunção orgásmica, vaginismo e dispareunia.

Todos estes diagnósticos se subdividem em disfunções primárias e secundárias, sendo considerados portadores de problemas primários aqueles que sempre vivenciaram a sexualidade com esses limites, e secundários, os que já usufruíram de alguma sexualidade completa e desenvolveram, posteriormente, algum grau de disfuncionalidade.

Segundo DSM-IV (APA, 1995) as Disfunções Sexuais se apresentam como relacionado a seguir:

#### **Disfunções Sexuais:**

Segundo os critérios diagnósticos do DSM-IV (APA 1995), as Disfunções Sexuais caracterizam-se por uma perturbação no desejo sexual e nas alterações psicofisiológicas que caracterizam o ciclo de resposta sexual, causando sofrimento acentuado e dificuldade interpessoal. É necessário especificar se a disfunção é do tipo congênita ou adquirida, generaliza ou situacional ou ainda se possuem fatores psicogênicos combinados.

- **Transtorno do Desejo Sexual:**

302.71 – Hipoativo: Deficiência (ou ausência) persistente ou recorrente de fantasias ou desejo de ter atividade sexual. O julgamento de deficiência ou ausência é feito pelo clínico, levando em consideração fatores que afetam o funcionamento sexual, tais como idade e contexto de vida do indivíduo.

302.79 – Aversão Sexual: Extrema aversão ou esquiva persistente ou recorrente de todo (ou quase todo) contato sexual genital com um parceiro sexual.

- **Transtorno da Excitação Sexual:**

302.72 – na Mulher: Incapacidade persistente ou recorrente de adquirir ou manter uma resposta de excitação sexual de lubrificação-turgescência até a conclusão da atividade sexual.

302.72 – de Ereção Masculina: Incapacidade persistente ou recorrente de

obter ou manter uma ereção adequada até a conclusão da atividade sexual.

- Transtornos Orgásmicos:

302.73 – Transtorno Orgásmico Feminino: Atraso ou ausência persistente ou recorrente de orgasmo após uma fase normal de excitação sexual. As mulheres apresentam uma ampla variabilidade no tipo ou na intensidade da estimulação que leva ao orgasmo. O diagnóstico de transtorno Orgásmico Feminino deve fundamentar-se no julgamento clínico de que a capacidade orgásmica da mulher é menor do que seria esperado para sua idade, experiência sexual e adequação da estimulação sexual que recebe.

302.74 – Transtorno Orgásmico Masculino: Atraso ou ausência persistente ou recorrente de orgasmo após uma fase normal de excitação sexual durante a atividade sexual, que o clínico julga adequada em termos de foco, intensidade e duração, levando em consideração a idade da pessoa.

302.75 – Ejaculação Precoce: Ejaculação persistente ou recorrente com estimulação sexual mínima antes, durante ou logo após a penetração, antes que o indivíduo o deseje. O clínico deve levar em consideração os fatores que afetam a duração da fase de excitação, tais como idade, novidade da parceira ou situação sexual e frequência da atividade sexual recente.

- Transtornos de Dor Sexual:

302.76 – Dispareunia: Dor genital recorrente ou persistente associada com o intercurso sexual em homem ou mulher.

306.51 – Vaginismo: Espasmo involuntário, recorrente ou persistente da musculatura do terço inferior da vagina, que interfere no intercurso sexual.

Os transtornos da resposta sexual podem ocorrer em uma ou mais dessas fases. Sempre que mais de uma Disfunção Sexual estiver presente, todas são registradas. Os conjuntos de critérios não fazer qualquer tentativa de especificar uma

freqüência mínima ou faixa de contextos, atividades ou tipos de encontros sexuais nos quais a disfunção deve ocorrer.

Este julgamento deve ser feito pelo clínico, levando em consideração fatores tais como a idade e experiência do indivíduo, freqüência e cronicidade do sintoma, sofrimento subjetivo e efeito sobre outras áreas do funcionamento. As palavras “persistente ou recorrente” nos critérios de diagnóstico indicam a necessidade deste julgamento clínico. Se a estimulação sexual é inadequada em foco, intensidade ou duração, não é feito o diagnóstico de Disfunção Sexual envolvendo excitação ou orgasmo.

- Subtipos:

Segundo ainda o DSM-IV(APA, 1955), os subtipos são descritos para indicar o início, contexto e fatores etiológicos associados com as Disfunções Sexuais. Se múltiplas Disfunções Sexuais estão presentes, os subtipos apropriados para cada uma podem ser anotados. Um dos seguintes subtipos pode ser usado para indicar a natureza do início da Disfunção Sexual:

- Tipo ao Longo da Vida: Este subtipo se aplica se a Disfunção Sexual está presente desde o início do funcionamento sexual.

- Tipo Adquirido: Este subtipo se aplica se a Disfunção Sexual se desenvolve apenas após um período de funcionamento normal.

Um dos seguintes subtipos pode ser usado para indicar o contexto no qual a Disfunção Sexual ocorre:

- Tipo Generalizado: Este subtipo se aplica se a Disfunção Sexual não está limitada a certos tipos de estimulação, situações ou parceiros.

- Tipo Situacional: Este subtipo se aplica se a Disfunção Sexual está limitada a certos tipos de estimulação, situações ou parceiros. Embora na maior parte dos casos as disfunções ocorram durante a atividade sexual com um parceiro, em alguns casos pode ser apropriado identificar disfunções que ocorrem durante a

masturbação.

Um dos seguintes subtipos pode ser usado para indicar os fatores etiológicos associados com a Disfunção Sexual:

- Devido a Fatores Psicológicos: Este subtipo aplica-se quando fatores psicológicos supostamente desempenham um papel importante no início, gravidade, exacerbação ou manutenção da Disfunção Sexual, e condições médicas gerais e substâncias não exercem qualquer papel na etiologia da Disfunção Sexual.

- Devido a Fatores Combinados: Este subtipo aplica-se quando 1) fatores psicológicos supostamente desempenham um papel no início, gravidade, exacerbação ou manutenção da Disfunção Sexual e 2) uma condição médica geral ou uso de substância também contribui, supostamente, mas não basta para explicar a Disfunção Sexual. Se uma condição médica geral ou uso de substância (inclusive efeitos colaterais de medicamentos) é suficiente para explicar a Disfunção Sexual, pode-se diagnosticar ainda Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral e/ou Disfunção Sexual Induzida por Substância.

Segundo Abdo et al. (2000), as principais disfunções sexuais masculinas são a disfunção erétil, a ejaculação precoce e a falta de desejo. Segundo os dados do Estatuto do Comportamento Sexual do Brasileiro, realizado no ano de 2000, em sete estados brasileiros, 46,2% dos homens apresentam disfunção erétil, 15,8% ejaculação precoce e 12,3% falta de desejo. Segundo os dados do Estudo do Comportamento Sexual do Brasileiro, realizado no ano de 2000, em sete estados brasileiros, 46,2% dos homens apresentam disfunção erétil, 15,8% ejaculação precoce e 12,3% falta de desejo.

Ainda com base neste estudo, observa-se que a frequência de atividade sexual é o número de vezes que se mantém relações no período semanal, passando a ser problemática quando apresentar frequência muito alta ou muito baixa. Os dados indicam que os homens mantêm uma média de 3,1 relações

sexuais semanais contra 2,8 para as mulheres.

A partir dos dados obtidos na literatura, tanto sobre psoríase quanto sobre sexualidade, justificou-se o estudo em questão. A Hipótese e os Objetivos estão apresentados a seguir.

### **3 HIPÓTESE**

A sexualidade do portador de psoríase pode ser influenciada pelo comprometimento de sua imagem corporal.

## 4 OBJETIVOS

- **Investigar as condições psicológicas e adaptativas** de um paciente psoriático, em acompanhamento psicológico, tendo em vista caracterizar suas percepções frente ao quadro clínico-dermatológico, à aparência física, aos relacionamentos, às atividades ocupacionais e de lazer e o impacto da doença na vida cotidiana;
- **Avaliar**, em especial, **o aspecto da sexualidade** desse paciente visando verificar as mudanças ocorridas após a manifestação da psoríase;
- **Apresentar contribuições**, do ponto de vista da Psicologia, para ampliar o conhecimento dos fatores psíco-sociais que interferem na sexualidade dos pacientes psoriáticos.

## 5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este estudo consiste numa revisão de literatura a respeito da influência da imagem corporal do paciente com psoríase sobre sua sexualidade.

Uma vez que o autor é psicólogo, foi dada ênfase nos estudos voltados para a psicodermatologia, não adentrando, portanto, nos aspectos puramente médicos. Pelo fato de terem sido encontrados poucos trabalhos publicados nessa área específica, a revisão bibliográfica contemplou artigos indexados. Além do estudo teórico realizou-se relato de caso de um paciente portador da patologia com base no atendimento psicológico individual breve, a ele prestado, no qual foram utilizadas técnicas da Psicologia clínica.

### **O estudo conta com quatro procedimentos a saber:**

- Revisão de literatura sobre o tema de psoríase, procurando estabelecer correlação da patologia, suas conseqüências na imagem do paciente e na sexualidade dos mesmos;
- Relato de um caso de portador de psoríase, acompanhado pelo autor no período de 2003 a 2005, sendo o paciente do sexo masculino, heterossexual, solteiro, 57 anos, escolaridade superior, com histórico familiar de psoríase;
- Discussão sobre o caso, estabelecendo-se correlação da situação vivenciada pelo paciente com a teoria estudada;

- Conclusões abrangendo o relato do caso no que se refere a: identificação; queixa atual; histórico da doença; história sexual e a relação com a doença e antecedentes familiares e pessoais.

No que se refere ao instrumento de coleta de dados, foram utilizadas as entrevistas realizadas durante o Atendimento Psicológico. Estas foram inestruturadas, conduzidas pelo próprio paciente, a partir de suas demandas emergenciais de exposição de suas angústias ou, então, diante da dinâmica da instalação, evolução e agravamento do quadro de psoríase que o acometeu. O primeiro atendimento foi em caráter emergencial quando o paciente constatou, junto da colega dermatologista, o diagnóstico de psoríase. Por reconhecer, do ponto de vista médico, que se tratava de doença incurável, de etiologia desconhecida, com impacto extremamente agressivo no cotidiano dos pacientes, a angústia foi maior. Ainda que sendo utilizado modelo inestruturado de entrevista, permanentemente foram aplicadas técnicas psicanalíticas, como também critérios da Tanatologia (KÜBLER ROSS, 1994), buscando-se propiciar a externalização dos sentimentos e mantendo-se sob controle os fatores de dissimulação, que normalmente são utilizados, por parte dos pacientes, como medida adaptativa.

Não foram aplicados inventários específicos, entretanto, o psicólogo se pautou pelos modelos ISP-Inventário Simplificado de Personalidade (Lanyon, 1970, citado por MINGORANCE et al., 2001), PDI-Inventário de Qualidade de Vida (Psoriasis Disability Index), citados por Mingorance et al. (2001) e pelo

Roteiro Situações Estressantes na Vida de um Psoriático (Camisa, 2003) isto porque o paciente não apresentava condições psicológicas, no período, para contribuir em pesquisas e testes, entretanto os roteiros recomendados por esses autores foram seguidos na anamnese. Paralelamente, no decorrer das entrevistas, foram feitas avaliações, quanto a qualidade de vida no cotidiano e a vida sexual do paciente, seguindo-se os parâmetros de Abdo (2004), sem que, entretanto, se tenha aplicado o Questionário (2004), anexo ao EVSPA - Estudo da Vida Sexual do Paciente, pelas mesmas razões acima indicadas.

## **6 RESULTADOS: Relato de um caso**

### **Identificação do paciente:**

Paulo (nome fictício); idade 57 anos; raça branca; nacionalidade brasileira; profissão Médico; religião, afirma não ter religião.

### **Queixa atual:**

Segundo os depoimentos do paciente durante as entrevistas de atendimento psicológico, pode-se afirmar que ele não mantém vida sexual ativa, desde o acometimento da psoríase (2003) e, em razão das alterações manifestadas na pele e da imagem impregnada à doença (a maioria pensa que se trata de doença contagiosa), sente-se constrangido em procurar parceira e manter contato íntimo.

Fica constrangido, também, por não poder expor grande parte de seu corpo até mesmo para os amigos e, em especial, em lugares públicos (pista de caminhada, clubes, barbearia). Outro fator que o constrange, entristece e deprime é a “impotência” da medicina perante doença de etiologia desconhecida, incurável, progressiva e, até mesmo, fatal, quando ocorre efeito colateral das drogas, comprometendo as funções renal ou hepática, além de outros riscos.

Receio de ter que se afastar do trabalho, como já ocorreu anteriormente (por dois meses, num período de agravamento da doença), agrava o seu quadro de ansiedade e depressão.

### **Histórico da doença:**

A Psoríase eclodiu no paciente de forma tardia, aos 53 anos (2003), após um seqüestro relâmpago de que foi vítima. Inicialmente, manifestou-se um quadro de dermatite seborréica intensa, no couro cabeludo . Ainda em 2003, houve um recrudescimento significativo do quadro. As lesões se disseminaram por grande parte da área corporal, tórax, abdômem, membros inferiores e superiores, costas, ficando preservada a face. As áreas mais afetadas foram dorso, tórax e nádegas. As lesões são do tipo vulgar, gotosas, placas em gotas escamativas, com formação de escamas e hiperemia ( calor local ).

### **Histórico da vida sexual do paciente e a relação com a doença:**

O paciente vivenciou, desde os seus 21 anos, uma vida sexual ativa. Ao longo de sua vida teve diversas namoradas, algumas parceiras sexuais, sentia-se atraído por mulheres cultas e interessadas nas artes. A relação mais duradoura foi com uma artista plástica, durante dois anos, e terminou porque havia cobranças dela no sentido de vida em comum, o que levou ao desgaste da convivência. Considerava ter sido prazerosa sua experiência

sexual, sem que, entretanto, houvesse pulsão para criar vínculo do tipo casamento, constituir família, ter filhos.

Afirma não ter experiência com parceiros do mesmo gênero e que tem vários clientes homossexuais, mantendo com eles uma relação médico-paciente muito favorável.

Portanto, até a eclosão da doença, o paciente mantinha vida sexual ativa, heterossexual, tendo se relacionado com várias parceiras, durante sua trajetória.

Tornou-se inativo sexualmente, mesmo tendo conhecimento de não se tratar de doença contagiosa, principalmente em razão de não ter parceira fixa que pudesse, como sua companheira, vivenciar com ele essa situação. O receio de exposição do corpo em função das lesões e da imagem que ela apresenta o afasta ainda mais do convívio com parceiras potenciais. Fica inibido, e isso o torna impedido, por sua própria decisão, de uma vivência sexual, de qualquer natureza, muito menos de um relacionamento de forma plena e afetuosa. Quando a doença se agrava, refugia-se na “solidão do estudo intenso e do trabalho exaustivo”, angustia-se, fica deprimido e se nega, inclusive, a pulsão para se tocar, se masturbar.

#### **Antecedentes familiares:**

Seu único irmão apresentou ou o mesmo quadro de doença. Atualmente, encontra-se internado em CTI, há 5 meses, com a psoríase disseminada em todo o corpo, num quadro grave, o que assusta e incomoda

sobremaneira o paciente, pois se espelha na situação do irmão, vendo nela uma possibilidade de seu quadro futuro.

Fala muito pouco nesse assunto. Afirma buscar permanentemente nas pesquisas os avanços no sentido de se encontrar novos tratamentos e melhores formas de se abordar o paciente psoriático e sua família.

## 7 DISCUSSÃO

A partir do relato do caso observa-se que o tema de maior frequência, tratado nas sessões de Atendimento Psicológico, foi o sentimento do paciente de impotência da medicina perante uma dermatose crônica, hiperfroliferativa, não debilitante ou contagiosa ou dolorosa, eritematoescamosa, localizada ou extensa, cuja etiologia é desconhecida, confirmando Kahtalian e Rosa (1995).

O paciente é médico, com história familiar de manifestação da doença (o irmão que se encontra em fase avançada, com o agravante do quadro de alcoolismo). Sua situação confirma os aspectos encontrados na literatura.

Camisa (2003) afirma que o “(...) surgimento mais precoce da doença tende a estar associado com história familiar e doença mais grave”; “(...) mas quando um paciente desenvolveu após os 20 anos e nenhum dos pais tinha psoríase, somente 3% dos irmãos portavam a doença”.

Quanto à história prévia traumática (injúria) não se observou que o paciente tenha relatado trauma físico específico. Arruda et al. (2001) apresentam o *Fenômeno de Koebner* descrito por esse pesquisador em 1878, em que o aparecimento de lesões em áreas de trauma e cicatrizes está presente em percentual que varia de 25% a 75% dos casos. A epiderme deve ser injuriada. Em 1982, Eyre e Kruger o descreveram como “fenômeno do tudo ou nada” em que ou toda a pele não acometida responde à injúria com a reprodução da psoríase, ou nenhum dos locais injuriados responde ao trauma com lesão característica.

Por outro lado registra-se, segundo os relatos do paciente, ter sido o *trauma emocional* do seqüestro “relâmpago” e das pressões freqüentes em forma de ameaças, por parte do agressor, o fator que precipitou a manifestação de seu quadro. A extensão das lesões influenciou negativamente na qualidade de vida, e o maior prejuízo se deu nas atividades rotineiras, nos relacionamentos íntimos, lazer e na qualidade de vida como um todo, o que confirma os achados de (Mingorance et al. 2001).

A presença de sentimentos de isolamento social (Mingorance et al. 2001), face à gravidade, extensão da área corporal acometida pela psoríase, foi manifestação marcadamente importante que se apresentou na trajetória do paciente, a partir da instalação da doença. Na juventude e na vida adulta ele sempre manteve relacionamentos satisfatórios com o seu meio familiar (família nuclear), grupo de amigos (casais) e namoros. Quando a doença recrudescer, o paciente se isola, rompe relacionamentos afetivos, não se permite fazer conquistas, sublima no trabalho sua dor e “impotência” diante do imponderável e do incurável. Nega-se a expressar seu “estado físico”, até mesmo para a pessoa mais próxima (sua auxiliar doméstica), “treina” o barbeiro/cabeleireiro para assisti-lo em casa, expondo apenas as lesões do couro cabeludo.

Com os colegas de profissão mostra-se arredo, tão logo o diagnóstico da doença se confirma, e se “afunda” no estudo e no trabalho, para sublimar e empanar a consciência que tem dessa característica da doença que é: de

etiologia desconhecida e incurável, pode ser fatal se houver comprometimento renal ou hepático.

O trabalho me absorve muito e de certa forma me prende e me atrai.

Do ponto de vista psicológico, observa-se que essa consciência aguçada, que a literatura e a pesquisa lhe conferem, não atua como atenuador e sim agrava, ainda mais, a sua percepção negativa do prognóstico.

O paciente estuda muito, de modo geral, e sobre psoríase usualmente esclarece dúvidas do grupo da Associação Estadual dos Portadores de Psoríase, inclusive de colegas dermatologistas.

Estudo muito sobre psoríase. Tudo que sai na literatura eu leio. Já atendi diversos casos e a situação do meu irmão, desde anos atrás me preocupava muito e me levou a pesquisar cada vez mais.

Provavelmente, o seu irmão, que se encontra em quadro terminal, não compartilhe com ele (o paciente) desta perspectiva sombria, pois, desconhece o estágio em que a medicina se encontra nesse campo. Talvez, não compartilhe, também, porque conta com o anseio da família para voltar ao convívio no lar.

O paciente, nesse caso, solteiro, e sem relacionamento afetivo e sexual, desde o acometimento da psoríase, se vê em situação de isolamento maior. Conta, segundo seus próprios relatos, com vínculo somente com o psicólogo terapeuta, em quem deposita confiança e nele encerra seu único

“recipiente” de desabafo e colheita de suas diversas expressões de sentimento.

Sobre a relação com o psicólogo ele considera: “(...) um lugar em que se pode falar de tudo, sem reservas. As poucas perguntas que me são formuladas não chateiam, e sim, fazem a abertura para tratar de assuntos que sequer falaria comigo mesmo. Preciso de um ouvido amigo, que não me carimba, não me rotula, não pressiona. Nada pede, nada impõe. Isso é coisa rara, nem sempre encontrada no meio profissional”.

Dentre os fatores que dificultam a expressão dos sentimentos, por parte do paciente, provavelmente a raiva e a pergunta: “Por que comigo?” (Kübler Ross, 1990) sejam os dominantes. Também, o medo da crítica e da incompreensão diante da desinformação generalizada no meio social, que confunde a psoríase com AIDS, hanseníase e doenças venéreas, esses dois sentimentos se colocam com expressão muito forte nesse caso particular.

Mingorance et. Al (2001) afirma que “Apesar do alto impacto psíco-social decorrente do desenvolvimento da doença a intensidade do prejuízo adaptativa pode variar de acordo com a percepção do paciente”.

Os sentimentos de vergonha e de humilhação relatados por Kahtalian e Rosa (1995) que a psoríase coloca nos pacientes acometidos foram também observados no caso em questão, especialmente quando relata:

Dor diante do sofrimento e da humilhação que a discriminação e a rejeição social dirigem para pessoas como ele, que não são culpados, não contagiam os demais, ficam “feias” com sua imagem modificada e deformada, sem que o queiram.

Essas constatações também confirmam as observações de Mingorance et al. (2001) ao destacar que com relação aos prejuízos na

esfera sexual, pacientes com psoríase têm apresentado um declínio na atividade sexual associando tal fato ao constrangimento quanto à aparência física. E quanto à sexualidade, sentimentos de exclusão e discriminação apresentam-se exacerbados entre paciente que apresentam lesões próximas aos genitais ou baixo ventre, em comparação aos pacientes com lesões em outras regiões do corpo.

Desejo de contato e de aproximação afetiva se mostram muito significativos, mas o paciente não enxerga para si um caminho no sentido de realizá-lo.

As perdas no aspecto da vida sexual, caracterizadas pelo rompimento das relações com parceiras e determinado por sua decisão do próprio paciente, significaram para ele “morte em vida”, pois, na sua concepção, provavelmente, afetividade, intimidade e sexo significam a mesma coisa.

E, nesse aspecto, é importante registrar que não se tem observado, no paciente, traços da configuração de novas perspectivas. Tudo indica que essas concepções ainda persistem no seu imaginário afetivo. Como pode ser observado no relato, ele chega a se privar da masturbação, pois, seu estado de depressão e de angústia com relação à “perda da vida sexual” assume um caráter muito forte. Os relatos indicam.

Até quatro anos atrás, 53 anos, mantinha relacionamentos satisfatórios sem, entretanto, conseguir estabelecer vínculo e uma forma de intimidade que representasse relação afetiva atraente, uma paixão que levasse a largar tudo e partir para uma relação estável, constituir família e casamento.

Os relacionamentos mais significativos ocorreram no período em que eu estava com 30 a 40 anos, mas eram adiados em função da minha profissão.

Havia cobranças por parte das parceiras, mas a relação se esfriava ou, então, partia para encontros meramente ocasionais ou transas esporádicas. Namorei muito, mais de 10 mulheres, variava sempre, buscava uma mais atraente ou mais intelectualizada. No período de faculdade tive várias namoradas. A primeira transa foi aos 21 anos, num namoro relâmpago.

Sempre gostei muito do toque e das transas. O que mais causava prazer era estar com companheira culta, intelectual, interessada em artes, teatro e cinema. Tinha as ereções normais que todo mundo tem, quando se está a fim de transar. Minha média era boa, dependendo da ligação com a parceira, das oportunidades criadas. Normalmente, os encontros melhores se davam no meu apartamento.

Quando o relacionamento esfriava, as vezes isso ocorria por um esvaziamento que ia acontecendo e aí, então, buscava outra mais atraente ou mais intelectual. Hoje, o que eu mais sinto falta é de ficar com alguém, sem constrangimento, sem me preocupar com a pessoa vendo o meu estado.”

E quando o doente é o médico e este se vê impelido a se afastar do trabalho por um período de dois meses, o seu estresse, provavelmente, é maior. Como pode ser observado nas afirmativas de Eric Endean, chefe do serviço de cirurgia da Universidade de Kentucky em Lexington (EUA) (citado no CMA (2003):

Reduzir as horas de trabalho podem, na verdade, aumentar o estresse, se forem mantidas as mesmas expectativas com relação ao nosso trabalho, com menos horas.

Apesar do reduzido número de sessões psicoterápicas, pode-se afirmar que houve mobilização de recursos psicológicos para suporte ao paciente não só nas situações de emergência, mas antes de tudo, nas situações de angústia intensa. A situação do paciente denotou, em razão da sua experiência particular com a doença, aspectos psicológicos importantes que traduzem a vivência do paciente psoriático no nosso meio.

Por fim, interroga-se: O que sente o psicólogo que atende paciente em situação dessa natureza? O sentimento é de compaixão, de tristeza genuína e um forte desejo de que o paciente encontre o caminho da “aceitação do que não se pode mudar”, (Kübler Ross, 1994), onde, talvez, esteja a saída mais palpável para se encontrar uma solução no sentido da remissão ou cura da psoríase.

## 8 CONCLUSÃO

A partir do caso clínico relatado e da revisão bibliográfica, pode-se afirmar que o assunto em questão é repleto de possibilidades de estudo e reflexão.

No que se refere à psoríase, nos dizeres de Arruda et al. (2001), no estado atual a maioria dos pacientes demonstra insatisfação com os tratamentos, por serem ineficazes ou demasiadamente tóxicos, ou porque a doença retorna quando o tratamento é suspenso. Desafios adicionais incluem alto custo dos medicamentos e necessidade de cuidados especiais com a higiene pessoal e ambiental.

Pesquisas futuras são necessárias para determinar parâmetros mais sensíveis que possam captar o incômodo que os pacientes sentem e que não tem sido avaliado com precisão suficiente para se identificar a inter-relação de aspectos psíquicos, adaptação psíco-social e peculiaridades clínicas da doença.

No que diz respeito aos Aspectos da Sexualidade do Portador de Psoríase, o relato do caso apresentado no presente estudo constituiu-se numa consolidação de diversos indicadores para avaliações futuras que as peculiaridades da situação vivenciada pelo paciente puderam suscitar. Sua condição de médico e estudioso da psoríase referenda a importância de se prosseguir na investigação das condições psicológicas e dos recursos adaptativos adotados pelo paciente.

Dentre esses indicadores que poderão sinalizar as perspectivas de adaptação do paciente às perdas e as mudanças corporais a que estará sujeito, os quais certamente serão de interesse para a psicodermatologia, destacam-se:

- A literatura indica que um novo tratamento está entrando em protocolo, os denominados medicamentos biológicos, proporcionando novas perspectivas para os pacientes;
- É importante identificar a percepção e concepção do paciente quanto à afetividade, intimidade e sexualidade;
- Cabe verificar a percepção e concepção do paciente quanto à redução de jornada, afastamento do trabalho ou a perda da capacidade para o trabalho em razão da doença, por serem fatores intervenientes na configuração do processo da imagem social da doença;
- É imprescindível avaliar a percepção e concepção do paciente quanto ao *olhar do outro* na configuração da auto-imagem do psoriático, especialmente face à descaracterização a que está sujeito;
- A condição do paciente “ter companheirismo e parceiro sexual anteriormente à doença” é fator a ser pesquisado, uma vez que poderá influenciar sobremaneira no estabelecimento do seu processo adaptativo;

Considera-se, por fim, que os objetivos do estudo foram cumpridos

uma vez que permitiu acesso à literatura médica sobre a doença, realizando um encontro entre a Psicologia e a Dermatologia e o tema se apresenta como um desafio para a psicodermatologia.

No caso aqui estudado, a pele do paciente atuou como limite ( não no sentido observado por Freud, em 1926, de carapaça protetora), e, sim, como limite no sentido daquilo que afasta, que impede, que separa, denota o incontrolável e que impõe “*a pior morte que existe, (nas palavras do paciente) a morte da possibilidade da vida sexual*”.

## 9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abdo, C.H.N.; Saadeh. A. *Transtornos da Sexualidade*. In: Louza Neto, M.; Elkis, H. (Org.) *Psiquiatria Básica*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995.

Abdo, C.H.N. (Org). *Sexualidade Humana e seus Transtornos*. 2.ed. São Paulo:Lemos, 2000.

Abdo, C.H.N. (Org). *Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB)*. São Paulo:Bregantini, 2004.

Abdo, C.H.N., Spizirri, Fleury H., Scanavino, M; Melnik, T. *Diretrizes para elaboração das monografias*. Curso de Especialização em Sexualidade Humana, FMUSP, 2005.

Anzieu, D. *O Eu-Pele*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1989.

Arruda, L.H.F; Campbell, G.A.M. Takahashi, M.D. *Psoríases*. *Anais Brasileiros de Dermatologia, Rio de Janeiro, 2001*.

Beylot, C. Puissant A., Bioulac P. et al. *Particular Clinical features of psoriasis in infants and children*. *Acta Derm Venerol Suppl (Stockh)*, 1979.

Bowling, A. *The conceptualization of functioning health and quality of life*. In: *Measuring Health: A Review of Quality of Life. Measurement Scale*, 2<sup>nd</sup> ed., Buckingham, Open University Press, 1997, p.1-8

Borelli, S.S. Vitiligo. Disponível em : <http://www.dermat.com.br/Vitiligo.html>. Acesso em maio 2002.

Borelli, S.S. *Aspectos Psicossomáticos em Dermatología*. In: Kieholz, P. *Terapêutica de Relajación de los Transtornos Psicossomáticos*, Basileia, Ciba-Geigy, 1972

Camisa, Charles (Org). *Psoríase – Diagnóstico e Tratamento*. Rio de Janeiro:Revinter, 2003.

Chiba T. *Dor e Tratamento*. In: Freitas, Elizabeth Viana (Org.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p.719

Chiozza, L. (Org) *Os afetos ocultos em psoríase, asma, transtornos respiratórios, varizes, diabetes, transtornos ósseos, cefaléias e acidentes cerebrovasculares*. São Paulo:Casa do Psicólogo, 1997.

CMA-Canadian Medical Association – *Guide do Physician Health and Well-Being*, 2003.

Covo, Cinthya B. *A influência da Síndrome de Burnout na vivência da sexualidade dos bombeiros da área de resgate*. Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da USP para obtenção do título de Especialista em Sexualidade Humana, São Paulo, 2004, 88 p.

Fairbairn W. *Psychoanalytic Studies of Personality*, 4 ed. Tavistock Publications Limited, 1952.

Farber, E. M; Nall, L. *Epidemiology: Natural History and Genetics*. In: Roenigk H.H. Jr, Mailbach, H.I, eds. *Psoriasis*, 2<sup>nd</sup> ed. New York. Marcel Dekker, 1991, p.209 –258.

Farber, E. M, Cahigan S.W. et al. *Psychoneuroimmoçpogy and Psoríasis – Clinical Aspects*, VI Congresso Mundial de Dermatologia Tropical Geográfica e Ecológica, Rio de Janeiro, 1989.

Farquhar, M. *Definition of Quality of Life: a taxonomy*. J.Adv Nurs, v.22, 1995, p.502-8 In: FREITAS, Elizabeth Viana (org.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p.719.

Felce, D. *Defining and applying the concept of quality of life*. J.Intel Disab Res, v.41, p.126-35, apr.1997 In: FREITAS, Elizabeth Viana (org.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p.719

Ferreira, Aurélio Buarque de Holanda. *Dicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1974.

Finlay, A., Coles, E.C. *The effect of severe psoriasis on the quality of life de 369 pacientes*. Br J Dermatol. 1995; 132:236 – 44

Freud, S. *Inibitions, Symptons and Anxiety*. SE, 20. 75-174, 1926.

Freud, S. *La vida Sexual Humana*. In: Freud, S. Obras Completas. 3<sup>a</sup> ed., Madrid, Nueva Madrid, vol. II, 1973, p. 2311-2321.

Gartner, R.P. *Estudo Comparativo, através do teste estilocrômico e de entrevista psicológica, dos aspectos psicológicos de mulheres portadoras de psoríase, vitiligo e não portadoras de doenças dermatológicas, psiquiátricas ou psicossomáticas*. Dissertação de Mestrado – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1998, 195 p.

Ginsburg I.H., Link, B.G. *Psychosocial consequences of rejection and stigma feelings in psoriais patients*. I. J. Deermatol, 1993 In: Martins, G.A.; Arruda, L.A.; Mugnaini, A.S.B. *Validação de Questionários de Avaliação da Qualidade de Vida em pacientes de psoríase*. Anais Brasileiros de Dermatologia, Rio de Janeiro, 2004.

*Guia de Apresentação de Dissertações, Teses e Monografias*, 2 ed.SDB-FMUSP, 2005.

Kahtalian A.; Rosa, R.L.de A. *Uma criança é espancada: contribuição à psicogênese da psoríase*. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Rio de Janeiro: ECN-Editora Científica Nacional Ltda.1995).

Kaplan, H.S. *A Nova Terapia do Sexo*. 5.ed. Rio de Janeiro:Nova Fronteira, 1974.

Kinsey, A.C. et al. *Sexual Behavior in Human Male*. Philadelphia, W.B.Saunders, 1948.

Krueger G.Koo J, Lebwohl M. et al. *The impact of sores on quality of life: results of a 1998 National Psoriasis Foundation patient-membership survey*. Arch. Dermatol, 2001 In: Martins, G.A.; Arruda, L.A.;Mugnaini, A.S.B. *Validação de Questionários de Avaliação da Qualidade de Vida em pacientes de psoríase*. Anais Brasileiros de Dermatologia, Rio de Janeiro, 2004.

Kübler Ross, Elizabeth. *Sobre a Morte e o Morrer*. Martins Fontes. 1994

Martins, G.A.; Arruda, L.A.;Mugnaini, A.S.B. *Validação de Questionários de Avaliação da Qualidade de Vida em pacientes de psoríase*. Anais Brasileiros de Dermatologia, Rio de Janeiro, 2004.

Mingorance, Regina C.; Loureiro, Sônia R.; Okino, Liyoko; Foss, Norma T. *Pacientes com Psoríase: Adaptação psicossocial e características de personalidade*.LILACS, Ribeirão Preto:2001.

Montagu, A. *Tocar – O significado humano da pele*. São Paulo: Summus, 1988.

Monteiro, Dulcinéia da Mata Ribeiro. *Afetividade, Intimidade e Sexualidade no Envelhecimento*. In: Freitas, Elizabeth Viana (Org.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p.113,719, 944,945,

Muller, M.C. Um estudo psicossomático de pacientes com vitiligo. Numa abordagem analítica. Tese de Doutorado – Pontifícia Universidade de São Paulo, 2001.

Musaph, H. *Itching and Other Dermatoses*. In: Wittkower, E.D. e Warnes. H *Psychosomatic Medicine*, Maryland Harper & Row Ed. 1977

Neumann, E.A. *A criança: estrutura dinâmica da personalidade em desenvolvimento desde o início de sua formação*. São Paulo: Cultrix, 1991.

Organização Mundial de Saúde (OMS) – *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID 10 Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Trad. D. Caetano. Porto Alegre, Artes Médica, 1993.

Paiva, V. (Org) Em tempos de Aids, sexo seguro, prevenção, drogas, adolescentes, apoio psicológico aos portadores. São Paulo:Summus, 1992.

Sant'Anna, P.A. Giovanetti R. M. Castanho, A.G. Bazhuni, N.F.N. La Selva, V.A. *A expressão de conflitos psíquicos em afecções dermatológicas: um estudo de caso de uma paciente com vitiligo atendida com jogo de areia* Faculdade de Psicologia da Universidade Presbiteriana Mackensie, 2003.

Sartro D. Fontaine ; De La Brassinne M. *Approach psychosomatique du psoriasis*, 2ème partie, Nouv. Dermatol, 1996, p.15; 628-30

Selye, Hans. *Stress: a tensão da vida*. E.ed. São Paulo, IBRASA, 1956.

Seng T.K.; Nee, T.S. *Group Therapy: a useful and supportive treatment for psoriasis patients*. Inst. J. Dermatol, 1997, p.36,110-2.

[www.dermatologia.net](http://www.dermatologia.net), 2005.

Winnicott, D. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre:Artes Médicas, 1983.

Zogbi Hericka; Muller, M.C.; Protas, J.S.; Kieling, C.M. *Dermatologia e Psicossomática – Adaptação e Validação DLQI – Dermatology Life Quality Index para uma amostra brasileira*, Porto Alegre, PUCRS, 2005.