

ASPECTOS PSICODINÂMICOS RELACIONADOS À DERMATITE ATÓPICA: ADAPTAÇÃO E TRATAMENTO**PSYCHODYNAMIC ASPECTS RELATED TO ATOPIC DERMATITIS: ADAPTATION AND TREATMENT**Constantini JFF¹, Castro PF²

RESUMO: Objetivo: Analisar os aspectos psicológicos e psicodinâmicos observados em indivíduos com dermatite atópica à luz de suas reflexões pessoais. **Materiais e métodos:** A pesquisa caracterizou-se como estudo de caso. Participaram do estudo, cinco pacientes com dermatite atópica, sendo quatro homens, entre 20 e 44 anos, todos com ensino médio e com diferentes ocupações. Todos foram submetidos a uma entrevista semidirigida para a coleta dos dados. **Resultados:** A partir da análise das entrevistas, o estudo apontou diferentes reações frente ao diagnóstico da dermatite, associado a certa dificuldade em aceitar as condições orgânicas e psíquicas do quadro. Além disso, a vivência das crises pode acarretar dificuldades de interação e de contato social. **Conclusões:** Ressalta-se para a necessidade de tratamento psicoterapêutico, para que os sujeitos pudessem lidar melhor com a doença, e com as dificuldades decorrentes desta e minimizar seu impacto em todas as esferas da vida do indivíduo.

DESCRITORES: Psicologia; Psicologia Clínica; Dermatite Atópica.

ABSTRACT: Objective: To analyze the psychological and psychodynamic aspects observed in individuals suffering from Atopic Dermatitis in light of their personal thoughts. Materials and Methods: The research was technically carried out as a case study. Five Atopic Dermatitis patients, four of them being male, between 20 and 44 years old, all of them with High School completed and different occupations participated in the study. All patients were submitted to a semi-structured interview for data gathering. Results: The interviews' analyses showed there were different reactions to the dermatitis diagnosis associated with some difficulty in accepting the organic and psychic aspects of the condition. In addition, the flare-ups can lead to difficult social interaction and contact. Conclusions: It was emphasized the need for psychological treatment so that subjects can better cope with the disease and its resulting difficulties and, therefore, minimize its impact on all aspects of life.

DESCRIPTORS: Psychology; Clinical Psychology; Dermatitis; Atopic.

¹ Joyce Fernanda Ferraz Constantini - Psicóloga graduada pela Universidade de Taubaté. E-mail joyceconstantini@yahoo.com.br

² Paulo Francisco de Castro - Doutor em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano (USP). Professor do Departamento de Psicologia da Universidade de Taubaté e do Curso de Psicologia da Universidade Guarulhos. E-mail castro.pf@uol.com

INTRODUÇÃO

Atualmente, muitas pesquisas mostram a intrínseca relação mente-corpo no processo de adoecer, no qual o componente psíquico participa na etiologia e no desenvolvimento das enfermidades, tal interação é campo de estudo da psicossomática. A visão psicossomática é responsável por defender que toda a doença tem um caráter emocional, acreditando que a saúde ou a doença é resultado da interação de vários fatores complexos que envolvem aspectos biológicos, psicológicos e sociais. A saúde é um processo complexo, no qual corpo e mente são entidades inseparáveis, sendo que qualquer alteração nestas entidades provocará uma reação na psique do indivíduo, assim, a subjetividade do indivíduo sempre estará envolvida no processo saúde-doença¹.

Dentro do universo de doenças psicossomáticas, as doenças de pele contemplam importantes componentes psíquicos, embora pesquisas mostrem que ainda não foram compreendidos por completo².

A dermatite atópica (DA) ou eczema atópico, como também é chamada, é uma doença inflamatória da pele, não contagiosa, crônica evoluindo por crises, que acomete pacientes que sofrem de atopia, que é uma tendência hereditária a possuir alergias, como asma, rinite alérgica, febre de feno e outros³. Tem-se que 70% dos casos de Dermatite atópica têm seu início ou é desencadeado por um evento estressor⁴. O estresse que acomete o paciente é um importante indicador da gravidade da DA, que influencia diretamente o bem-estar físico e mental do indivíduo, podendo prejudicar o desenvolvimento emocional, pois está presente nos momentos mais críticos na vida do ser humano³.

A DA na infância prejudica o relacionamento mãe-bebê, e na adolescência ou na fase adulta pode prejudicar as relações humanas devido ao aspecto que as lesões deixam na pele, causando no indivíduo certo constrangimento. Além disso o uso excessivo de corticóides, pode provocar efeitos colaterais tais como: retenção de líquido, aparecimento de estrias, comprometimento dos rins e outros, que podem agravar a saúde, a imagem corporal e a autoestima do paciente³.

Diante desses aspectos, mostra-se necessário levar em consideração os fatores psicológicos tanto na causalidade quanto no tratamento da dermatite atópica. Não se sabe ainda, quais mecanismos psíquicos interferem nesta dermatose, nem se existe algum tipo de relação entre traços de personalidade e o desenvolvimento da dermatite, o que se sabe é que os fatores psicológicos e imunológicos são determinantes na compreensão

do referido quadro⁵.

Os transtornos psicocutâneos, ou seja, as dermatoses que são diretamente influenciadas por estresse, distúrbios emocionais e transtornos psiquiátricos, podem ser divididos em quatro grupos⁶:

O primeiro grupo consiste nas doenças dermatológicas, com seqüela psiquiátrica secundária, ou seja, aquelas que reduzem a autoestima, podendo levar o paciente a quadros de isolamento e depressão; as manifestações mais comuns são: albinismo, alopecia areata e vitiligo⁶.

No segundo grupo, estão as dermatoses influenciadas pelo estado emocional, as chamadas psicodermatoses, ou seja, condições psicológicas podem ser predominantes para o aparecimento das lesões dermatológicas, e exacerbação durante sua evolução, dentre as manifestações estão a acne, a dermatite atópica, o eczema, a psoríase e a urticária⁶.

O terceiro grupo consiste em transtornos psiquiátricos primários com seqüelas dermatológicas secundárias, as lesões da pele podem ser autoinflingidas e se constituir em sinal de distúrbio mental; são transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno somatoformes e transtorno delirante, tipo somático (parasitose)⁶.

O quarto grupo engloba condições ou lesões dermatológicas como resultado do uso de drogas psicotrópicas, como lítio, anticonvulsivantes, antipsicóticos, antidepressivos e ansiolíticos⁶.

A partir disso, pode-se perceber que a Dermatite Atópica encontra-se no segundo grupo, cujos transtornos são altamente influenciados pelo estado emocional ou por desequilíbrio emocional^{2,6}.

Pesquisas recentes têm estudado a conexão de estresse e psicopatologia dermatológica, no sentido em que o estresse psicológico poderia modificar o limiar de resistência da pele, contra eventuais danos físicos, o que poderia ocasionar o desencadeamento de vários eventos agravando processos inflamatórios da pele. Com isso, a conclusão caminha na direção em que há forte evidência do estresse psicológico ser um desencadeador de doenças de pele².

O perfil da personalidade de indivíduos que possuem dermatite atópica é peculiar. Acreditam que possuem uma hiper-reatividade, agressividade reprimida, labilidade emocional, insegurança e inteligência superior à média. Por isso, o desencadeamento/agravamento da DA por distúrbios emocionais é notório².

OBJETIVO

Analisar os aspectos psicológicos e psicodinâmicos observados em indivíduos com dermatite atópica à luz de suas reflexões pessoais.

MATERIAIS E METODOS

Todos os procedimentos adotados na presente investigação foram avaliados e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade de Taubaté, conforme protocolo CEP UNITAU nº 421/11 de 28 de setembro de 2011.

Após a aprovação citada, a pesquisa foi realizada com cinco pacientes adultos que possuem dermatite atópica, sendo quatro homens e uma mulher, com idades entre 18 e 44 anos. Para isso, entrou-se em contato com um hospital universitário de Taubaté, no setor de dermatologia, onde os médicos responsáveis encaminharam os pacientes para a participação da pesquisa.

Para o presente estudo, foi utilizada uma entrevista semiestruturada que foi gravada e transcrita literalmente com a autorização dos pacientes. A entrevista é uma técnica de investigação, com tempo delimitado, e dirigida por um profissional especializado, que se utiliza conhecimentos psicológicos com o objetivo de levantar informações relevantes para descrever e avaliar os aspectos que compreendem a dinâmica interna do indivíduo e suas vivências. O levantamento de informações deve ocorrer dentro dos conhecimentos específicos da psicologia, por isso requer um profissional altamente treinado^{7,8}. Na entrevista semiestruturada o entrevistador sabe qual o tipo de informação que quer coletar do sujeito, quais são os seus objetivos e por isso mune-se de perguntas sugeridas ou padronizadas que garantem uma forma única de coleta de informações com confiabilidade e fidedignidade^{7,8}.

Sendo assim, a entrevista semiestruturada foi a mais indicada para a coleta de dados da presente pesquisa, pois é ideal para situações que requer a padronização dos procedimentos e registros fidedignos dos dados obtidos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil dos participantes

Sujeitos	Sexo	Idade	Escolaridade	Estado Civil	Profissão
S1	Masculino	20	Ensino Médio	Solteiro	Operador
S2	Masculino	44	Ensino Médio	Solteiro	Autônomo
S3	Masculino	23	Ensino Médio	Solteiro	Desempregado
S4	Feminino	25	Ensino Médio	Solteiro	Desempregada
S5	Masculino	28	Ensino Médio	Solteiro	Empacotador

Quadro 1: Dados dos Sujeitos

Observa-se de acordo com o Quadro 1, que a maior parte dos sujeitos é do sexo masculino (N=4). Por outro lado, em outros estudos sobre o tema, tem-se que a maioria dos sujeitos pesquisados, pacientes com dermatite atópica, foi do sexo feminino, referindo-se a 65,4% da amostra total⁴; em pesquisa com pacientes com psicodermatoses, 67% da amostra também era do sexo feminino⁶.

A idade dos participantes desse trabalho variou entre 20 até 44 anos, todos concluíram o ensino médio, todos são solteiros. Há dois desempregados, um operador, um autônomo e um empacotador. Aspectos semelhantes do perfil dos participantes foram observados em outras pesquisas: em estudo sobre sujeitos com dermatite atópica, 68% da amostra possuía o ensino médio⁴ e em outro trabalho sobre pacientes com dermatoses em geral, 61,8% da amostra possuía o ensino médio e 67,6% das pessoas pesquisadas eram solteiras⁹.

No sentido de melhor organização dos dados, as análises foram realizadas por categorias, ilustrando-se com fragmentos dos relatos dos pacientes para posterior discussão.

Diagnóstico

Neste item será discutida, a experiência dos sujeitos em receberem o diagnóstico de dermatite atópica, seus relatos são os seguintes:

S1: *“Não lembro muito não, era criança ainda e não entendia...”*

S2: *“Putz a única coisa que veio em minha cabeça, foi: Vamos lutar para pelo menos ter o controle (...)”*

S3: *“Então, não sei né... estava começando ain-*

da... não era tão forte como é agora. Era só na parte do pescoço, coçava bastante.”

S4: “Foi ruim né... porque eles falaram que não tem cura e vira e mexe aparece alguma coisa, daí para mim é ruim né, porque as vezes você quer fazer alguma coisa diferente e se a gente muda alguma coisa que a gente faz já dá reação, daí é ruim... fora que as pessoas ficam olhando para gente, com uma cara assim... como se fosse um bicho do mato... e isso fez com que muitas pessoas fossem se afastando de mim. Porque quando começou eu estava na escola, daí as turmas se afastaram de mim, muita gente se afastou, daí com isso meu psicológico foi abaixando mais... daí os outros pensavam que era sarna ou alguma coisa que pegava, daí teve gente que realmente se afastou... e as vezes quando dá uma recaída ainda muitas pessoas olham e se afastam, mas agora...”

S5: “Foi horrível... foi muito de repente sabe, eu estava muito bem sabe, eu não tinha nada, nada... de uma hora para outra começou a dar, começou a dar, começou a dar e está nisto até hoje.”

A partir dos relatos de cada sujeito, fica evidente que para cada um o impacto foi diferente, entretanto para a maioria dos sujeitos tratou-se de experiência negativa. As doenças de pele, para o senso comum, estão associadas à falta de higiene e podem ser contagiosas e por isso podem gerar o afastamento de pessoas¹⁰, isto fica evidente diante do relato de S4.

Em pesquisa com um grupo de pais de crianças portadoras de dermatite atópica, o primeiro impacto para a família diante do diagnóstico foi a não aceitação da doença, diante de um quadro que é crônico e imprevisível¹¹. Apesar do foco deste estudo ser com adultos, percebem-se algumas semelhanças na reação dos sujeitos diante do diagnóstico, como se pode observar a partir dos relatos de S4 e S5.

Processo de Adaptação

Neste item, procurou-se identificar nos sujeitos as possíveis alterações na rotina diária e das consequências decorrentes do diante do diagnóstico, segue-se suas narrativas:

S1: “Agora mudou que eu tenho que passar creme toda hora, tem coisa que eu não posso mexer, tem coisa que eu gosto de fazer mas eu não posso fazer, tipo entrar na praia, não entro mais não é porque eu não gosto é porque não posso, areia essas coisas assim... mexer com tinta... essas coisas afeta muito rápido a minha alergia...”

S2: “Mudou totalmente porque... como eu posso

falar... em tese eu fiquei assim mais reservado né, um pouco de vergonha, porque a gente fica todo vermelho e coisa e tal... e ataca muito o meu rosto e a gente fica com medo do que a pessoa vai pensar entende?... porque eu mexo com público e principalmente quando eu vou ter uns dias de trabalho, como teve agora no carnaval, que é muito puxado, aí é que ataca mais ainda, porque o nervoso, o nervosismo... para colocar as coisas em ordem fica difícil... e é por aí (...).”

S3: “Não mudou muita coisa, porque só dava de vez em quando só... era bem difícil dar até.”

S4: “Mudou bastante coisa... tipo assim, às vezes... tipo assim coisas de estética... vamos supor... eu fico com receio de pintar o cabelo... ah tipo assim... pode parecer bobo mas não é... tipo a gente vai no salão quer fazer alguma coisa, só que fica com medo de dar reação... é isso essas coisas.”

S5: “Nossa... o que mudou foi o tanto de remédios que eu tomo... nossa, tomo muito remédio... essa dependência de remédio sabe... nossa... pensar que antes você não tomava nada e agora você precisa sabe... Porque por mais que você tente diminuir, parar não sei... parece que não adiante... dá aqueles rebotes que fala... e fica muito ruim.”

Em investigação realizada com homens com afecções dermatológicas, quando eram questionados sobre as mudanças que ocorreram após o diagnóstico da doença e o impacto delas em suas vidas, relataram sentimentos de inferioridade, preocupação e impotência¹². Sentimentos estes também observados nesta pesquisa, principalmente nos relatos de S1, S2, S4 e S5. Além disso, também relataram alguma impossibilidade de fazer ou possuir algo que gostavam, por conta da doença, aqui, isto fica evidente nos relatos de S1 e S4.

Toda e qualquer doença inflamatória de pele, não importa o tipo, causa um prejuízo na adaptação do sujeito à sua rotina, podendo produzir um processo de estresse negativo, aquele que interfere diretamente na qualidade de vida do sujeito. Este estresse negativo pode ser percebido, mesmo que sutilmente observam-se, nos relatos dos sujeitos, de alguma forma sua adaptação ao convívio da doença¹³.

As mulheres com dermatoses vivenciam com maior frequência os sintomas de estresse do que os homens e isto pode estar relacionado com o fato de que a estética, do ponto de vista social, é um fator de maior pressão para as mulheres do que para os homens¹³, isto fica evidente no relato da participante S4.

Em pesquisa com 75 indivíduos com dermatoses,

os pacientes relataram que as principais mudanças que ocorreram após o diagnóstico da doença, estavam relacionadas ao próprio corpo, o aparecimento das lesões, que resultou numa baixa autoestima e uma percepção negativa de si mesmo¹⁴. Este dado também pode ser observado na presente investigação.

Fatores psicológicos

Inicialmente, foi questionado junto aos sujeitos, se recordavam de algum fator estressante que pudesse desencadear o quadro de DA ou influenciar no surgimento de alguma crise, tem-se o seguinte:

S1: *“Ah... não sei falar para você o que... porque eu não tenho estresse né, eu fico nervoso mas daqui a pouco está tudo bom já... não percebi não, sabe porque, porque toda semana eu fico nervoso... nunca prestei atenção nisso, então não tem como falar para você...”*

S2: *“Bom... então... sempre o nervoso né... ele ataca sempre... tipo ansiedade... eu sou muito ansioso, e eu não consigo parar ficar quieto (...)”*

S3: *“Tem vários fatores, mas eu não lembro, mas eu acho que é por causa do nervoso também né, ansiedade.”*

S4: *“Não, não me lembro de nada... assim... as vezes... por exemplo... quando fico com minha mãe e tem aquelas discussões e daí eu acabo ficando nervosa e começo a coçar.”*

S5: *“Ah... final do ano mesmo me deu um ataque sabe... como eu sou muito ansioso, eu sempre fui muito assim sabe, e eu não ponho para fora sabe, eu sou muito fechado, então eu não sei se ajuda em alguma coisa... e eu não extravaso para fora, então eu fico sabe, segurando, por causa de ser muito fechado, timidez tudo assim sabe, parece que junta tudo, e quando acontece essas coisas, ao invés de eu falar, colocar para fora, eu seguro.”*

Interessante observar que todos os participantes salientaram que tanto a ansiedade como o nervosismo possuem alguma relação com o desencadeamento da crise. Confirma-se este fato a partir de outros estudos, pois os pacientes com dermatoses em geral, dentre elas a dermatite atópica, relataram com muito mais frequência a presença de ansiedade como um fator estressante. Apesar disso, 73,9% da amostra não identificou algum fator emocional no surgimento da doença. Isto pode estar relacionado ao fato de que as pessoas não relacionaram ainda os fatores emocionais com o surgimento das doenças, ou seja, ainda há uma percepção cindida entre corpo e mente⁹.

Entretanto, ainda na pesquisa relatada anteriormente, com pacientes com psoríase, 62,8% da amostra relatou a existência de fatores emocionais no surgimento da doença⁹. Neste caso, levanta-se a hipótese que como a psoríase é uma doença mais identificada pela população como sendo psicossomática, assim, as pessoas já associam fatores estressantes com o seu surgimento, diferentemente das outras dermatoses que ainda estão sendo difundidas como psicodermatoses.

Silva e Müller¹⁵ citam pesquisas em que 77% da amostra de doentes dermatológicos relataram identificar o surgimento da doença em menos de um ano após vivenciar um evento estressor significativo. Outra pesquisa citada pelas autoras identifica que em pacientes com dermatite atópica o estresse é identificado como um causador e também agravante da doença.

Outras investigações corroboram os dados das questões emocionais: em pesquisa realizada com 151 sujeitos que possuíam psicodermatoses em geral, cita que 49,7% da amostra percebe a influência de fatores emocionais nas doenças de pele¹⁶. Observou-se, ainda, em outro estudo que os pacientes com vitiligo e psoríase relataram que o agravamento, ou até o aparecimento da doença, estava relacionado a algum evento estressor ou traumático, principalmente às perdas, de um ente querido, do emprego ou separação dos membros da família¹⁷.

Seria interessante investigar mais profundamente a história de vida de cada sujeito para verificar se existe ou não algum evento estressor ou traumático que antecedeu o aparecimento da doença, visto que somente em uma entrevista isto não foi possível identificar. O aparecimento de doenças na pele na vida adulta pode estar relacionado a alguma perda significativa na infância, até mesmo a perda da fusão com a mãe quando ainda bebê⁹.

Em pesquisa com indivíduos com dermatoses, observou-se que 27,3% dos pacientes com vitiligo e 45,4% dos pacientes com psoríase, mencionaram vivenciar alguma situação de perda, e esta estar relacionada com o surgimento ou com o agravamento da doença¹⁸. Constatou-se em um grupo de pais de crianças com dermatite atópica, que em alguns casos a dermatite iniciou-se ou agravou-se após a separação dos cônjuges e as lesões surgem com mais frequência diante de uma situação de estresse¹¹. Confirma-se, assim, que doenças de pele podem surgir após perdas⁹.

Interessante ressaltar que três sujeitos relataram serem ansiosos, esse dado foi observado em pesquisa com 75 pacientes com psicodermatoses, em que a fre-

quência de ansiedade era maior que a de depressão, constituindo 52% da amostra considerados ansiosos¹⁴. Em outro estudo, constatou-se que sujeitos com psoríase eram muito mais ansiosos que o outro grupo, e esta ansiedade estava ligada diretamente ao medo do abandono⁹. Confirmando mais uma vez que as doenças de pele podem estar relacionadas com vivências de perdas/abandono.

Outro aspecto questionado foi como os sujeitos se sentem tendo esta doença, buscando-se identificar estados emocionais e psicológicos decorrentes das vivências particulares da DA, observou-se:

S1: *“Sinto que não sou uma pessoa normal... me sinto fraco... tendo esta doença, você é mais ou menos entre aspas, uma pessoa que tem AIDS né, porque a pessoa que tem AIDS ela é fraca, vamos supor se alguém tiver com gripe ela vai pegar fácil... então é igual a mim, eu não tenho a imunidade alta, então eu me sinto fraco por causa disso...”*

S2: *“Então, dermatite atópica, infelizmente a gente tem que conviver com a dermatite... eu aprendi a conviver com ela... a gente por exemplo, sente depressão porque é muito ruim né tem medo de preconceito e coisa e tal, você entendeu? ah e aí fica difícil... mas o que que vai fazer né, tem que conviver... mas é horrível... porque eu nunca tive nada você entendeu? (...)”*

S3: *“Não sei meio diferente né... Às vezes eu não posso usar short, não posso usar camisa de manga curta... o pessoal olha estranho... não é preconceito, como se você andasse com uma ferida aberta, todo mundo olha acha estranho, não chega perto as vezes... Às vezes quando estou com o rosto machucado eu não saio não.”*

S4: *“Às vezes eu me sinto... tipo assim... inútil entendeu?... as vezes você quer fazer alguma coisa e não pode fazer... vamos supor... as vezes você quer mexer na casa, e vai ter um cantinho que vai ter pó, alguma coisa assim, daí já dá uma reação... mais ou menos isso, entendeu?”*

S5: *“Sinto um pouco... como eu posso dizer... inferior né, um pouco dependente, dá impressão que eu fico na dependência, por eu não ter uma saúde... ficar dependendo de remédio essas coisas (...)”*

Diante dos relatos de cada sujeito, percebe-se que de alguma maneira a dermatite atópica proporcionou alguma restrição tanto física como psicológica, como sentimentos de inferioridade, inutilidade ou depressão.

Silva e Müller¹⁵ citam o estudo no qual foram realizadas entrevistas com 614 pacientes com doença dermatológica dos quais 59% afirmavam ter algum tipo

de camuflagem para esconder suas manchas e evitar atividades cotidianas, perceber o preconceito externo e sentir vergonha. Isto fica evidenciado no relato de S3. Outra pesquisa que confirma o relato de S3 foi realizada com pacientes com psoríase, dermatite de contato e acne que relataram a modificação de hábitos rotineiros em função dos estigmas da doença como sair com amigos e ir para festas e por isso suas atividades rotineiras são modificadas e autoestima é abalada¹⁹.

Em pesquisa realizada com pacientes com afecções dermatológicas, todos relataram alguma restrição tanto de atividades de lazer quanto, e principalmente, de atividades produtivas, como o trabalho, e estas restrições provocavam sentimentos de perda de autonomia, inutilidade, preocupação financeira e dependência. Sentimentos estes também presentes nos relatos dos sujeitos aqui estudados¹².

As doenças de pele abalam física e emocionalmente o indivíduo, pois diante de uma sociedade em que imperam padrões estéticos de beleza, os estigmas deixados pelas doenças de pele podem agravar ainda mais a qualidade de vida dos pacientes, trazendo sentimentos de inadequação e baixa autoestima¹⁵. Observou-se ainda que pacientes também relataram estigma e preconceito por causa de suas doenças de pele, pois segundo o senso comum, estas enfermidades estão relacionadas à sujeira e ao contágio¹⁴.

Convívio social

Neste item foi perguntado aos sujeitos como era o convívio social. Suas falas foram as seguintes:

S1: *“Tenho amigos, normal...ah são poucos que sabem, poucos perguntam o que é...no resto normal ué...”*

S2: *“Bom o esporte em si, por exemplo, a gente mexe muito com turista por isso então tem um pessoal dos guias e coisa e tal...agora... bike na maioria das vezes e vou sozinho, que é um erro mas eu vou, teimoso mas eu vou, porque nem sempre todo mundo está no mesmo horário que eu posso ir você entendeu, está disponível, mas.”*

S3: *“Eu saio com os amigos, vou pra festas, estas coisas.”*

S4: *“Gosto de escutar música, faço caminhada com a minha vizinha.”*

S5: *“Não, não...(não possui amigos), até por essa timidez minha, eu acabo criando uma barreira... então essa interação com as pessoas eu não tenho muito não... até por questão de namorada... eu nunca namorei, acredita?!... 28 anos nas costas e nunca namorei.”*

Interessante ressaltar que a maior parte dos sujeitos não relatou ter dificuldade com relacionamentos interpessoais, excetuando-se S5. Tal fato também pode ser observado em investigação com dois grupos de pacientes com doenças de pele, o primeiro grupo composto por 34 pacientes com psoríase e o segundo grupo com 34 sujeitos com dermatoses em geral, quando perguntados se tinham alguma dificuldade em relacionamentos interpessoal, somente 8,7% da amostra respondeu que possuíam dificuldades interpessoais⁹. A partir disso, pode-se pensar que dificuldades de interação social de indivíduos com psicodermatoses ainda não se encontram conscientes e talvez por isso, convertam no corpo a partir da pele seus conflitos ainda inconscientes, constituindo um processo psicossomático para articular estes conteúdos menos elaborados.

Somente S5, relatou timidez excessiva e falta de contato social. Em pesquisa que procurou investigar a qualidade de vida em pacientes com lesões dermatológicas, nos dois instrumentos utilizados para a análise, verificou-se que os pacientes possuíam dificuldades sociais e interpessoais, e os autores concluíram que toda vez que o paciente está em contato social, ele se depara com a insatisfação nas relações interpessoais²⁰.

Processo de Aceitação

Neste item foi pedido para os participantes para relatarem de como é ser um indivíduo com dermatite atópica, obtendo-se as seguintes respostas:

S1: *“Ah... não é bom ...tem hora, eu não sinto que sou discriminado, mas eu me sinto discriminado, não discriminação pelas pessoas, eu me sinto entendeu... porque eu sou diferente dos outros...então as vezes está o maior calor, e se estou com uma ferida na perna, eu saio de calça para não mostrar, eu acho feio e é feio mesmo...”*

S3: *“Não é fácil, é difícil né... (começou a chorar)... é difícil controlar, não gosto muito, machuca, não posso usar short, camisa comprida... (chorou)... não tem nada de bom... é difícil né porque trabalho de garçom e a aparência conta muito... é difícil as vezes o pessoal não contrata... e daí as vezes dá crise e eu não posso trabalhar, patrão não gosta que falte no trabalho.”*

S4: *“É ruim...(chorou)... não vou falar que é bom porque não é (chorou)...então eu queria não ter este problema, mas como tem né, a gente tem que se conformar e tentar se tratar para não dar mais recaída.”*

S5: *“Nossa é... é... eu me sinto um pouco rebaixado, pensar que tem tanta gente que está boa por aí...”*

*eu penso assim, até eu me reprimo um pouco porque dá impressão que fica fazendo mal para mim... mas eu sinto assim... eu conheço tanta gente... maconheiro, uns cara que bebe, que não tem nada sabe, está com a saúde plena e eles não dão nem valor para a saúde que têm... olha... eu não fumo, não bebo, não faço nada, não cheiro, não faço nada, e fico nessa... faço exame de sangue, exame de urina, fezes e nunca dá alteração, então assim sabe... aí eu vejo a pessoa aí, maconheiro, esses cara aí que só faz bobeira, esses “pinguaia-da”, essas cara aí tem tudo, saúde e não dão valor... só vai dar valor depois que perde... e até perfume eu não posso passar que às vezes dá reação né... a questão é... eu não estou desejando o mal para as pessoas, eu estou meio que se dane para quem faz essas coisas sabe... mas, sabe... eu queria entender mesmo, sabe, compreender porque que acontece essas coisas, não só comigo, mas você vê criancinhas meio deformada... e os caras tudo fazendo maldade para as pessoas... então é uma coisa que eu queria entender, mas eu acho que está além da compreensão da gente... então é essas coisas assim que eu sinto... é mais entender mesmo sabe, porque aceitar eu até aceitei, apesar de ser ruim... mas sei lá... **Como assim aceitou?** Ah sei lá... porque antes eu não achava ruim ter... eu aceitei e meio que relaxei... mas ela fica nestes altos e baixos, não melhora de vez, mas também não piora...sei lá.”*

A partir dos relatos dos participantes, principalmente de S1 e S3, fica evidente que o impacto na aparência é o principal motivo de angústia dos sujeitos, observa-se o constrangimento que sentem ao ficarem expostos a situações, sejam profissionais ou nos relacionamentos mais íntimos. Observou-se, em estudo com pacientes com lesões dermatológicas, que não importa o local da lesão, se é exposta ou não, a qualidade de vida do mesmo é afetada igualmente, pois qualquer que seja a doença de pele, causa um impacto na vida do indivíduo e as dificuldades serão as mesmas, principalmente em relacionamentos interpessoais²⁰.

Foi verificado o sentimento de vergonha diante das lesões e o uso de roupas para ocultá-las mesmo diante do calor¹¹, isto também fica evidente no relato de S1, S3. Investigou-se a qualidade de vida dos pacientes adultos com dermatite atópica, e identificou-se que o aspecto mais comprometido na vida dos pacientes era o emocional. Isto fica evidente durante todas as entrevistas realizadas com os sujeitos deste estudo, que relataram o seu desconforto e a sua inabilidade afetiva para lidar com a condição da doença⁴.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas entrevistas realizadas com cada participante, foi possível observar aspectos psicológicos envolvidos na rotina diária do paciente, na aceitação, no cuidado e no enfrentamento da doença.

Observou-se que o impacto de receberem o diagnóstico de dermatite atópica foi diferente para cada um, mas para a maioria foi desagradável. Em relação à rotina diária dos pacientes, foi possível identificar o aumento do uso de medicamentos, sentimentos de vergonha diante das lesões e a não realização de atividades por conta do estigma da doença. Em relação aos aspectos psicológicos, todos os sujeitos salientaram que tanto a ansiedade como o nervosismo, possuem alguma relação com o desencadeamento de crise da dermatite atópica. Isto se torna relevante, pois significa que em parte os pacientes de alguma maneira já associam suas emoções e o corpo, mesmo que ainda não seja integralmente.

No que se refere à aceitação da doença, diante dos relatos, percebeu-se que provoca um sentimento de impotência, inutilidade, inferioridade, discriminação e com inúmeras restrições, fatos estes que ainda não proporcionaram aos pacientes uma aceitação positiva da dermatite atópica e nem um adequado cuidado e enfrentamento da doença.

Para finalizar, este trabalho pretendeu compreender os aspectos psicodinâmicos comuns em pacientes com dermatite atópica no sentido de refletir sobre uma possível estratégia adequada para o cuidado psicológico. Por isso, a continuidade desta pesquisa faz-se necessária, principalmente pela escassez de estudos que contemplem principalmente adultos com o referido quadro, onde se percebe que estes pacientes sofrem por sofrerem de uma doença que é tão pouca difundida pela sociedade, mas com grandes consequências na rotina diária dos indivíduos.

Por se tratar de um estudo de caso, apesar da profundidade dos dados apresentados, estes se referem aos cinco pacientes pesquisados. Para generalização das conclusões, pesquisas mais amplas são necessárias.

REFERÊNCIAS

1. Rey GF. Personalidade, saúde e modo de vida. São Paulo: Pioneira Thomsom Learning; 2004.
2. Azulay RD, Azulay DR. Dermatologia. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
3. Arndt KA. Terapêutica em dermatologia. Rio de Janeiro, São Paulo: Livraria Atheneu; 1987.
4. Coghi SL. Avaliação da qualidade de vida do pacientes adultos com dermatite atópica [dissertação de mestrado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2005.
5. Ferreira VRT, Müller MC, Jorge HZ. Dinâmica das relações em famílias com um membro portador de dermatite atópica: Um estudo qualitativo. *Psic Est.* 2006; 11(3): 617-25.
6. Tabora MLVV, Weber MB, Freitas ES. Avaliação da prevalência de sofrimento psíquico em pacientes com dermatoses do espectro dos transtornos psicocutâneos. (Investigação clínica, epidemiológica, laboratorial e terapêutica). *Anais Bras Dermat.* 2005; 80(4): 351-4.
7. Tavares M. A entrevista clínica. In: Cunha JA e colaboradores. *Psicodiagnóstico-V*. Porto Alegre: Art-med; 2000. p. 45-56.
8. Ocampo MLS, Arzeno MEG. A entrevista inicial. In: Ocampo MLS, Arzeno MEG, Piccolo EG e colaboradores. *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes; 1986. p. 23-43
9. Dias HZJ. Pele e psiquismo, psicossomática e relações objetais: Características relacionais de pacientes portadores de dermatoses [tese de doutorado]. Porto Alegre (RS): Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2007.
10. Hoffman FS, Zogbi H, Fleck P, Müller MC. A integração mente e corpo em psicodermatologia. *Psic Teor Prát.* 2005; 7(1): 51-60.
11. Castoldi L et al. Dermatite atópica: experiência com grupo de crianças e familiares do Ambulatório de Dermatologia Sanitária. *Psico.* 2010; 41(2): 201-7.
12. Bueno LMAC et al. Estudo introdutório sobre transtornos de humor e ansiedade e identidade masculina em pacientes de enfermaria dermatológica. *Psic Hosp.* 2010; 8(1): 2-19.
13. Silva JDT, Müller MC, Bonamigo RR. Estratégias de *coping* e níveis de estresse em pacientes portadores de psoríase. *Anais Bras Dermat.* 2006; 81(2):143-9.
14. Gascón MRP et al. Prevalence of depression and anxiety disorders in hospitalized patients at the dermatology clinical ward of a university hospital. *Anais Bras Dermat* 2012; 87(3): 403-07.

15. Silva JDT, Müller MC. Uma integração teórica entre psicossomática, stress e doenças crônicas de pele. *Est Psic* 2007; 24 (2): 247-56.
16. Ludwig MWB et al. Aspectos psicológicos em dermatologia: avaliação de índices de ansiedade, depressão, estresse e qualidade de vida. *Psic* 2006; 7(2): 69-76.
17. Silva AK, Castoldi L, Kjiner LC. A pele expressando o afeto: uma Intervenção grupal com pacientes portadores de psicodermatoses. *Cont Clin* 2011; 4(1): 53-63.
18. Souza APFC et al. Associação de eventos estressores ao surgimento ou agravamento de vitiligo e psoríase. *Psico* 2005; 36(2): 167-74.
19. Taborda ML et al. Avaliação da qualidade de vida e do sofrimento psíquico de pacientes com diferentes dermatoses em um centro de referência em dermatologia no sul do país. *Anais Bras Dermat* 2010; 85(1): 52-6.
20. Ludwig MWB et al. Qualidade de vida e localização da lesão em pacientes dermatológicos. *Anais Bras Dermat* 2009; 84(2): 143-50.