

## ESTUDO INTRODUTÓRIO SOBRE TRANSTORNO DE HUMOR E A AUTOESTIMA DE MULHERES COM DOENÇAS DERMATOLÓGICAS

Cristiana Mara Ribeiro<sup>1</sup>; Maria Rita Polo Gascón<sup>2</sup>; Maria Livia Tourinho Moretto<sup>3</sup>;

Mara Cristina Souza De Lucia<sup>4</sup>

### RESUMO

A pele é o primeiro órgão de contato com o exterior e o meio estruturante na formação da autoimagem, podendo, as afecções, comprometer a forma como o sujeito se vê e se relaciona com os outros, desencadeando ou intensificando perturbações no estado de humor. Assim, este trabalho teve como objetivo estudar a presença de Transtorno de Humor (ansiedade e depressão) em uma amostra de 47 mulheres internadas em uma Enfermaria de Dermatologia de um Hospital Universitário, bem como avaliar o impacto das doenças dermatológicas na autoestima e autopercepção. Foram utilizados três instrumentos: Mini Mental, Questionário Sócio-demográfico e PRIME-MD. Foi observada a frequência 53,2% de depressão e 59,6% de ansiedade e que as desordens na pele influenciam na saúde mental e física das pacientes, estando presentes sentimentos de inadequação e atitudes de isolamento e apatia.

**Palavras-chave:** Dermatologia, Mulheres, Doenças de pele, Transtornos de humor, Autoestima.

### INTRODUCTORY STUDY ABOUT HUMOR DISORDERS AND SELF-ESTEEM ON WOMEN WITH SKIN DISEASES

### ABSTRACT

The skin is the first contact organ with the external ambient and the structuring element on self-image construction and can compromise the way the person deals with herself and the others, causing or intensifying humor disturbances. Therefore, this article studies the presence of Humor Disorders (anxiety and depression) on 47 women interned on Dermatologic Nursery of a University Hospital, evaluating the impact of skin diseases on their self-esteem and self-perception. Three instruments were used: Mini Mental, Social Demographic Questionnaire and PRIME-MD. It was possible to observe the frequency of 53,2% Depression and 59,6% Anxiety and that skin diseases have influence on mental and physical health of the patients, wich have feelings of discomfort and isolation attitudes.

**Keywords:** Dermatology, Women, Skin disorder, Humor diseases, Self-esteem.

---

<sup>1</sup> Aprimoranda da Divisão de Psicologia do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (ICHC/FMUSP).

<sup>2</sup> Orientadora, Psicóloga da Divisão de Psicologia do ICHC/FMUSP, desenvolvendo atividades na Clínica Dermatológica.

<sup>3</sup> Psicóloga Supervisora da Divisão de Psicologia do ICHC/FMUSP, Supervisora Suplente do Programa de Aprimoramento em Psicologia - Hospital Geral do ICHC/FMUSP.

<sup>4</sup> Diretora da Divisão de Psicologia do ICHC/FMUSP. Supervisora Titular do Programa de Aprimoramento em Psicologia – Hospital Geral do ICHC/FMUSP.

## 1. INTRODUÇÃO

Muitos pesquisadores procuram relacionar as emoções e as repercussões no plano físico, sendo esse o foco dos estudos da psicossomática. A conceituação atual de psicossomática busca abranger o homem em sua integralidade, indo no sentido oposto à dicotomia mente-corpo, firmando-se como uma abordagem investigativa da complexidade humana em interação com um meio social (Lipowiski, 1984). Aborda a inseparabilidade e a interdependência dos aspectos psicológicos e biológicos da humanidade, necessitando de ações interdisciplinares para o seu conhecimento.

A psicossomática pressupõe, como coloca Mello Filho (2002, citado por Ludwig et al., 2006), que o adoecimento é uma concretização no corpo de algo não simbolizado e elaborado no plano psíquico. Assim, o psiquismo tenta fazer essa elaboração por meio do corpo. Nas doenças psicossomáticas, a pele é muitas vezes o órgão alvo de resposta emocional por ser o mediador das situações internas e externas, sendo um meio de se relacionar.

A pele é o maior órgão do corpo humano, sendo de alta complexidade e de extrema importância, por desempenhar diversas funções vitais, tanto anatômica quanto psiquicamente. É o primeiro sistema sensorial a se tornar funcional no ser humano, propiciando as experiências iniciais desse com o mundo externo, por ser o primeiro meio de comunicação. Além de proteger, tem a função de delimitar nossa individualidade, mediando a relação do “eu” com o meio, sendo significativa na construção da organização e integração psíquica (Machado & Winograd, 2009).

Assim, o reconhecimento do mundo pelo bebê se dá através do corpo, através da sensopercepção, fazendo com que seja possível criar uma imagem interna, pela interiorização dos objetos primários, formando representações do ambiente e do outro, pelas relações com eles estabelecidas.

Segundo Freud (1923), o ego é, antes de tudo, um ego corporal, correspondendo não somente a uma entidade da superfície, mas sendo, ele mesmo, a projeção de uma superfície. Coadunando-se com tal colocação, Winnicott (1987) afirma que a pele se caracteriza como uma membrana do ego, por ser o limite entre o “eu” e o “não-eu”, estruturando um esquema corporal. Ainda, Anzieu (1988) corrobora as teorizações defendendo que a função corporal apóia o desenvolvimento de toda função psíquica, no qual o funcionamento se transpõe para o plano mental.

A pele e o sistema nervoso, do qual o cérebro é o órgão central, têm a mesma origem embrionária. Portanto, desde o início, a pele está em ligação direta com o sistema nervoso, enviando-lhe constantemente informações sobre o meio externo (Azambuja, 2000). A comunicação entre mente, sistema nervoso e pele é constante e imediata, provocando alterações mais ou menos sutis, dependendo da situação. Por exemplo, as alterações na produção do suor podem nem ser percebidas, mas em uma situação de vergonha, a pele se mostra avermelhada. Como afirma Bastos (2007): “nossa pele é a parceira mais íntima e privada e, ao mesmo tempo, nossa denúncia mais pública” (p.6).

O que se tem, então, é que a ativação da pele pelos estímulos pode ter repercussão sobre o funcionamento das células nervosas e gerará estados psicológicos e, inversamente, situações emocionais podem repercutir sobre a pele (Bastos, 2007).

Dessa forma, faz-se claro que um dos meios de manifestação de conflitos internos do sujeito dá-se através da pele. A doença nesse órgão representaria, de certa forma, a não existência de um limite claro entre o “eu” e o “não-eu”, ocorrido tanto pelo excesso de estímulo, quanto pela falta (Dias, Rubin, Dias, & Gauer, 2007).

Ainda, segundo os mesmos autores, as afecções da pele estão relacionadas a falhas de estruturação do eu, expondo uma necessidade simultânea de toque e de isolamento. Assim, como pontua Anzieu (1988), as mutilações da pele são tentativas dramáticas de manter os limites do corpo e do eu, restabelecendo o sentimento de coesão, sendo a profundidade da alteração da pele proporcional à profundidade do dano psíquico.

A partir dos dados citados anteriormente é possível concluir que as afecções dermatológicas produzem um efeito negativo na vida dos pacientes e que transtornos de humor como depressão e ansiedade podem representar um papel importante no desencadeamento e surgimento de doenças de pele.

O adoecimento da pele é exposto, visível, permeando a relação com o outro e influenciando na percepção de si mesmo. Como já salientado, a pele é a mediadora entre o interno e o externo, tendo grande importância na formação da imagem do próprio corpo, na estruturação de um esquema corporal, estando o sentimento de ego apoiado sobre a “forma” pele (Dias *et al*, 2007).

De acordo com Holubar (1989, citado por Müller, 2001), a pele pode ter duas diferentes funções: a ego-lógica, relacionada à autoimagem, autoconfiança (excitação, medo, embaraço) e a eco-lógica, que consiste na mecânica, fisiológica (osmose), térmica, imunológica. Relacionadas a essas duas funções

estão as funções sensoriais, que permitem a compreensão do “self” e a experiência do “outro”.

A formação da imagem corporal está relacionada às percepções, pensamentos e sentimentos sobre o corpo e à experiência corporal, estando a figuração do corpo pautada em imagens que se sustentam em uma relação com as vivências pessoais e os padrões sociais (Lovo, 2006, citado por Kappaun & Ferreira, 2008). Segundo Marzano-Parisoli (2004), cada pessoa é estruturada através das relações que mantém consigo mesma e com os outros, e toda relação se processa no e pelo corpo, sendo este o que uma pessoa “é” e o que ela “tem”.

De maneira geral, a imagem corporal é um processo multidimensional e dinâmico, que influencia e é influenciada pelas relações sociais, abrangendo também aspectos fisiológicos e psicológicos (Turtelli, 2003). A doença, especificamente a de pele, é um dentre os diversos fatores que podem alterar a imagem corporal de um indivíduo, principalmente por ser uma doença visível com a conotação de contágio ou falta de higiene (Hoffmann, Zogbi, Fleck & Müller, 2005).

Com isso, o acometimento por doenças de pele representa uma agressão à unidade corporal e psíquica do sujeito, podendo surgir sentimentos de inadequação e de perda da integridade corporal, potencializando atitudes de isolamento, apatia e inibição (Simanke, 1994). O que se tem, então, são alterações significativas no autoconceito e na percepção da imagem corporal, variando a intensidade de acordo com o grau de mudança física e o significado subjetivo atribuído à pele e aos padrões estéticos.

Bastos (2007) afirma que o “eu” não é necessariamente idêntico ao aparelho psíquico representacional, devido aos ideais estéticos e, como acrescenta Schilder (1999, citado por Giordani, 2006), a imagem corporal só adquire suas possibilidades e existência porque nosso corpo não é isolado e a estruturação dessa imagem dá-se no contato e na troca contínua com outras imagens corporais. E é exatamente o valor que o atributo físico adquire na vida social do indivíduo que pode estigmatizá-lo, distanciando o eu-ideal, o eu-real e a expectativa do eu pelos outros (Giordani, 2006).

O olhar do outro é estruturante na constituição dos sujeitos, uma vez que ele vem das significações ocorridas nos contatos iniciais com a mãe, sendo o rosto dessa, como afirma Winnicott (1987), a precursora do espelho. Ainda nessa direção, Zimmerman (1999) aponta o “vínculo do reconhecimento”, em quatro apresentações clínicas: re-conhecimento, reconhecimento do outro, ser reconhecido aos outros e ser reconhecido pelos outros. Nesse último é o momento em que o sujeito pode adquirir o sentimento de existência, uma vez que, como afirma o mesmo autor, não é possível conceber qualquer relação humana sem a presença de um reconhecimento mútuo, o qual é vital para a manutenção da autoestima e a construção de um definido sentimento de identidade (Outeiral, 2001).

Tem-se, então, que as doenças de pele vão influenciar na relação da pessoa com si mesma e com os outros, afetando a autoimagem, especialmente das mulheres, por serem essas cultuadas na mídia, por meio de propagandas e padrões de beleza, dos quais o adoecimento da pele pode tornar mais distante. Como coloca Del Priore (2000), “a história das mulheres passa pela história de

seus corpos. Sexo belo ou sexo frágil, tais denominações vinculam-se às imagens que nossa sociedade fez dele, de sua beleza, de sua saúde” (p.10).

Norteadas por tais questões e pela atuação como aprimoranda em Psicologia na Clínica de Dermatologia em um hospital universitário da cidade de São Paulo, esse trabalho tem como objetivo avaliar a presença de transtorno de humor (ansiedade e depressão) e abordar o impacto das doenças dermatológicas na autoestima e autopercepção de pacientes do sexo feminino internadas na Enfermaria da Clínica de Dermatologia, bem como as mudanças em suas vidas advindas desse.

## **2. METODOLOGIA**

### *2.1 Participantes*

Participaram dessa pesquisa 47 pacientes internadas na Enfermaria da Clínica de Dermatologia de um hospital universitário da cidade de São Paulo, entre 18 e 70 anos, do sexo feminino, que apresentaram capacidade física, cognitiva e psicológica, bem como consentimento em participar da pesquisa.

### *2.2 Instrumentos*

Foram utilizados três instrumentos: Mini Exame de Estado Mental, Questionário sociodemográfico e PRIME-MD.

O Mini Exame de Estado Mental proposto por Folstein *et al* (1975) é utilizado para rastreio de comprometimento cognitivo. É composto por perguntas que avaliam orientação temporal, espacial, memória imediata, cálculo e atenção, com critério de exclusão segundo escolaridade.

O segundo instrumento utilizado foi o questionário sociodemográfico, elaborado pelas próprias pesquisadoras, composto por 13 questões sobre dados demográficos e quatro perguntas clínicas: diagnóstico, tempo de tratamento, número de internações e mudanças em sua vida após o surgimento da doença.

O terceiro instrumento foi o PRIME-MD (Módulo de Humor), desenvolvido por Robert L. Spitzer e colaboradores em 1999 e validado com 1000 sujeitos. É composto por questões padronizadas que focam diretamente sintomas-chave diagnósticos pelo uso de um modelo de árvore de decisões, facilitando o diagnóstico diferencial.

### *2.3 Procedimento*

As pacientes internadas foram convidadas a participarem da pesquisa voluntariamente e respeitando os preceitos éticos, sendo esclarecidas acerca dos objetivos da mesma. Após contato e assinatura de termo de consentimento, foram aplicados os instrumentos nesta ordem: Mini Exame de Estado Mental e questionário sociodemográfico. Em seguida, nos participantes que cumpriram a condição de inclusão (nível cognitivo capaz de entender os questionamentos) foi aplicado o instrumento PRIME-MD.

As variáveis analisadas foram: idade, sexo, estado civil, tempo de evolução da doença e número de internação hospitalar (mediante Análise de Correlação – Coeficiente de Pearson), por meio do programa SPSS 13.0, sendo considerada significativa a associação para  $p < 0,05$ . Os dados foram analisados em banco de dados anônimo e com aplicativo desse mesmo programa. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Instituição.

Os dados obtidos a partir da pergunta “Quais foram as mudanças em sua vida após o surgimento da doença?” foram submetidos a uma análise de conteúdo temático segundo modelo proposto por Figueiredo (1998), baseado em procedimentos semiestruturados de evocação/enunciação/verificação e interpretados.

### **3. RESULTADOS**

A amostra foi representativa e constituída por 47 sujeitos, com idade média de 43,8 anos (DP=17) e 8,7 anos de escolaridade (DP= 4,6), sendo a maioria sem relacionamento estável (59,6%) e empregada (46,8%). A tabela 1 (Anexo A) apresenta os dados sociodemográficos.

Os pacientes, em sua maioria, relataram início dos sintomas há mais de 3 anos (27,7%) ou em até 1 mês (27,7%) e estavam em sua primeira internação hospitalar (61,7%). A tabela com os dados clínicos encontra-se no Anexo B.

As doenças dermatológicas encontradas com maior frequência na amostra foram: Psoríase (19,1%), Lúpus (14,9%), Lesões Cutâneas em Investigação (12,8%), Penfigóides (8,5%), Eczema e Vasculite (6,4% cada), seguido pelas doenças de Hanseníase, Dermatite Atópica, Síndrome de Sweet, Úlcera e Esclerose com 4,2% cada.

Os resultados do PRIME mostraram uma frequência de 53,2% de depressão e 59,6% de ansiedade, nas pacientes entrevistadas. Na tabela 3 (Anexo C) está apresentada a distribuição da presença de Transtorno de Humor.

Não foram encontradas significâncias estatísticas entre as variáveis socioeconômicas e clínicas com os Transtornos de Humor estudados nesta

pesquisa. Foi possível observar que o paciente que apresenta depressão tende a sintomas e sinais de ansiedade concomitante ( $p < 0,01$ ,  $r = 0,617$ ).

Encontram-se, na tabela 4 (Anexo D), as sintomatologias depressivas e a ocorrência dessas em pacientes com e sem diagnóstico de depressão. Foi observado que, mesmo em pacientes sem diagnóstico, alguns sintomas estão presentes com certa frequência, principalmente o de insônia ou hipersonia (50% dentre os não diagnosticados). Dentre os que apresentam depressão, os sintomas predominantes são os de fadiga, perda de energia e humor deprimido, com 92% cada, além da insônia ou hipersonia, sentimentos de inutilidade ou culpa e agitação ou retardo psicomotor, cada qual com 84%.

Com relação à sintomatologia ansiosa, na tabela 5 (Anexo E), é baixa a aparição de sintomas em pacientes não diagnosticadas com ansiedade, ficando uma média de um sintoma por pessoa. Já dentre as que possuem o diagnóstico, os principais sintomas encontrados são os de nervosismo, ansiedade ou inquietação (100%), perda de energia (92,8%), presença de tensão muscular, dificuldade para adormecer ou continuar dormindo e diminuição da concentração, com 85,7% cada.

Quando questionados sobre quais as mudanças ocorridas após o surgimento da doença, os participantes entrevistados relataram, no geral, sentimentos de inadequação, tristeza e ansiedade, que diziam respeito a alterações significativas no autoconceito e na percepção da imagem corporal.

Considerando o conteúdo das respostas dadas à pergunta “Quais foram as mudanças em sua vida após o surgimento da doença?”, foi possível identificar três principais categorias para análises, pela frequência e similaridade encontradas. Destacam-se, a seguir, os depoimentos das pacientes

entrevistadas, que expressam de forma mais significativa as categorias analisadas.

### 3.1 Alterações na percepção da autoimagem

Após o surgimento das lesões cutâneas, as pacientes entrevistadas relataram sentimentos negativos referentes ao seu próprio corpo. As mudanças físicas, ocasionadas pela enfermidade ou pelo tratamento da mesma, acarretaram uma mudança na percepção do corpo atual como alterado, diferente e estranho.

Exemplos:

*“Acabou comigo. Perdi a saúde. Engordei demais. (...) exarcebou a irritação.”* (31 anos, Pênfigo Vulgar)

*“Sinto-me mal, triste por estar toda inchada.”* (42 anos, sem diagnóstico)

*“Tenho a sensação que estou caindo em pedaços.”* (53 anos, Psoríase)

*“Já fiquei com depressão por causa da mudança no corpo devido aos efeitos dos corticóides (aumento de peso), mudou minha vida negativamente.”* (27 anos, Lúpus)

É comum, no relato dessas pacientes, a exacerbação de sentimentos como irritação, tristeza e ansiedade, decorrentes da sensação de estranhamento do próprio corpo, principalmente nas situações em que há a necessidade de contato e de observação desse corpo diante ao espelho (apesar de muitas vezes este ser evitado), durante a realização dos curativos e visitas médicas. Exemplos:

*“Você acaba ficando muito triste e nervosa. As lesões mexem com a autoestima.”* (26 anos, Lúpus)

*“Me odeio olhar no espelho. (...) Fico em casa escondida.”* (39 anos, Lúpus)

*“Não tenho espelhos em casa, pois não gosto de me olhar, fico revoltada e inquieta.”* (21 anos, sem diagnóstico)

*“Me sinto horrível, feia. Dá vontade de morrer, pois não sara nunca. Se ficar assim, prefiro morrer.”* (42 anos, Eczema)

### *3.2 Alteração na percepção da autoimagem com os outros (o incômodo olhar do outro)*

Os padrões estéticos, determinados e incorporados socialmente, podem tornar a pessoa com doença dermatológica bastante susceptível à concepção do que é “feio” e fora dos padrões; fato este que influencia a construção de uma baixa autoestima.

A maioria das participantes descreve o olhar do outro como sendo um dos fatores que desencadeia maior incômodo e limitação na vida cotidiana, o que reflete também no isolamento social. Exemplos:

*“Tenho dificuldade para sair de casa, não saio por vergonha, as pessoas vão dizer e dizem olha que coisa horrorosa, ficam perguntando o que é isso.”* (39 anos, Lúpus)

*“As pessoas te olham com indiferença, com olhar de nojo por causa da doença. Todos os outros olham, é uma doença visível.”* (44 anos, Lúpus)

*“Fico incomoda pelo olhar do outro.”* (60 anos, Psoríase)

### *3.3 Alterações na percepção da autoimagem com reflexos na vida social*

A perda do corpo sadio e belo é relatada por grande parte das pacientes como algo vinculado à falta de dever moral e cultural. Possuir um corpo com lesões cutâneas visíveis é violar os critérios estabelecidos para se alcançar a

felicidade nos mais diversos âmbitos, como familiar e profissional. Devido a este fato, grande parte das pacientes refere restrições e mudanças ocorridas nos papéis antes ocupados, causando incômodo e a necessidade de adaptação à nova realidade. Exemplos:

*“Não posso mais ir na praia, não tenho vontade nem de sair de casa. Mudou muito minha vida.”* (44 anos, Lúpus)

*“Não me vejo no espelho há muito tempo, não tenho vontade de comer, não vivo, não quero viver, não quero ver TV, não gosto de conversar, não faço nada. Como vou trabalhar e sair deste jeito?”* (48 anos, Psoríase)

*“Mudei relação em casa, não posso tomar sol, não posso mexer com produtos químicos (limpeza), tenho que ter cuidado com a comida.”* (44 anos, Lúpus)

*“(...) deixei de fazer programas sociais que costumava fazer (viagem, baladas).”* (21 anos, sem diagnóstico)

*“Dificuldade no serviço.”* (26 anos, Lúpus)

#### **4. DISCUSSÃO**

A análise dos dados obtidos com a pesquisa, juntamente com os dados encontrados na literatura, nos permite fazer algumas considerações e reflexões acerca de pacientes do sexo feminino acometidas por doenças dermatológicas. Como já dito anteriormente, a história das mulheres passa pela história de seus corpos, culturalmente vinculada ao belo e sadio (Del Priore, 2000). Em contrapartida, a história das doenças dermatológicas passa pela questão da conotação de contágio, falta de higiene e de um corpo feio e enfermo (Hoffmann *et al*, 2005).

É exatamente nesse embate que se encontram as pacientes dessa pesquisa, na medida em que, em sua maioria, relataram baixa autoestima, mudanças no humor e na percepção de si mesmas após o surgimento da doença, sentindo-se feias, entristecidas, desanimadas, nervosas e com dificuldade de se olharem no espelho.

Esses pensamentos negativos sobre si mesmo podem ter como consequência o surgimento ou intensificação de transtornos de humor (depressão e ansiedade). Esses distúrbios de humor, por sua vez, podem agravar, adiar a recuperação ou mesmo precipitar a recaída das desordens de pele (Silva & Müller, 2007). Como mostrado nos resultados, os transtornos de humor mostram-se presentes em mais da metade das pacientes participantes, as quais apresentam sintomas como fadiga, perda de energia e inquietação, influenciando na forma como se relacionam com si e com o meio social.

Dentre as várias possíveis explicações para esses sentimentos, podemos pensar na questão da imagem corporal, uma vez que essa se relaciona à autoestima, na medida em que decorre das crenças, valores, afetos e simbolizações advindas dos conceitos e vivências acerca do esquema corporal. Quando essa imagem é atravessada pela presença de uma desordem dermatológica, há o prejuízo na maneira como o sujeito experiencia sua relação com o corpo e desencadeia uma resignificação desse conceito. A insatisfação consigo mesmo pode fazer com que a adaptação à doença seja, por si só, um foco causador de estresse, o que está de acordo com as colocações das pacientes nas quais os pensamentos autodepreciativos vêm associados ao nervosismo, ansiedade e irritabilidade.

Ainda, a formação da identidade corporal perpassa a intercomunicação e as trocas sociais, havendo a introjeção de referências externas, sendo essa identidade sustentada na relação das vivências pessoais e dos padrões sociais, o que a faz ser desenvolvida e reavaliada continuamente. A avaliação do corpo é feita pela interação com o ambiente, havendo uma pressão a se concretizar – ou ao menos tentar-se exaustivamente – alcançar o corpo ideal estabelecido pelos padrões culturais de estética (Russo, 2005).

Podemos pensar, então, tomando como pressuposto as postulações de Zimmerman (1999), que os padrões culturais, por nortear as relações interpessoais e a percepção do corpo, são reforçados pelo olhar do outro que se constitui ponto fundamental, já que se caracteriza como um dos primeiros estruturantes em nossa vida.

Retomando a teoria desse mesmo autor sobre a necessidade do reconhecimento mútuo para manutenção da autoestima e a construção de uma identidade, o que observamos nas mulheres acometidas por doenças de pele é uma perda dessa identidade e da autoestima, estando tal fato ligado ao julgamento advindo, mesmo que no campo imaginário, do meio social. A vergonha e o incômodo gerados pelas perguntas, piadas e reações de “nojo”, “medo de contágio” fazem com que essas mulheres sintam-se coagidas a saírem em público e a terem uma vida social ativa, isolando-se em casa e evitando, até mesmo, o próprio olhar para si, podendo ser causa ou manutenção dos transtornos de humor correlacionados a essas patologias. Temos, assim, que a função ego-lógica da pele encontra-se alterada com esses sentimentos recorrentes de vergonha e medo, comprometendo tanto a relação com a autoimagem como com a experiência do outro.

Tendo em vista que os imperativos estéticos são, concomitantemente, produzidos e reforçados por expectativas socialmente instituídas, como colocam Novaes e Vilhena (2003), tem-se que a relação com o olhar do outro atribui uma avaliação depreciativa a respeito da imagem corporal que o sujeito constrói sobre si. Assim, “meu corpo é para mim mesmo a imagem que eu creio que o outro tem deste corpo” (Barthes, 1982), reforçando o comportamento de isolamento social.

Um fato agravante – e reforçador – dessas condições de autodepreciação e de rompimento de vínculos sociais encontradas nos discursos das pacientes é o lugar ocupado pelas mulheres nos arquétipos de beleza. Segundo Del Priore (2000), a imagem manifesta da mulher está sempre associada à sua aparência, apresentação e atração, constituindo um dever cultural e moral, já que é a própria mulher colocada como responsável por sua beleza. Assim, um desvio nesse padrão será vinculado à falta de vaidade, caracterizando um depreciativo moral e à perda de uma identidade, que se atrela às conquistas subjetivas. Observa-se, na fala das pacientes, a incorporação dessa responsabilidade pela aparência e condição na qual se encontra, uma vez que grande parte relata sentimentos de culpa e inutilidade, atrelados ao de vergonha em se mostrar para o outro.

Esta sensação de depreciativo moral advém dos qualitativos estéticos que são determinantes nos critérios estabelecidos culturalmente para se ter uma vida feliz nos diversos âmbitos, incluindo o familiar e o profissional e para que os papéis ocupados nesses sejam mais valorizados socialmente. Esta extensão do dano da autoimagem perpassa diferentes áreas, indo além da estética e, como relatado pelas pacientes entrevistadas, prejudicando nas atividades diárias e nas posições antes ocupadas, tornando-se menos autônomas e tendo de se adaptar a uma nova rotina.

Para finalizar, é importante ressaltar que o planejamento experimental da presente pesquisa foi exploratório transversal, permitindo refletir sobre o impacto das enfermidades dermatológicas em pacientes do sexo feminino e os aspectos psicossociais e culturais que permeiam a vidas destas. Com o estudo, foi possível perceber a influência da autopercepção e autoestima na saúde mental e física das pacientes, bem como nos relacionamentos sociais. Tendo em vista as limitações e particularidades dessa pesquisa, outros estudos podem vir a ser desenvolvidos com os dados aqui encontrados.

## **5. CONCLUSÃO**

Com os dados da pesquisa foi possível perceber a influência das doenças dermatológicas na autoestima e autoimagem das pacientes do sexo feminino, correspondendo a uma ruptura na unidade corporal e psíquica dessas, bem como o surgimento de sentimentos de inadequação, prejudicando os relacionamentos interpessoais e atividades sociais.

A presença de Transtorno de Humor ocorreu em mais da metade das pacientes entrevistadas, podendo representar um papel importante no surgimento, manutenção ou agravamento das afecções dermatológicas, o que pode potencializar atitudes de isolamento e apatia.

## **6. REFERÊNCIAS**

Anzieu, D. (1988). *O Eu-pele* (2ª ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Azambuja, R. (2000). Dermatologia integrativa: a pele em novo contexto. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 75(1), 393-420.

Barthes, R. (1982). Encore le corps. *Critique*, (424), 645-654.

Bastos, C. A. M. (2007). Nossa pele, nosso eu: uma abordagem didática. *Contemporânea – Psicanálise e Transdisciplinaridade*, (3), 1-7.

Del Priore, M. (2000). *Corpo a corpo com a mulher*: pequena história das transformações do corpo feminino no Brasil. São Paulo: Senac.

Dias, H. Z. J., Rubin, R., Dias, A. V., & Gauer, G. J. C. (2007). Relações visíveis entre pele e psiquismo: um entendimento psicanalítico. *Psicologia Clínica*, 19(2), 23-34.

Folstein, M.F., Folstein, S.E., McHugh, P.R. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatric Res*. 1975;12:189-98.

Figueiredo, M. A. C.; Ribeiro, D. de F. *A devolução do Diagnóstico Positivo do HIV e a Formação Profissional de Saúde*. 1998

Freud, S. (1923). *O ego e o id*. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago.

Giordani, R. C. F. (2006). A autoimagem corporal na anorexia nervosa: uma abordagem sociológica. *Psicologia & Sociedade*, 18(2), 81-88.

Hoffmann, F. S.; Zogbi, H.; Fleck, P. & Müller, M. C. (2005). A integração mente e corpo em psicodermatologia. *Psicologia: teoria e prática*, 7(1). São Paulo.

Kappaun, N. R. C., & Ferreira, M. E. C. (2008). A imagem corporal de mulheres mastectomizadas. *HU Revista*, 34(4), 243-248.

Lipowski, Z. J. (1984). What does the word 'psychosomatic' really mean? A historical and semantic inquiry. *Psychosomatic Medicine*, 46 (2), 153-171.

Ludwig, M. W. B., Redivo, L. B., Zogbi, H., Hauber, L., Facchin, T. H., & Müller, M. C. (2006). Aspectos psicológicos em dermatologia: avaliação de índices de ansiedade, depressão, estresse e qualidade de vida. *Psic*, 7(2), 69-76.

Machado, R. N., & Winograd, M. (2009). A importância das experiências táteis na organização psíquica. *Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 7(3), 1-9.

Marzano-Parisoli, M. M. (2004). *Pensar o Corpo* (L. M. E. Orth, trad.). Petrópolis: Vozes.

Müller, M. C. (2001). *Um estudo psicossomático de pacientes com vitiligo numa abordagem analítica*. Tese de Mestrado, Instituto de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

Novaes, J. V. & Vilhena, J. (2003). De cinderela a moura torta: sobre a relação mulher, beleza e feiura. *Interações*, 8(15), 9-36.

Outeiral, J. (2001). *O olhar e o espelho*. Em: J. Outeiral, S. Hisada & R. Gabriades (Orgs.), Winnicott seminários paulistas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 79-88.

Russo, R. (2005). Imagem corporal: construção através da cultura do belo. *Movimento & Percepção*, Espírito Santo de Pinhal, SP, 5(6).

Silva, J. D. T., & Müller, M. C. (2007). Uma integração teórica entre psicossomática, stress e doenças crônicas de pele. *Estudos de Psicologia*, 24(2), 247-256.

Simanke, R. T. (1994). Clínica e Metapsicologia de Freud a Lacan. *Temas em Psicologia*, (2), 1-12.

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Willians, J.B.V. Validation and utility of a self-report version of Prime-MD. *JAMA*, 282(18):1737:1744

Turtelli, L. S. (2003). *Relações entre imagem corporal e qualidades de movimento: uma reflexão a partir de uma pesquisa bibliográfica*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

Winnicott, D. W. (1987). *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes.

Zimerman, D. (1999). *Fundamentos psicanalíticos*. Artmed: Porto Alegre.

## ANEXO A

**Tabela 1**

Distribuição dos pacientes do sexo feminino (N=47) segundo características sociodemográficas, internados na enfermaria da Clínica de Dermatologia de um hospital universitário, no período de abril a outubro de 2010

Variável	N	Porcentagem (%)
<b>Cor</b>		
Amarelo	2	4,3
Branco	32	68,1
Moreno (pardo)	8	17
Negro	5	10,6
<b>Estado Civil</b>		
Sem relacionamento estável	28	59,6
Com relacionamento estável	19	40,4
<b>Cidade onde reside</b>		
São Paulo	32	68,1
Grande São Paulo	5	10,6
Interior de São Paulo	7	14,9
Outros Estados	3	6,4
<b>Ocupação</b>		
Empregado	22	46,8
Desempregado	11	23,4
Do lar	10	21,3
Aposentado	4	8,5
<b>Escolaridade</b>		
0-4 anos	11	23,4
5-8 anos	8	17
9-11 anos	16	34
Mais de 11 anos	12	25,5
<b>Renda Familiar</b>		
Menos de 1SM	4	8,5
2 a 5 SM	35	74,5
3 a 5 SM	8	17

SM: Salário Mínimo (R\$ 510,00)

## ANEXO B

**Tabela 2**

Distribuição dos pacientes do sexo feminino (N=47) segundo características clínicas, internados na enfermaria da Clínica de Dermatologia de um hospital universitário, no período de abril a outubro de 2010

Variável	N	Porcentagem (%)
<b>Tempo de Enfermidade</b>		
Até 1 mês	13	27,7
2 - 12 meses	12	25,5
13 - 36 meses	9	19,1
37 meses ou mais	13	27,7
<b>Internações Hospitalares</b>		
1 <sup>a</sup>	29	61,7
2 <sup>a</sup> – 5 <sup>a</sup>	15	31,9
6 <sup>a</sup> – 10 <sup>a</sup>	2	4,3
11 <sup>a</sup> ou mais	1	2,1

## ANEXO C

**Tabela 3**

Distribuição dos pacientes do sexo feminino (N=47), segundo frequência de depressão e ansiedade, internados na enfermaria da Clínica de Dermatologia de um hospital universitário, no período de abril a outubro de 2010

Variável	N	Porcentagem (%)
<b>Depressão</b>		
Sim	25	53,2
Não	22	46,8
<b>Ansiedade</b>		
Sim	28	59,6
Não	19	40,4

## ANEXO D

**Tabela 4**

Distribuição da sintomatologia depressiva, segundo presença ou não de diagnóstico de depressão, em pacientes do sexo feminino internadas na enfermaria da Clínica de Dermatologia de um hospital universitário, no período de abril a outubro de 2010

Sintomatologia Depressiva	Pacientes com diagnóstico de depressão (N=25)	Pacientes sem diagnóstico de depressão (N=22)
Insônia ou hipersonia	21 (84%)	11 (50%)
Fadiga ou perda de energia	23 (92%)	9 (40,9%)
Diminuição ou aumento do apetite	16 (64%)	8 (36,4%)
Menor interesse nas atividades de vida diárias	19 (76%)	4 (18,2%)
Humor deprimido	23 (92%)	1 (4,5%)
Sentimento de inutilidade ou culpa	21 (84%)	3 (13,6%)
Diminuição da concentração	12 (48%)	3 (13,6%)
Agitação ou retardo psicomotor	21 (84%)	4 (18,2%)
Recorrentes pensamentos de morte	13 (52%)	2 (9%)

## ANEXO E

**Tabela 5**

Distribuição da sintomatologia ansiosa, segundo presença ou não de diagnóstico de ansiedade, em pacientes do sexo feminino internadas na enfermaria da Clínica de Dermatologia de um hospital universitário, no período de abril a outubro de 2010

Sintomatologia Ansiosa	Pacientes com diagnóstico de ansiedade (N=28)	Pacientes sem diagnóstico de ansiedade (N=19)
Nervosismo, ansiedade ou inquietação	28 (100%)	6 (31,6%)
Agitação psicomotora	20 (71,4%)	1 (5,3%)
Perda de energia	26 (92,8%)	1 (5,3%)
Presença de tensão muscular	24 (85,7%)	1 (5,3%)
Dificuldade para adormecer ou continuar dormindo	24 (85,7%)	2 (10,5%)
Irritabilidade e incômodo	13 (46,4%)	1 (5,3%)
Diminuição da concentração	24 (85,7%)	4 (21%)