

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE (UFS)
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA (PPGSI)**

BRENDA FERNANDA PEREIRA DA SILVA

**PSORÍASE E AJUSTAMENTO PSICOLÓGICO: RELAÇÃO ENTRE
SINTOMAS DEPRESSIVOS, ANSIOSOS E REGULAÇÃO
EMOCIONAL**

*Psoriasis and psychological adjustment: relationship between depressive and
anxiety symptoms and emotional regulation*

**Fevereiro de 2020
São Cristóvão, SE**

BRENDA FERNANDA PEREIRA DA SILVA

**PSORÍASE E AJUSTAMENTO PSICOLÓGICO: RELAÇÃO ENTRE
SINTOMAS DEPRESSIVOS, ANSIOSOS E REGULAÇÃO
EMOCIONAL**

*Psoriasis and psychological adjustment: relationship between depressive and
anxiety symptoms and emotional regulation*

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Psicologia da Universidade Federal de Sergipe (UFS) como
requisito para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. André Faro

Linha de Pesquisa: Saúde e Desenvolvimento Humano

**Fevereiro de 2020
São Cristóvão, SE**

BRENDA FERNANDA PEREIRA DA SILVA

**PSORÍASE E AJUSTAMENTO PSICOLÓGICO: RELAÇÃO ENTRE
SINTOMAS DEPRESSIVOS, ANSIOSOS E REGULAÇÃO
EMOCIONAL**

*Psoriasis and psychological adjustment: relationship between depressive and
anxiety symptoms and emotional regulation*

Aprovada em 19/02/2020

Prof. Dr. André Faro
Universidade Federal de Sergipe (PPGPSI/UFS)
Orientador/Presidente

Prof. Dr. Jilson Pereira da Silva
Universidade Federal de Sergipe (PPGPSI/UFS)
Membro Interno

Prof. Dra. Sônia Regina Fiorim Enumo
Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas)
Membro Externo

*À minha mãe, por sempre acreditar nos
meus sonhos e me oferecer amor e
suporte incondicionais.
Ao meu marido, por ser meu porto
seguro diante das ondas turbulentas.*

Agradecimentos

Agradeço primeiramente à força incomensurável que me rege, me cuida, me ama e me conforta nos momentos mais difíceis.

Agradeço à minha mãe, figura de amor, carinho, suporte e afeto incondicionais. Obrigada por sempre confiar em mim e acreditar nos meus sonhos, até quando eu mesma não acredito. Você para mim é inspiração e sinônimo de força. Obrigada por não medir esforços para se fazer sempre presente! Agradeço à minha família, em especial, Vó Maria e Tia Elis, por sempre emanarem energias positivas mesmo de longe e por vibrarem com todas as minhas conquistas. Amo vocês.

Ao meu marido e companheiro de vida, Bem Hur, por ser meu colo e apoio nos momentos de fraqueza, ainda que por vezes não compreendesse o que me afligia. Obrigada pelo amor cuidadoso e paciente e por escolher trilhar esse caminho comigo. Saber que posso contar contigo para tudo me dá forças para seguir acreditando nos meus sonhos.

Agradeço infinitamente ao meu orientador e querido mestre Prof. Dr. André Faro, pela disponibilidade e paciência de sempre. Obrigada por todas as oportunidades que me ofereceu, por acreditar no meu potencial e por não hesitar em me salvar aos finais de semana e madrugadas adentro. Te agradeço por ser um orientador tão incrível, único e dedicado.

Às minhas parceiras acadêmicas, Dai e Mari, por partilharem as dores e as delícias do mestrado comigo. O caminho com certeza foi mais leve e menos doloroso com a companhia de vocês. Vocês são mulheres incríveis e competentes que eu pretendo levar para a vida inteira!

Ao Grupo de Estudos e Pesquisas em Psicologia da Saúde (GEPPS), por ser parte fundamental em minha formação acadêmica, pelas trocas de conhecimento e pelo auxílio com a coleta de dados. Agradeço, em especial, à minha conterrânea Millena, sempre cuidadosa e prestativa; e agradeço também a Laís, minha companheira de PROMOB, parceira para todas as horas e sempre disposta a ajudar.

Agradeço à Profa. Dra. Sônia Regina Fiorim Enumo por me receber tão carinhosamente em Campinas para a minha experiência de mobilidade acadêmica. A contribuição da senhora foi muito importante para o meu amadurecimento profissional. Agradeço também pela disponibilidade em contribuir com a melhoria do meu trabalho.

Agradeço a Cris Lins, meu presente de São Paulo, pelo acolhimento e por me mostrar que a “cidade cinza” pode sim ser colorida e cheia de amor!

Agradeço às minhas amigas de Aracaju pela companhia ao longo dessa caminhada. Graci, Nay, Vicky, Quel, Mari, Carlinha e Lalai, amo muito vocês e os nossos reencontros repletos de carinho e verdade!

Agradeço ao meu amigo e anjo, Alex, pelo acolhimento incondicional e suporte emocional de sempre, por ser meu ponto de paz e pelos momentos incríveis que partilhamos.

Agradeço à minha terapeuta, Luiza Lins, por me auxiliar com o meu crescimento pessoal desde o início. Sou muito grata pelo nosso encontro e tenho certeza absoluta de que você é peça fundamental para que eu esteja onde estou!

Agradeço à Dra. Jonnia Sherlock, por abrir as portas do Ambulatório de Psoríase para que esta pesquisa fosse realizada; e agradeço também a todos os pacientes que compartilharam um pouco de suas histórias comigo.

Por fim, agradeço ao Prof. Dr. Joilson Pereira da Silva, por aceitar avaliar o meu trabalho e contribuir de forma tão cuidadosa e pertinente com todas as suas sugestões.

Resumo

A presente dissertação buscou investigar facetas do ajustamento psicológico em pacientes adultos acometidos pela psoríase, bem como sua implicação para desfechos de saúde mental, a saber, sintomatologia depressiva e ansiosa. Para tanto, foram realizados três estudos. O Estudo 1 constituiu-se por uma revisão narrativa da literatura, que objetivou caracterizar o campo da Psicodermatologia e apresentar o estresse como modelo explicativo para a relação entre doenças de pele e aspectos psicológicos. Além disso, buscou apontar algumas das principais doenças de pele e a carga de sofrimento associada a elas, bem como apresentar achados sobre construtos psicológicos relacionados ao ajustamento, pontuando a relevância de intervenções psicológicas frente a condições dermatológicas. O Estudo 1 evidenciou o quanto a regulação emocional é uma variável que tem sido associada ao ajustamento psicológico e que merece ser melhor estudada em relação às doenças de pele. No Estudo 2 desenvolveu-se uma revisão integrativa da literatura, visando a reunir evidências acerca da associação entre a regulação emocional e transtornos depressivos e ansiosos. Neste, observou-se que a reavaliação cognitiva tem sido positivamente correlacionada a sintomas psicopatológicos, ao passo que a supressão emocional se correlaciona de forma negativa a sintomas depressivos e ansiosos. Constatou-se a lacuna de estudos realizados no Brasil acerca dessa temática, bem como a necessidade de se investigar o funcionamento da regulação emocional em grupos distintos, a fim de comparar a utilização dessas estratégias em populações diferentes. Finalmente, o Estudo 3 consistiu em uma investigação empírica com 72 pacientes psoriáticos (idade média = 43,4 anos; $DP = 11,78$) e 72 indivíduos sem psoríase (idade média = 41,0 anos; $DP = 10,42$), visando a avaliar a relação entre as estratégias de regulação emocional e a ocorrência de transtornos depressivos e ansiosos em ambos os grupos. Além disso, buscou evidenciar se essa relação diferia entre os grupos amostrais. Os resultados indicaram que pacientes com psoríase tiveram mais chances de ter transtorno ansioso do que o grupo sem psoríase. Ainda, a estratégia de supressão emocional pareceu funcionar de maneira adaptativa para pacientes com psoríase sem diagnóstico de ansiedade, visto que, ao exibir alta supressão, esses indivíduos não demonstraram índices significativos de ansiedade. Frente às evidências do quanto a psoríase pode ser limitante, a presente dissertação constatou como variáveis associadas ao ajustamento psicológico, como a regulação emocional, podem auxiliar a compreender a ocorrência de sintomas psicopatológicos nas doenças de pele. Considera-se que os achados aqui apontados poderão contribuir para a realização de intervenções psicológicas visando à promoção de saúde mental desses pacientes, proporcionando melhor enfrentamento da doença e maior qualidade de vida.

Palavras-chave: regulação emocional; depressão; ansiedade; psicodermatologia; psicologia da saúde.

Abstract

This dissertation's objective was to investigate facets of psychological adjustment in adult patients affected by psoriasis, as well as its implications for mental health outcomes, namely, depressive and anxiety symptoms. To this end, three studies were carried out. Study 1 consisted of a narrative review of the literature, which aimed to characterize the field of Psychodermatology and present stress as an explanatory model for the relationship between skin diseases and psychological aspects. Also, it sought to point out some of the main skin diseases and the burden of suffering associated with them, as well as to present findings on psychological constructs related to adjustment, emphasizing the relevance of psychological interventions when facing dermatological conditions. Study 1 showed how much emotional regulation is a variable that has been associated with psychological adjustment and that deserves to be better studied concerning skin diseases. In Study 2, an integrative literature review was developed, aiming to gather evidence about the association between emotional regulation and depressive and anxiety disorders. In this study, it was observed that cognitive reappraisal has been positively correlated with psychopathological symptoms, while emotional suppression was negatively correlated with depressive and anxious symptoms. There was a gap in studies carried out in Brazil on this theme, as well as the need to investigate the functioning of emotional regulation in different groups, to compare the use of these strategies in different populations. Finally, Study 3 consisted of an empirical investigation with 72 psoriatic patients (mean age = 43.4 years; *SD* = 11.78) and 72 individuals without psoriasis (mean age = 41.0 years; *SD* = 10.42), aiming to assess the relationship between emotional regulation strategies and the occurrence of depressive and anxiety disorders in both groups. Besides, it sought to show whether this relationship differed between the sample groups. The results indicated that patients with psoriasis were more likely to have an anxiety disorder than the group without psoriasis. Furthermore, the emotional suppression strategy appeared to work adaptively for patients with psoriasis without a diagnosis of anxiety, because this group, when exhibiting high suppression, did not demonstrate significant anxiety levels. Given the evidence of how limiting psoriasis can be, the present dissertation found how variables associated with psychological adjustment, such as emotional regulation, can help to understand the occurrence of psychopathological symptoms in skin diseases. It is considered that the findings pointed out here may contribute to the realization of psychological interventions aiming at promoting the mental health of these patients, providing better coping with the disease and greater quality of life.

Keywords: emotion regulation; depression; anxiety; psychodermatology; health psychology.

Sumário

Lista de Figuras	9
Lista de Tabelas	10
Lista de Abreviações e Siglas.....	11
Apresentação.....	13
Referências	17
Capítulo 1: Variáveis associadas ao ajustamento psicológico e atuação da psicologia da saúde na Psicodermatologia	20
Referências	41
Capítulo 2: Revisão integrativa sobre a associação entre regulação emocional, transtornos depressivos e transtornos ansiosos.....	50
Referências	67
Capítulo 3: Regulação emocional e ansiedade em pacientes com psoríase.....	76
Referências	96
Considerações finais.....	101
ANEXOS	104
Anexo 1: Questionário sociodemográfico e clínico.....	105
Anexo 2: Questionário de Regulação Emocional (QRE)	107
Anexo 3: <i>Hospital Anxiety Depression Scale</i> (HADS).....	108
Anexo 4: Termo de consentimento livre e esclarecido	109
Anexo 5: Termo de autorização institucional	110
Anexo 6: Parecer Consubstanciado CEP	111

Lista de Figuras

Estudo II.

Figura 1. Fluxograma de processo de seleção e análise dos estudos primários localizados para a revisão integrativa de acordo com a recomendação PRISMA.....75

Estudo III.

Figura 1. Média de pontuação de reavaliação cognitiva segundo o diagnóstico de ansiedade e pertença ao grupo amostral.....89

Figura 2. Média de pontuação de supressão segundo o diagnóstico de ansiedade e pertença ao grupo amostral.....90

Lista de Tabelas

Estudo II

Tabela 1. Principais resultados acerca das características bibliométricas, metodológicas e de conteúdo dos estudos sobre a relação entre regulação emocional, transtornos depressivos e transtornos ansiosos.....	72
--	----

Lista de Abreviações e Siglas

BAI – Inventário Beck de Ansiedade
BDI – Inventário Beck de Depressão
CAAE – Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAFE – Comunidade Acadêmica Federada
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP – Conselho de Ética em Pesquisas com Seres Humanos
CES-D – *Center for Epidemiological Scale – Depression*
DA – Dermatite Atópica
DP – Desvio Padrão
DSM-5 – Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, Versão 5
ERQ – *Emotional Regulation Questionnaire*
GBD – *Global Burden Disease*
HADS – *Hospital Anxiety and Depression Scale*
HPA – Eixo hipotálamo-pituitária-adrenal
HU – Hospital Universitário
IDCLs – *International Diagnostic Checklists*
IGD – Transtorno de abuso de internet e jogos
IHME – *Institute for Health Metrics and Evaluation*
ISAAC – *International Study of Asthma and Allergies in Childhood*
M – Média
Max – Máximo
Min – Mínimo
MINI – *International Neuropsychiatric Interview*
OMS – Organização Mundial de Saúde
OR – *Odds Ratio*
PePSIC – Periódicos Eletrônicos em Psicologia
PRISMA – *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*
PsycINFO – *Psychological Information Database*
QRE – Questionário de Regulação Emocional
RE – Regulação Emocional
SciELO – *Scientific Electronic Library Online*
SE – Estado de Sergipe
SOC – Sintomas Obsessivo-Compulsivos
SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*
SSE – Status socioeconômico
STAI – Inventário de Ansiedade Estado-Traço
TA – Transtornos Ansiosos
TAL – Transtorno de Ansiedade Leve
TCC – Terapia Cognitivo Comportamental
TD – Transtornos Depressivos
TDL – Transtorno Depressivo Leve
TDHA – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TEPT – Transtorno do Estresse Pós-Traumático
TOC – Transtorno Obsessivo Compulsivo
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMC – Transtorno Mental Comum
UFS – Universidade Federal de Sergipe
VD – Variável Dependente

VI – Variável Independente

VM – Variável Moderadora

WHO – *World Health Organization*

Apresentação

A população brasileira é composta por aproximadamente dois milhões de pessoas acometidas pela psoríase, que é uma doença autoimune crônica da pele e articulações. Globalmente, a psoríase chega a afetar pelo menos cem milhões de pessoas, sendo considerada problema de saúde pública (World Health Organization [WHO], 2016). As doenças de pele ocupam o lugar de quarta maior causa de incapacidade no mundo inteiro, com exceção das doenças fatais, acarretando comprometimento físico e mental (Karimkhani et al., 2017).

A psoríase é caracterizada pelo ressecamento da pele, coceira intensa e placas vermelhas descamativas, o que ocasiona bastante desconforto. Em função de ser uma condição de pele, a psoríase é altamente visível, com tendência a afetar a autoestima e a autoimagem, levando a implicações na saúde mental e ajustamento psicológico dos indivíduos (Dalgard et al., 2018; Zill et al., 2018). A psoríase possui diversos tipos de manifestações clínicas, podendo acometer couro cabeludo, cabeça, face, ombros, antebraço, joelhos, tronco, mãos, unhas e pés. Também podem haver lesões nas axilas, umbigo, virilha, região genital, glúteos e dobras corporais. Além da pele, a psoríase também demonstra evidências de associação à artrite psoriática, que afeta as articulações, ocasionando inflamação, dor crônica e alterações no aspecto físico (WHO, 2016).

Considerada uma das doenças de pele que mais causa prejuízo aos indivíduos acometidos, a psoríase traz repercussões psicossociais e alterações na saúde mental, como depressão, ansiedade e até suicídio, impacto na vida laboral e social, ônus socioeconômico, estigmatização, entre outros (Dalgard et al., 2015; Innamorati et al., 2016; WHO, 2016). Vale destacar que tanto situações de estresse crônico podem desencadear lesões de pele, quanto a presença de condições primariamente dermatológicas podem levar ao desenvolvimento de sintomas psicológicos (Mavrogiorgou, Bader, Stockfleth, & Juckel, 2015).

Em função da necessidade de se investigar a ligação entre mente e corpo no desencadeamento de doenças de pele, originou-se a Psicodermatologia, que diz respeito à

interface entre a dermatologia e a psicologia e/ou psiquiatria. Esta área direciona seus esforços para melhor compreensão e tratamento das doenças de pele com aspectos psicológicos relacionados (Koo & Lebwhol, 2001; Mavrogiorgou et al., 2015). Trata-se de um campo de estudo que vem crescendo nas últimas décadas, tendo em vista a importância que o suporte psicológico possui para o tratamento e melhor prognóstico das condições dermatológicas (Zill et al., 2018). A vivência de doenças crônicas, no geral, acarreta diversas limitações e promove uma série de emoções negativas, como medo, raiva, tristeza, entre outros (Karademas, Tsalikou, & Tallarou, 2010; Ridder, Geenen, Kuijer, & Middendorp, 2008). Diante do adoecimento, um dos papéis do psicólogo da saúde consiste em auxiliar no enfrentamento da doença (Vilhena et al., 2014), sendo de fundamental importância o conhecimento de variáveis que forneçam suporte à promoção do ajustamento psicológico.

O ajustamento psicológico se refere à habilidade de reequilibrar-se de maneira saudável diante das adversidades (Ridder et al., 2008), podendo ser apreendido tanto como um processo quanto como um produto (Seaton, 2009). Como processo, o ajustamento diz respeito ao nível de adaptação frente aos desafios adaptativos. Como produto, o ajustamento se refere à qualidade desse enfrentamento, de modo que o desfecho pode ser considerado negativo ou positivo (Seaton, 2009). No caso das doenças crônicas, o ajustamento é especificamente a adaptação às novas circunstâncias de vida (Ridder et al., 2008). Dentre as variáveis psicológicas relacionadas ao ajustamento positivo, a regulação emocional (RE) é uma delas. A RE diz respeito à capacidade individual de modular respostas emocionais frente aos eventos do cotidiano. Duas de suas principais estratégias são a reavaliação cognitiva e a supressão emocional, que consistem na modificação de crenças a fim de alterar o impacto emocional de uma situação e a não expressão de emoções, respectivamente (John & Gross, 2004).

A RE tem sido amplamente estudada no que diz respeito à saúde mental, estando relacionada ao desenvolvimento de psicopatologias (Dixon-Gordon, Aldao, & De Los Reyes,

2014; Hu et al., 2014) e ao ajustamento psicológico (Gómez-Ortiz et al., 2016). Ao examinar o ajustamento psicológico em relação à regulação emocional, observa-se que a reavaliação cognitiva tem se associado à melhor autoestima e satisfação com a vida, dimensões de um funcionamento positivo, confirmando sua essência de estratégia adaptativa. Já a supressão tende a se mostrar negativamente associada a estas variáveis, reiterando seu papel de estratégia mal-adaptativa (Teixeira, Silva, Tavares, & Freire, 2014).

Não é raro que pacientes com doenças crônicas apresentem transtornos mentais comuns, tais como depressão e ansiedade (Clarke & Currie, 2009). Atrelado a isto, a forma como estas pessoas lidam com suas emoções pode afetar o ajustamento à doença (Ridder et al., 2008). O mal ajustamento às doenças crônicas usualmente está relacionado a estilos de regulação emocional voltados para a evitação e a não-expressão das emoções (Ridder et al., 2008), que podem ser prejudiciais à saúde. O uso da supressão emocional tem sido associado à vivência de maiores emoções negativas referentes ao adoecimento e pior bem-estar psicológico e emocional, ao passo que a reavaliação se relaciona à melhora no bem-estar (Karademas et al., 2010). Além disso, a supressão possui efeitos de moderação entre as emoções negativas relacionadas ao adoecimento e funcionamento físico. Nesse sentido, frente a médios e altos níveis de supressão, emoções negativas mais intensas foram associadas a um pior funcionamento (Karademas et al., 2010).

Considerando que as doenças de pele, em especial, a psoríase, possuem fator emocional determinante para desencadear e exacerbar crises e lesões, destaca-se a relevância de se investigar a regulação emocional nesses pacientes. Uma vez que as alterações de humor podem influenciar nas lesões dermatológicas, entender de que modo se dá a regulação emocional desses pacientes se torna fundamental para um tratamento adequado a essa condição. Desse modo, estudos que busquem avaliar variáveis que impactem no ajustamento psicológico se

fazem necessários para compreender essa relação e fornecer subsídios para intervenções baseadas em evidências, visando ao melhor enfrentamento da condição dermatológica.

Frente às evidências apresentadas e à necessidade de compreender de forma mais robusta a interface entre aspectos psicológicos e doenças de pele, bem como entender a influência dessas variáveis em desfechos de saúde mental entre pessoas acometidas por essas patologias, serão realizados três estudos sobre a saúde mental de pacientes dermatológicos. Uma vez que se evidencia a associação de doenças de pele a quadros de sofrimento psicológico/psiquiátrico, buscar-se-á analisar a forma como os processos psicológicos, a saber, variáveis relacionadas ao ajustamento psicológico, se relacionam com a ocorrência de transtornos mentais comuns, em especial, a depressão e a ansiedade.

O Estudo 1 visa à caracterização do campo da Psicodermatologia, tendo a teoria do estresse (Faro & Pereira, 2013; McEwen & Lasley, 2003; Sapolsky, 2007) como modelo explicativo para a associação entre doenças de pele e aspectos psicológicos. A revisão também aponta algumas doenças de pele relacionadas ao sofrimento mental, assim como destaca a importância de intervenções da Psicologia da Saúde frente a condições dermatológicas, objetivando a um ajustamento psicológico mais saudável.

O Estudo 2 intenta a investigar os achados da literatura científica acerca da relação entre a regulação emocional – segundo o modelo teórico de James Gross – e transtornos depressivos e/ou transtornos ansiosos. Por fim, o Estudo 3, de delineamento empírico, possuiu o objetivo investigar a relação entre as estratégias de regulação emocional e a ocorrência de transtornos depressivos e ansiosos, bem como a existência de discrepância nesta relação entre os grupos amostrais com e sem psoríase.

Com a presente investigação, espera-se reunir conhecimento acerca das variáveis que possuem impacto no ajustamento psicológico às doenças de pele, bem como possíveis transtornos mentais decorrentes do mal ajustamento. Logo, tem-se como pretensão contribuir

para a literatura científica ao esclarecer essas associações, promovendo subsídios para psicólogos e profissionais de saúde que lidam diariamente com pacientes que sofrem em razão das doenças de pele. Ao conhecer as variáveis associadas a desfechos de saúde mental, poder-se-ão realizar intervenções que visem à promoção de saúde nesses grupos, proporcionando melhor prognóstico da afecção dermatológica e melhores condições de vida.

Referências

- Clarke, D. D., & Currie, K. C. (2009). Depression, anxiety and their relationship with chronic diseases: A review of the epidemiology, risk and treatment evidence. *Medical Journal of Australia*, 190(7), S54-S60.
- Conrad, R., Geiser, F., Haidl, G., Hutmacher, M., Liedtke, R., & Wermter, F. (2008). Relationship between anger and pruritus perception in patients with chronic idiopathic urticaria and psoriasis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 22, 1062-1069.
- Dalgard, F. J., Bewley, A., Evers, A.W., Gieler, U., Lien, L., Sampogna, F., . . . , Kupfer, J. (2018). Stigmatisation and body image impairment in dermatological patients: Protocol for an observational multicentre study in 16 European countries. *BMJ Open*, 8, e024877. doi:10.1136/bmjopen-2018-024877
- Dalgard, F. J., Gieler, U., Tomas-Aragones, L., Lien, L., Poot, F., Jemec, G. B. E., . . . , Kupfer, J. (2015). The psychological burden of skin diseases: A cross-sectional multicenter study among dermatological out-patients in 13 European countries. *Journal of Investigative Dermatology*, 135, 984-991. doi:10.1038/jid.2014.530
- Dixon-Gordon, K. L., Aldao, A., & De Los Reyes, A. (2014). Repertoires of emotion regulation: A person-centered approach to assessing emotion regulation strategies and links to psychopathology. *Cognition and Emotion*, 1-12. doi: 10.1080/02699931.2014.983046

- Faro, A. & Pereira, M. E. (2013). Estresse: Revisão narrativa da evolução conceitual, perspectivas teóricas e metodológicas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *14*, 78-100.
- Gómez-Ortiz, O., Romera, E. M., Ortega-Ruiz, R., Cabello, R., & Fernández-Berrocal, P. (2016). Analysis of emotion regulation in Spanish adolescents: Validation of the Emotion Regulation Questionnaire. *Frontiers in Psychology*, *6*, 1959. doi: 10.3389/fpsyg.2015.01959
- Hu, T., Zhang, D., Wang, J., Mistry, R., Ran, G., & Wang, X. (2014). Relation between emotion regulation and mental health: A meta-analysis review. *Psychological Reports: Measures & Statistics*, *114*(2), 341-362. doi: 10.2466/03.20.PR0.114k22w4
- Innamorati, M., Quinto, R. M., Imperatori, C., Lora, V., Graceffa, D., Fabbriatore, M., . . . , Bonifati, C. (2016). Health-related quality of life and its association with alexithymia and difficulties in emotion regulation in patients with psoriasis. *Comprehensive Psychiatry*, *70*, 200-208. doi: 10.1016/j.comppsy.2016.08.001
- John, O. P., & Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, *72*(6), 1301-1334.
- Karademas, E. C., Tsalikou, C., & Tallarou, M.-C. (2010). The impact of emotion regulation and illness-focused coping strategies on the relation of illness-related negative emotions to subjective health. *Journal of Health Psychology*, *16*(3), 510-519. doi: 10.1177/1359105310392093
- Karimkhani, C., Dellavalle, R. P., Coffeng, L. E., Flohr, C., Hay, R. J., Langan, S. M., . . . , Naghavi, M. (2017). Global skin disease morbidity and mortality: An update from the Global Burden of Disease Study 2013. *JAMA Dermatology*, *153*(5), 406-412. doi: 10.1001/jamadermatol.2016.5538

- Koo, J., & Lebwohl, A. (2001). Psychodermatology: The mind and skin connection. *American Family Physician*, *64*, 1873-1878.
- McEwen, B. S. & Lasley, E. N. (2003). *O fim do estresse como nós o conhecemos*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Ridder, D., Geenen, R., Kuijer, R., & Middendorp, H. (2008). Psychological adjustment to chronic disease. *Lancet*, *372*, 246-255.
- Sapolsky, R. M. (2007). *Por que as zebras não têm úlceras?* São Paulo: Francis.
- Seaton, C. L. (2009). Psychological adjustment. In S. J. Lopez (Ed.), *The Encyclopedia of Positive Psychology* (pp. 796-800). Oxford: Blackwell Publishing.
- Teixeira, A., Silva, E., Tavares, D., & Freire, T. (2015). Portuguese validation of the Emotion Regulation Questionnaire for Children and Adolescents (ERQ-CA): Relations with self-esteem and life satisfaction. *Child Indicators Research*, *8*, 605-621. doi: 10.1007/s12187-014-9266-2
- Vilhena, E., Pais-Ribeiro, J. L., Silva, I., Pedro, L., Meneses, R. F., Cardoso, H., . . . , Mendonça, D. (2014). Factores psicossociais preditivos de ajustamento à vida de pessoas com doenças crónicas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *15*, 220-233. doi: 10.15309/14psd150118
- World Health Organization [WHO]. (2016). Global report on psoriasis. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204417/1/9789241565189_eng.pdf.
- Zill, J. M., Christalle, E., Tillenburg, N., Mrowietz, U., Augustin, M., Härter, M., & Dirmaier, J. (2018). Effects of psychosocial interventions on patient-reported outcomes in patients with psoriasis: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Dermatology*. Advance online publication. doi: 10.1111/bjd.17272

- Capítulo 1-

Estudo 1

Variáveis associadas ao ajustamento psicológico e atuação da Psicologia da Saúde na Psicodermatologia¹

Resumo

A presente revisão objetivou caracterizar o campo da Psicodermatologia, apresentar o estresse como modelo explicativo para a relação entre doenças de pele e aspectos psicológicos, bem como apontar algumas doenças de pele associadas ao sofrimento mental. Buscou-se, ainda, apontar a importância de intervenções da Psicologia da Saúde frente a condições dermatológicas, visando a um mais saudável ajustamento psicológico. Para tanto, realizou-se uma revisão narrativa de caráter não-sistemático. As dermatoses apresentadas foram psoríase, dermatite atópica, acne e vitiligo, e as variáveis psicológicas associadas ao ajustamento destacadas foram a regulação emocional, autoestima e sintomas obsessivo-compulsivos. Ao final, ressaltou-se a importância de se investigar construtos como a regulação emocional e a sintomatologia obsessiva-compulsiva a fim de proporcionar melhor ajustamento às doenças de pele.

Palavras-chave: psicodermatologia; psicologia da saúde; ajustamento psicológico; regulação emocional; sintomas obsessivo-compulsivos.

Abstract

The present review aimed to characterize the field of Psychodermatology, to present stress as an explanatory model for the relationship between skin diseases and psychological aspects, as well as to point out some skin diseases associated with mental suffering. It was also sought to point out the importance of interventions of Health Psychology in face of dermatological conditions, aiming at a healthier psychological adjustment. Therefore, a non-systematic narrative review was carried out. The dermatoses presented were psoriasis, atopic dermatitis, acne and vitiligo, and the psychological variables associated with the adjustment were emotional regulation, self-esteem, and obsessive-compulsive symptoms. Finally, the importance of investigating constructs such as emotional regulation and obsessive-compulsive symptomatology was emphasized in order to provide better adjustment to skin diseases.

Keywords: psychodermatology; health psychology; psychological adjustment; emotional regulation; obsessive-compulsive symptoms.

Resumen

Esta revisión tuvo como objetivo caracterizar el campo de la Psicodermatología, presentar el estrés como un modelo explicativo de la relación entre las enfermedades de la piel y los aspectos

¹ Manuscrito ainda não submetido para publicação.

psicológicos, así como señalar algunas enfermedades de la piel asociadas con el trastorno mental. También se buscó señalar la importancia de las intervenciones de Psicología de la Salud frente a afecciones dermatológicas, con el objetivo de un ajuste psicológico más saludable. Para este fin, se realizó una revisión narrativa no sistemática. Las dermatosis presentadas fueron psoriasis, dermatitis atópica, acné y vitiligo, y las variables psicológicas asociadas con el ajuste fueron la regulación emocional, la autoestima y los síntomas obsesivo compulsivos. Al final, se enfatizó la importancia de investigar construcciones como la regulación emocional y la sintomatología obsesivo compulsiva para proporcionar un mejor ajuste a las enfermedades de la piel.

Palabras llave: psicodermatología; psicología de la salud; ajuste psicológico; regulación emocional; síntomas obsesivo-compulsivos.

Introdução

As doenças de pele se constituem como uma das enfermidades mais comuns entre os seres humanos (Hay et al., 2014). Sua ocorrência tem sido associada à presença de fatores psicológicos e emocionais enquanto precipitantes e/ou exacerbadores dessas condições clínicas (Almeida et al., 2017; Connor, 2017). As psicodermatoses, como também são chamadas doenças de pele relacionadas a questões psicológicas ou psiquiátricas, acarretam diversos prejuízos e limitações ao cotidiano dos indivíduos acometidos, ocupando o lugar de quarta maior causa de incapacidade no mundo inteiro (com exceção das doenças fatais) (Karimkhani et al., 2017). Em função disso, autores apontam que pouca atenção tem sido dada ao debate das doenças de pele no contexto global, fato que parece contraditório, considerando os impactos ocasionados por estas condições (Dalgard et al., 2015; Hay et al., 2014).

As doenças de pele têm sido altamente relacionadas ao sofrimento psicológico e psicopatologias, principalmente transtornos depressivos e ansiosos (Almeida et al., 2017; Consenso Brasileiro de Psoríase, 2012). Entende-se que a comorbidade entre esses quadros pode funcionar como fator de risco para comportamentos suicidas, condição que tem sido frequente em pacientes dermatológicos, especialmente naqueles acometidos pela psoríase, acne e dermatite atópica (Gupta, Pur, Vujcic, & Gupta, 2017; Kwak & Kim, 2017). Ao considerar

tais fatos, destaca-se a relevância de estudos que investiguem fatores de risco e proteção para o desenvolvimento de psicopatologias associadas às doenças de pele.

A Psicodermatologia é entendida como a área integrada a Dermatologia, a Psicologia e/ou Psiquiatria, com o intuito de promover melhor compreensão a respeito das doenças de pele e sua associação com aspectos psicológicos e/ou psiquiátricos (Connor, 2017). Os estudos iniciais desse campo datam da década de 1980 (Walker & Papadopoulos, 2005). Contudo, observa-se que nos últimos dez anos houve um aumento expressivo nas investigações relacionadas ao tema. Em busca breve realizada na base de dados *Web of Science* em junho de 2019, sem limitação de tempo, foram localizados 288 resultados relacionados ao descritor '*psychodermatology*', sendo 226 deles datados entre 2008-2018. Logo, vê-se que a Psicodermatologia parece ser uma temática em crescimento.

A interseção entre Dermatologia e Psicologia tem sido abordada em alguns estudos, com investigações a respeito de construtos como qualidade de vida e dermatoses crônicas (Calvetti, Rivas, Coser, Barbosa, & Ramos, 2017), qualidade de vida e acne (Duman, Topal, Kocaturk, & Duman, 2016), qualidade de vida e psoríase (Khawaja et al., 2015; Innamorati et al., 2016; Yang & Koroush, 2018), sintomas depressivos e ansiosos e psoríase (Innamorati et al., 2016), sintomas depressivos e acne (Kwak & Kim, 2017), sintomas obsessivo-compulsivos em pacientes dermatológicos (Demet et al., 2005), autoestima e acne (Gallitano & Berson, 2018), autoestima e psoríase, acne e dermatite atópica (Magin, Heading, Adams, & Pond, 2010), entre outros. Em meio a tantas investigações acerca dos aspectos psicológicos dessas dermatoses, o estresse tem figurado como um modelo explicativo consistente dessa relação, visto que as alterações orgânicas desencadeadas pela resposta do estresse têm sido associadas a implicações na saúde, principalmente no que diz respeito a aspectos imunológicos e condições dermatológicas (Calvetti et al., 2017; Faro, 2015; Lee, Kim, & Choi, 2015).

A carga de sofrimento psicológico ocasionada pelas doenças de pele e sua associação com psicopatologias tem sido notória. Observa-se que a atenção adequada aos aspectos psicológicos tem proporcionado melhora dos sintomas na condição dermatológica (Zill et al., 2018), o que indica melhor prognóstico e enfrentamento da doença. O ajustamento psicológico reflete a habilidade do indivíduo de enfrentar as demandas do ambiente (Seaton, 2009) e pode ser entendido como uma das faces do enfrentamento. Nesse sentido, destaca-se a relevância de investigações que busquem identificar variáveis psicológicas associadas ao ajustamento, a fim de se obter evidências que embasem intervenções psicológicas eficazes para pacientes com doenças de pele.

No presente trabalho foi conduzida uma revisão de literatura de caráter narrativo, visando a conceituar o campo da Psicodermatologia e destacar evidências atuais a respeito da relação entre variáveis psicológicas, ajustamento e doenças de pele, a fim de se propor uma agenda para investigações futuras. A revisão narrativa consiste em uma modalidade voltada para a discussão e desenvolvimento de determinado objeto, através da perspectiva teórica ou contextual (Rother, 2007). Não se demandam critérios sistemáticos de pesquisa ou metodologia realizada, pois o objetivo principal é apresentar as principais evidências identificadas pelo autor como mais relevantes. Contudo, como se espera de qualquer trabalho científico, preza-se pela organização do conhecimento baseado em aspectos conceituais e empíricos pertinentes acerca do objeto investigado, constituindo uma síntese teórico-analítica (Faro & Pereira, 2013).

Os objetivos da presente revisão narrativa foram: (a) caracterizar o campo da Psicodermatologia e da Psicologia da Saúde; (b) apresentar o mecanismo do estresse como modelo explicativo para a relação entre doenças de pele e aspectos psicológicos; (c) apontar algumas das principais doenças de pele e carga de sofrimento associada a elas; e (d) reunir evidências sobre variáveis psicológicas associadas ao ajustamento, destacando a importância de intervenções psicológicas frente a enfermidades dermatológicas.

Psicodermatologia e a atuação do psicólogo da saúde

A Psicodermatologia abrange diversos aspectos de como corpo e mente interagem entre si no que diz respeito ao início e progressão de várias condições dermatológicas, atentando-se também às implicações psicossociais desencadeadas por elas (Walker & Papadopoulos, 2005). Ao passo que a Dermatologia trata questões da pele, manifestadas externamente, psiquiatras e psicólogos trabalham com processos mentais relacionados a essas enfermidades. A área investiga relações entre pensamentos, comportamentos, emoções e componentes biológicos das doenças de pele, visando a compreender a associação entre aspectos psicológicos e somáticos (Rodríguez-Cerdeira, Pera-Grasa, Molares, Isa-Isa, & Arenas-Guzmán, 2011).

A Psicodermatologia avalia quatro classes de doenças de pele: desordens psicofisiológicas, desordens psiquiátricas primárias, desordens psiquiátricas secundárias e distúrbios sensoriais cutâneos (Connor, 2017; Nowak & Wong, 2016). Nas desordens psicofisiológicas, uma condição de pele é exacerbada por fatores psicológicos, como é o caso da dermatite atópica, acne, psoríase e outras. Desordens psiquiátricas primárias acontecem quando não há doença primária da pele, mas sim um transtorno psiquiátrico, e todas as manifestações cutâneas são autoinduzidas, a exemplo do Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) e psicose. Nas desordens psiquiátricas secundárias, os pacientes desenvolvem implicações psicológicas como consequência de ter doença de pele, por exemplo, transtornos depressivos e ansiosos em decorrência de condições como psoríase, acne ou vitiligo. Por fim, nos distúrbios sensoriais cutâneos existe apenas uma queixa sensorial, sem evidências de acometimento da pele ou qualquer outra condição médica subjacente, a exemplo do prurido psicogênico (Mavrogiorgou, Bader, Stockfleth, & Juckel, 2015).

Ainda que as discussões sobre a interação entre aspectos psicológicos e condições dermatológicas datem de uma época mais antiga, observa-se que estudos iniciais em Psicodermatologia emergiram na década de 1980, quando Koblenzer propôs um sistema de

classificação das principais categorias de psicodermatoses (Koblenzer, 1988; Ludwig et al., 2008; Walker & Papadopoulos, 2005). Esse período foi marcado pela transição epidemiológica, na qual as doenças predominantes deixaram de ser infecciosas e passaram a ser crônicas. Houve também uma fuga do modelo biomédico, que tentava explicar a vida de maneira cartesiana, voltando o foco para o corpo e seus sintomas e minimizando o papel do meio ambiente e das emoções (Matarazzo, 1980, 1982; Pais-Ribeiro, 2011). A partir de então, a atenção se voltou para o modelo biopsicossocial, o qual reconhece aspectos psicossociais como fundamentais para o processo de adoecimento e manutenção da saúde. Ademais, passou-se a reconhecer a influências dos processos mentais no adoecimento do corpo (Sapolsky, 2007; Walker & Papadopoulos, 2005).

A Psicologia da Saúde teve seu início formal em meados da década de 1970, havendo um aumento no interesse dos psicólogos pela temática na década de 1980, em função de alguns fatores. Dentre esses, pode-se citar a referida fuga do paradigma biomédico na explicação das doenças e da saúde, da referida transição epidemiológica, bem como pelo crescimento da preocupação com a qualidade de vida, prevenção e promoção de saúde (Matarazzo, 1980, 1982; Pais-Ribeiro, 2011). A Psicologia da Saúde trabalha para melhorar o ajustamento do indivíduo ao meio e a si mesmo, tencionando a proporcionar um enfrentamento mais favorável face às limitações impostas pelo adoecimento, bem como melhorar a qualidade e as condições de vida e saúde (Vilhena et al., 2014). Ainda que os mecanismos que interferem na precipitação e desenvolvimento das doenças de pele não estejam inteiramente estabelecidos, observa-se que um entendimento biopsicossocial do fenômeno, é fundamental para a terapêutica dos indivíduos acometidos (Ludwig et al., 2008), dando destaque para a atuação do psicólogo da saúde.

Ao longo do tempo, tem-se observado o quanto uso de técnicas psicoterapêuticas associadas ao cuidado da pele podem trazer benefícios ao tratamento das condições dermatológicas (Calveti et al., 2017; Jafferany & França, 2016; Zill et al., 2018). A psicoterapia

(adjunta ou não à psicofarmacoterapia) figura como umas das abordagens mais adequadas para o tratamento em Psicodermatologia (Nowak & Wong, 2016). Ao considerar que muitas vezes o foco da psicoterapia é o sintoma psicológico que causa ou exacerba a doença de pele, chama atenção a eficácia da Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) em casos de depressão e TOC associados às dermatoses nos últimos anos (Lewin, Wu, McGuire, & Storch, 2014; Mavrogiorgou et al., 2015). Porém, ainda que não existam evidências claras para todas as doenças de pele e implicações psicopatológicas, a combinação entre psicoterapia e medicação tem sido sugerida de modo consistente (Connor, 2017; Nowak & Wong, 2016). Outras formas de tratamento não medicamentosas também exibem benefícios, tais como a redução do estresse e a maior adesão à terapêutica farmacológica, gerando, em decorrência, melhora das lesões dermatológicas (Nowak & Wong, 2016; Zill et al., 2018).

Enfim, percebe-se a relevância de se discutir a associação entre doenças de pele e aspectos psicológicos, visando ao melhor entendimento das condições dermatológicas. Ao compreender a área de maneira adequada, identificando variáveis psicológicas importantes que influenciam o curso e enfrentamento das doenças de pele, facilita-se o desenvolvimento de intervenções psicológicas mais eficazes que auxiliem no tratamento dermatológico e promovam maior saúde aos indivíduos. Em seguida, são abordados aspectos referentes ao mecanismo do estresse, uma vez que ele tem se mostrado como importante hipótese explicativa de como corpo e mente interagem para que o adoecimento seja desencadeado.

Estresse, Psiconeuroimunologia e as doenças de pele

A relação entre doenças de pele e aspectos psicológicos ocorre de maneira dupla. Desordens psicológicas ou psiquiátricas, como estresse, transtornos depressivos e ansiosos, entre outros, podem desencadear ou agravar condições dermatológicas. A situação contrária também é verdadeira: o fato de possuir uma doença de pele pode levar a quadros de sofrimento psicológico (Connor, 2017; Mavrogiorgou et al., 2015). Quanto à essa associação, uma origem

embrionária comum entre pele e sistema nervoso central tem sido apontada, de modo que estes partilham neuromoduladores, peptídeos e sistema bioquímicos de informação interna, o que torna a pele altamente reativa a emoções (Jafferany & França, 2016; Rodríguez-Cerdeira et al., 2011; Tareen & Tareen, 2017).

O estresse tem se mostrado como um bom modelo explicativo da interface entre a dinâmica psicológica e o processo saúde-doença (Faro & Pereira, 2013). Isto porque muitas variáveis sociais e psicológicas que atuam como fatores de risco ou proteção no desenvolvimento de doenças são componentes ou consequências do estresse, ou ainda moderadores do fenômeno, podendo exercer influência na saúde (Contrada, 2011). As alterações biológicas derivadas da resposta do estresse estão associadas a impactos nos sistemas cardiovascular, imunológico e outros, o que implica em diversos problemas de saúde, como hipertensão, diabetes e depressão (Faro, 2015; Lee et al., 2015).

Fatores de risco são características passíveis de serem mensuradas do indivíduo, ou seja, suas relações ou contextos associados com o risco. Já fatores de proteção dizem respeito a características associadas a resultados desenvolvimentais positivos no contexto da adversidade (Sapienza & Pedromônico, 2005). Sendo assim, considera-se que o estresse crônico pode funcionar como fator de risco para o desenvolvimento ou agravamento das doenças de pele (Shonkoff et al., 2012), bem como acredita-se que algumas variáveis psicológicas possam funcionar como fatores de proteção frente às limitações impostas pelo adoecimento.

Estresse é um termo abrangente que pode abarcar diversos significados distintos. Como fator externo, contempla as adversidades cotidianas enfrentadas, ao passo que pode ser entendido também como resultado deste fenômeno externo, ou seja, as sensações e sentimentos desagradáveis advindos das atribulações da vida, exibidos através de sintomas, como falta de ar, dores, palpitações, desânimo, entre outros (Faro & Pereira, 2013; McEwen & Lasley, 2003). Trata-se de um fenômeno complexo, que corresponde a uma das variáveis mais relevantes no

tange à adaptação dos indivíduos às adversidades. Assim, o estresse consiste em um fenômeno psicossocial que afeta o funcionamento neuropsicológico, sendo a resposta do estresse ativada no organismo quando ocorre a percepção de uma ameaça (real ou imaginária) ou desafio que podem afetar os indivíduos de forma física e/ou psicológica (Faro & Pereira, 2013; Sapolsky, 2007).

Dentre as diversas abordagens que o mecanismo do estresse pode apresentar, na Psicologia da Saúde, em especial, as pesquisas direcionam-se para uma perspectiva de cunho cognitivo. A abordagem cognitiva do estresse buscou explicar as diferenças individuais, visto que, mesmo diante de estressores similares, indivíduos apresentavam respostas diferentes, bem como exibiam reações semelhantes diante de estressores distintos. Para a Psicologia da Saúde, esta perspectiva pareceu a mais adequada ao longo dos últimos anos, pois passou a investigar a influência dos processos psicológicos na resposta da interação indivíduo-meio (Faro & Pereira, 2013). Neste panorama, as respostas ao estresse são mobilizadas apenas frente a estímulos percebidos como ameaça, desafio, dano ou prejuízo. Além disso, a mediação cognitiva pode ser vista como a maior responsável pela variabilidade individual quanto ao estresse (Lazarus & Folkman, 1984).

Ao entender o estresse como peça fundamental no que tange à capacidade de adaptação, atualmente se aborda o conceito de alostase, resposta apresentada diante de eventos estressores agudos ou de curto prazo. Diferentemente da ideia da homeostase, de manutenção do funcionamento estável, equilibrado e constante, a alostase associa-se ao processo de regulação adaptativa que explica o uso de mais ou menos energia para determinadas funções orgânicas, a fim de que o corpo possa enfrentar de maneira mais favorável o evento ao qual encontra-se exposto. Dessa forma, a alostase é a capacidade que o organismo tem de se adaptar frente a situações estressoras (Carvalho, 2007).

A alostase, quando funciona normalmente, é o que nos possibilita manejar as mudanças no meio e nos ajustar a elas (McEwen & Lasley, 2003; Sousa, Silva, & Galvão-Coelho, 2015). No entanto, quando enfrentamos eventos estressores em demasia ou de forma crônica, nosso organismo excede a capacidade de lidar com o estresse e a alostase dá lugar à carga alostática. Neste caso, ao invés de a resposta ao estresse ocorrer de maneira adaptativa, ela passa a desgastar o organismo, sendo uma consequência negativa e prejudicial para a saúde (Faro, 2015; Lee et al., 2015). Como nos humanos a situação estressora pode continuar reverberando psicologicamente ainda que tenha encerrado fisicamente, prolonga-se a resposta ao estresse e promove-se o desgaste excessivo, que altera o funcionamento saudável do organismo.

Com o intuito de melhor explicar como ocorrem as interações entre os diversos sistemas orgânicos (comportamental, neural, endócrino e imunológico) no desencadeamento de respostas de defesa bem-sucedidas face um desafio adaptativo interno ou externo, emergiu o campo da Psiconeuroimunologia (Tareen & Tareen, 2017). A Psiconeuroimunologia busca explicar a forma como eventos estressores e emoções negativas influenciam o sistema imunológico, auxiliando a compreender as especificidades do processo adaptativo e a forma como corpo e mente interagem para que desequilíbrios causados pelo estresse crônico ou contínuo sejam prejudiciais para a saúde física e bem-estar mental.

Os sistemas imunológico e neuroendócrino, responsáveis pela manutenção da homeostase quando em contato com estresse, também possuem interface com a pele (Jafferany & França, 2016; Tareen & Tareen, 2017), o que explicaria a relação entre vivências estressoras e sintomas dermatológicos. A exemplo disso, há evidências do papel crucial do sistema imunológico no desenvolvimento da psoríase, pois foi constatado que, frente a estressores, determinadas substâncias (como citocinas) promovem e mantêm a inflamação da pele (Georgescu et al., 2019). Ademais, outros achados demonstraram a influência do eixo

hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA) na inflamação da pele, o que associou tal ocorrência a quadros de ansiedade e depressão (Connor, Liu, & Fiedorowicz, 2015).

Finalmente, vê-se que o estresse figura como possível fator de risco para o desenvolvimento de doenças, visto que altera o funcionamento do sistema imunológico e ativa descargas hormonais que afetam o funcionamento de nosso organismo (Contrada, 2011; McEwen & Lasley, 2003). Quando vividas de maneira excessiva e crônica, tais alterações podem desencadear o adoecimento, tornando o corpo mais suscetível a alergias, doenças autoimunes e inflamações dermatológicas, a exemplo da psoríase, dermatite atópica, acne e outras (Calvetti et al., 2017). Por tais razões, o estresse é concebido como um modelo explicativo para a relação entre variáveis psicológicas e as doenças de pele. Considerando o estresse como fator de risco para o agravamento das doenças de pele, compreende-se que esta seria uma das variáveis que o psicólogo da saúde poderia conhecer e intervir para melhorar a qualidade de vida desses pacientes.

Doenças de pele e sofrimento mental associado

De acordo com relatório *Global Burden of Disease* (GBD), a dermatite atópica, a acne vulgar e a psoríase encontram-se entre as principais dermatoses associadas aos dias vividos com incapacidade (Karimkhani et al., 2017). Além destas, o vitiligo também figura como uma doença de pele altamente associada ao sofrimento psicológico (Dalgard et al., 2015; Kossakowska, Ciescinska, Jaszewska, & Placek, 2009). Frente às diversas evidências referentes à cronicidade e carga de sofrimento psicológico e comprometimento ocasionados pelas doenças de pele, julgou-se relevante apresentar uma síntese dessas doenças, visando a ressaltar alguns achados importantes em relação às limitações acarretadas por estas.

Psoríase

A psoríase é uma condição crônica inflamatória da pele e articulações, de etiologia multifatorial e fator genético determinante, que tende a ser precipitada ou acentuada por

aspectos imunológicos, ambientais e psicológicos (Carneiro, Azulay-Abulafia, & Azulay, 2017; Consenso Brasileiro de Psoríase, 2012). No que concerne a sua epidemiologia, é passível de acontecer em qualquer faixa etária, contudo, tem sido mais prevalente entre as quinta e sexta décadas de vida. Sua prevalência mundial chega a 11,4% em alguns países, caracterizando-se como uma questão global de saúde pública (World Health Organization [WHO], 2016).

A psoríase é uma das dermatoses que mais acarreta prejuízos aos indivíduos acometidos. Os impactos podem afetar aspectos pessoais e processos psicológicos, como rebaixamento de humor, autoimagem, autoestima e bem-estar, dificuldades no sono, entre outros, quanto comprometimento na vida social, afetando lazer, relações interpessoais e vida laboral (Consenso Brasileiro de Psoríase, 2012; WHO, 2016; Yang & Kourosh, 2018). A psoríase tem sido altamente associada a quadros de sofrimento psicológico, como sintomas ansiosos, depressivos e quadros de ideação suicida ou suicídio (Dalgard et al., 2015; Gupta et al., 2017; Innamorati et al., 2016; Nowak & Wong, 2016). Aponta-se também a relação entre a psoríase e uma saúde física mais pobre (Innamorati et al., 2016), visto que a condição cutânea também se associa a outras comorbidades, como diabetes, hipertensão arterial, obesidade e sobrepeso e problemas cardiovasculares (Gupta et al., 2017; Yang & Kourosh, 2018), fatores que podem potencializar a ação danosa sobre o estado emocional.

Em estudo comparativo realizado com pacientes psoriáticos e indivíduos sem doenças de pele, o grupo clínico apresentou índices mais altos de alexitimia (dificuldade de expressar as emoções), ansiedade, depressão e compulsão alimentar, além de piores níveis de saúde física e mental (Innamorati et al., 2016). Os autores concluíram que a psoríase se associou a índices mais baixos de qualidade de vida e dificuldades severas de entendimento e regulação das emoções, concordando com outras evidências expostas. Há também achados sobre a relação entre nível de escolaridade e severidade da psoríase, de modo que a escolaridade mais alta tem figurado como fator protetivo em relação à qualidade de vida (Khawaja et al., 2015).

Quanto à sintomatologia depressiva, um levantamento realizado em 13 países europeus com diversos quadros dermatológicos mostrou que a psoríase foi a dermatose que apresentou maior prevalência de depressão (13,8%) em comparação a outras condições, a exemplo da dermatite atópica (10,1%) e da acne (5,7%). Quanto aos níveis de ansiedade, pacientes psoriáticos exibiram 22,7% de ocorrência, comparados a 17,6% em portadores de dermatite atópica e 15,1% naqueles com acne. Além disso, pacientes com psoríase também apresentaram maiores taxas de ideação suicida (17,3%), ao passo que aqueles com dermatite atópica (15%) e acne (12,3%) demonstraram menor ideação (Dalgard et al., 2015). Tais achados corroboram o sofrimento e incapacidade desencadeados pela psoríase, ressaltando a importância de investigações que enfoquem na relação entre essa condição e variáveis psicológicas.

Dermatite atópica

A dermatite atópica (DA), também chamada de eczema atópico, caracteriza-se como uma doença inflamatória crônica da pele, não contagiosa e de etiologia multifatorial. Trata-se de uma condição genética, permeada por alterações imunológicas e afetada por fatores ambientais e emocionais. A DA evolui por crises e ocorre em pacientes que sofrem de atopia, predisposição do sistema imunológico a reações de hipersensibilidade em resposta a antígenos comuns da alimentação e do ambiente (Vilar, Cestari, Azulay, & Azulay, 2017).

A frequência da tríade atópica (rinite, asma e dermatite atópica) tem crescido em todo o mundo nas últimas décadas. Sua prevalência diverge em função da localização geográfica, do clima, do nível socioeconômico e da poluição do ambiente (Vilar et al., 2017). A prevalência de DA em crianças varia de 15 a 20%, diminuindo para 1 a 3% na população adulta (Sousa et al., 2016). Dados obtidos no ISAAC (*International Study of Asthma and Allergies in Childhood*) demonstraram que, no Brasil, a prevalência da dermatite atópica é similar à de outras partes do mundo, variando de 10 a 15% (Vilar et al., 2017). A DA é uma dermatose que

tem prevalência mais comum em crianças, no entanto, a ocorrência em adultos tem sido associada a maior severidade do quadro clínico (Kwak & Kim, 2017).

O prurido é uma das características centrais da DA, sendo considerado uma das principais causas de morbidade dessa condição (Yaghmaie, Koudelka, & Simpson, 2013). A carga de sofrimento ocasionada pela DA inclui impactos na vida social, escolar/acadêmica (principalmente para crianças), laboral e na qualidade de vida como um todo, bem como impacto financeiro decorrente dos custos das medicações e idas ao médico (Kwak & Kim, 2017; Yang & Koroush, 2018). Quando atinge a vida adulta, a DA também afeta a vida sexual dos indivíduos acometidos (Misery et al., 2019).

Quanto à associação com psicopatologias, destacam-se evidências sobre a presença de sintomas depressivos e ansiosos nesses indivíduos, bem como risco significativamente aumentado para a prevalência de TDAH, distúrbios de conduta e autismo em crianças com DA (Yaghmaie et al., 2013). Ao comparar adolescentes e adultos portadores de DA a indivíduos sem acometimento cutâneo, observou-se que aqueles que sofriam com a condição apresentaram maior incidência e risco para desenvolvimento de transtornos depressivos e ansiosos (Cheng et al., 2015). Em suma, diante da carga de sofrimento psicológico ocasionada pela DA e estigmatização direcionada às pessoas que sofrem dessa doença, reitera-se a necessidade de investigação desta dermatose e de seus aspectos psicológicos relacionados, visto que são variáveis que acarretam expressivo impacto na qualidade de vida e exacerbam o sofrimento e a sintomatologia de desajustamento neste grupo.

Vitiligo

O vitiligo é uma condição de pele caracterizada pela presença de manchas acrômicas, usualmente bilaterais e simétricas, possuindo etiologia multifatorial (Aguinaga, Nakamura, & Azulay-Abulafia, 2017). Sua etiopatogenia deriva da interação entre fatores ambientais e genéticos que desencadeiam um mecanismo autoimune dos melanócitos da pele, isto é, de

destruição dos melanócitos. É passível de ocorrer em qualquer idade, sendo mais frequente na segunda ou terceira décadas de vida. Sua frequência é de cerca de 1% na população, não havendo acometimento específico por sexo ou raça (Aguinaga et al., 2017; Cupertino, Niemeyer-Corbellini, & Ramos-e-Silva, 2017).

Apesar de não desencadear incapacidade funcional, o vitiligo acarreta notável impacto psicológico e emocional no bem-estar dos pacientes acometidos, estando associado à autoimagem negativa e baixa autoestima (Aguinaga et al., 2017; Cupertino, et al., 2017). Em estudo com pacientes com vitiligo realizado no México, observou-se que 34% da amostra apresentava sintomas depressivos e 60% indicava sintomatologia ansiosa. Além disso, a qualidade de vida demonstrou correlação moderada com a depressão e a ansiedade (Morales-Sánchez, Vargas-Salinas, Peralta-Pedrero, Olguín-García, & Jurado-Santa Cruz, 2017).

Em função de suas lesões altamente expostas e visíveis, é comum que pacientes com vitiligo sofram preconceito e atitudes negativas. Além disso, destaca-se que a natureza crônica da condição, o tratamento a longo prazo e a ausência de uma terapia eficiente ocasionam diversas angústias para os pacientes. Ressalta-se também o fato de que uma atenção especial deve ser dada às mulheres e adolescentes, em função da visibilidade das lesões e impacto na autoestima e autoimagem (Cupertino et al., 2017). Por fim, entende-se que o comprometimento associado ao vitiligo não está direcionado apenas a implicações relativas apenas à autoimagem, desencadeando também sintomas depressivos e ansiosos nos indivíduos acometidos.

Acne

A acne (acne vulgar) é uma das condições crônicas de pele mais comuns (Gallitano & Berson, 2018). Ocorre pela obstrução ou inflamação dos folículos pilosos e glândulas sebáceas associadas, de modo que sua patogênese está fortemente relacionada a fatores genéticos e hormonais. As áreas usualmente afetadas são rosto, costas e parte superior do tórax, em função da maior densidade de folículos sebáceos (Azulay, Azulay-Abulafia, & Azulay, 2017).

A acne afeta 80% das pessoas em pelo menos algum momento da vida entre os 11 e os 30 anos de idade. Ainda que seja comum em todas as faixas etárias, apresenta maior prevalência entre adolescentes (Duman et al., 2016; Gallitano & Berson, 2018). Quanto ao acometimento por sexo, tem sido mais prevalente entre os homens na adolescência, mas se apresenta com maior frequência nas mulheres adultas (Mahto, 2017).

A condição associa-se a implicações psicossociais significativas, como baixa autoestima, imagem corporal alterada, isolamento social e depressão (Gallitano & Berson, 2018; Mahto, 2017). Nos casos que há impacto negativo na qualidade de vida, aumentam-se os riscos para ansiedade e depressão (Duman et al., 2016). Uma alta comorbidade com transtornos ansiosos é exibida em pacientes com acne, bem como transtornos depressivos (Dalgard et al., 2015; Nowak & Wong, 2016). Finalmente, em função dos prejuízos psicológicos desencadeados por essa condição, pontua-se sobre a relevância da assistência da Psicologia a tais pacientes, visando a um melhor ajustamento e qualidade de vida.

Variáveis psicológicas e mecanismos de ajustamento às doenças de pele

Considerando o fato de que a pele é o maior e mais visível órgão de nosso corpo, é comum que os indivíduos manifestem, através dela, sentimentos e emoções, a exemplo da ansiedade, impulsos agressivos, humor deprimido, tristeza, vergonha e até comportamentos autodestrutivos (por exemplo, escoriação das lesões) (Rodríguez-Cerdeira et al., 2011). Dentre as principais limitações apresentadas por pacientes dermatológicos, observam-se, por exemplo, dificuldade no manejo das emoções, impactos significativos na percepção da autoimagem, rebaixamento de autoestima, entre outros.

Frente ao comprometimento e limitações desencadeados pelas doenças de pele, entende-se a relevância de se discutir sobre mecanismos de ajustamento psicológico e algumas variáveis associadas a eles, bem como destacar a importância de intervenções psicológicas frente a condições dermatológicas. O ajustamento psicológico pode ser entendido tanto como um

processo quanto como um produto, estando associado à relação que o indivíduo estabelece com o meio e com suas demandas individuais (Seaton, 2009). Ao ser apreendido como processo, o ajustamento refere-se ao nível de adaptação relativa que é constituída diante dos desafios adaptativos. Como produto, o ajustamento consiste na qualidade desse enfrentamento, de modo que o desfecho pode apresentar-se como positivo ou negativo (Seaton, 2009). No que concerne ao contexto da Psicodermatologia, entende-se que algumas variáveis psicológicas podem associar-se a um enfrentamento positivo – ou melhor adaptativo – das doenças de pele, a saber, a regulação emocional e a autoestima, ao passo que os sintomas obsessivo-compulsivos podem estar relacionados a um enfrentamento pouco adaptativo.

Regulação emocional

Uma das variáveis associada às doenças de pele é a regulação emocional (RE), que consiste na habilidade ou estratégias que o indivíduo utiliza para enfrentar situações permeadas por intensidade emocional indesejada (Leahy, Tirch, & Napolitano, 2013). Duas principais estratégias de RE têm sido estudadas: a reavaliação cognitiva, capacidade de modificar o pensamento relativo à situação a fim de diminuir o impacto emocional da situação; e a supressão emocional, que diz respeito à não expressão das emoções (Appleton, Buka, Loucks, Gilman, & Kubzansky, 2013). Em função da influência que os aspectos emocionais, tanto positivos quanto negativos, desempenham na saúde das pessoas (Kossakowska et al., 2009; Stellar et al., 2015; Vilhena et al., 2014), torna-se importante investigar a forma como pacientes dermatológicos regulam suas emoções.

Emoções negativas persistentes ou crônicas podem desencadear o desequilíbrio do sistema nervoso autônomo, desregulando funções dos sistemas hormonal e imunológico (Kossakowska et al., 2009). Ao causar o mau funcionamento orgânico, emoções negativas podem levar ao adoecimento. Ademais, as emoções e o processo de regulação destas também têm sido relacionados a inflamações, de modo que afetos positivos e a reavaliação emocional

associam-se a níveis mais baixos de inflamação, ao passo que a supressão das emoções se relaciona a níveis mais elevados de inflamação (Appleton et al., 2013; Stellar et al., 2015).

Estudos confirmam a limitação em regular as emoções de pacientes dermatológicos, a exemplo de dificuldades de regulação emocional em pacientes psoriáticos (Ciuluvica, Amerio, & Fulcheri, 2014; Almeida et al., 2017; Innamorati et al., 2016). Ao comparar pacientes com psoríase àqueles acometidos por outras condições, como acne, vitiligo e dermatite atópica e indivíduos sem condição clínica, observaram-se médias mais altas em relação à supressão emocional, alexitimia, negação e desregulação das emoções (Ciuluvica et al., 2014).

A RE consiste em uma habilidade social necessária (Kossakowska et al., 2009), pois, ao passo que modula as experiências emocionais, que estão extrinsecamente associadas aos níveis de saúde, a RE pode funcionar como facilitadora no processo de ajustamento psicológico. Desse modo, auxilia no enfrentamento mais adequado ao adoecimento, melhorando a qualidade de vida e contribuindo para elevar os níveis de bem-estar.

Autoestima

A autoestima consiste em um conjunto de pensamentos e sentimentos autovalorativos, refletido através de atitudes positivas ou negativas em relação a si próprio (Hutz & Zanon, 2011). Em função de seu aspecto altamente visível, as doenças de pele costumam afetar significativamente a autoestima dos indivíduos acometidos. A exemplo, evidencia-se a relação entre autoestima e acne, de modo que, quanto maior a gravidade das lesões, menores os níveis de autoestima (Gallitano & Berson, 2018). Outro achado importante diz respeito ao impacto que as doenças de pele acarretam na vida sexual dos pacientes (Misery et al., 2019), associando-se também a questões referentes à autoestima. Em estudo qualitativo realizado com portadores de acne, psoríase e dermatite atópica, foram observados sentimentos de menos valia, medo de rejeição em função da aparência, baixa autoconfiança, gatilhos de estresse e vergonha por conta da exposição do corpo no ato sexual, entre outros (Magin et al., 2010).

É comum que pacientes com doenças de pele apresentem medo da estigmatização e avaliação negativa dos outros (Cupertino et al., 2017), o que pode levá-los ao isolamento e evitação de situações sociais (Yang & Kourosh, 2018). Os autores ressaltam que tal isolamento, a estigmatização e os impactos na autoestima desses pacientes estão fortemente associados à presença de sintomatologia depressiva e ansiosa. Por fim, entende-se que a autoestima pode ser considerada uma variável associada ao ajustamento psicológico, uma vez que construtos que mensuram o bem-estar funcionam como indicadores do ajustamento positivo (Seaton, 2009). No caso das doenças de pele, níveis mais reduzidos de autoestima têm sido relacionados a impactos negativos na saúde mental, indicando um ajustamento menos saudável à situação.

Sintomas obsessivo-compulsivos

Outro fator associado a dermatoses é a presença de sintomas obsessivo-compulsivos (SOC). Obsessões constituem-se como pensamentos ou imagens recorrentes experimentadas de modo intrusivo ou sem sentido. Compulsões são comportamentos repetitivos e intencionais executados para diminuir o corrente desconforto ou dano futuro, ocorrendo geralmente de forma irracional ou excessiva (Mavrogiorgou et al., 2015). Estima-se que até 25% dos pacientes que chegam aos médicos com queixas dermatológicas são acometidos pelo Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC), caracterizado principalmente pela presença maciça de SOC (Demet et al., 2005). Entretanto, destaca-se que estes sintomas podem estar presentes em outros diagnósticos que não apenas o TOC, como é o caso das doenças de pele.

Alguns achados apontam para a presença de condutas autodestrutivas, como manipular e escoriar suas lesões em pacientes dermatológicos (Consenso Brasileiro de Psoríase, 2012; Rodríguez-Cerdeira et al., 2011). O prurido ou coceira pode ser entendido como sensação que causa o desejo de coçar a pele (Criado & Criado, 2017), figurando como comportamento muito comum em condições dermatológicas, a exemplo da psoríase e dermatite atópica (Nowak & Wong, 2016; Yaghmaie et al., 2013). Muitas vezes a sensação do prurido pode ser diminuída

pela dor ocasionada pela escarificação da pele (Criado & Criado, 2017). Assim, considera-se que o prurido, em alguns casos, pode ser percebido como um comportamento obsessivo-compulsivo, quando exibido de modo excessivo e irracional, seguindo um padrão rígido e específico de funcionamento (Reppold, Gurgel, & Hutz, 2015).

O prurido tem estado presente em mais de 80% dos pacientes com psoríase, podendo impactar negativamente no estado psicossocial destes, associando-se a sintomas depressivos (Gupta, Gupta, Schork, & Ellis, 1994; Reich, Hrehorow, & Szebietowski, 2010), ansiosos (Gupta et al., 1994) e à presença de SOC (Zhu et al., 2016). Ademais, evidencia-se a presença de SOC em psoriáticos (Almeida et al., 2017; Demet et al., 2005). Apesar de se constituir como característica comum às doenças de pele, o prurido em excesso pode figurar como uma dificuldade de ajustamento frente à condição dermatológica. Portanto, a investigação de estratégias que visem à diminuição destes comportamentos obsessivo-compulsivos, tendo como objetivo melhor enfrentamento da psicodermatose, é um tema de pesquisa pertinente.

Considerações finais

A presente revisão narrativa objetivou caracterizar o campo da Psicodermatologia e da Psicologia da Saúde e apresentar o mecanismo do estresse como modelo explicativo para a relação entre doenças de pele e aspectos psicológicos. Além disso, teve o intuito de apontar algumas das principais doenças de pele e carga de sofrimento associada a elas, bem como exibir evidências sobre construtos psicológicos associados ao ajustamento, ressaltando a importância de intervenções psicológicas frente a condições dermatológicas.

No que diz respeito a Psicodermatologia, esta tem sido uma área de grande interesse nas investigações, principalmente na última década. Quanto à intervenção psicológica nas doenças de pele, diversas evidências têm apontado sua efetividade, eficácia e melhora referente à condição dermatológica (Dalgard et al., 2015; Jafferany & França, 2016; Nowak & Wong, 2016; Zill et al., 2018). Nesse sentido, a pertinência do trabalho conjunto e interdisciplinar entre

as especialidades da Dermatologia e Psicologia deve ser destacada (Calvetti et al., 2017), visando ao melhor entendimento das doenças de pele e promoção de intervenções adequadas.

O mecanismo do estresse tem explicado satisfatoriamente a relação entre corpo e mente, isto é, a forma como processos mentais e psicológicos associam-se ao acometimento dermatológico, seja na precipitação ou exacerbação das lesões. Isto porque a resposta ao estresse é responsável por alterações no funcionamento do organismo e, quando tais alterações ocorrem de maneira persistente e duradoura, o sistema imunológico torna-se mais vulnerável, podendo ocasionar o adoecimento (Contrada, 2011; McEwen & Lasley, 2003). As interações entre os sistemas orgânicos responsáveis pela resposta ao estresse têm sido explanadas de maneira consistente pela Psiconeuroimunologia (Tareen & Tareen, 2017).

Foram apontadas quatro doenças de pele que têm exibido fortes evidências de associação com o sofrimento psicológico: psoríase, dermatite atópica, vitiligo e acne. As variáveis apresentadas ao longo da revisão, a saber, regulação emocional, autoestima e sintomas obsessivo-compulsivos têm sido associadas a mecanismos de ajustamento e indicado significativo impacto na qualidade de vida dos indivíduos acometidos, ocasionando, inclusive, o agravamento das lesões da pele ou mesmo maior dificuldade de adesão ao tratamento dermatológico. Portanto, deve-se atentar ao fato de que intervenções eficazes direcionadas a estes construtos podem promover melhor ajustamento psicológico frente à vivência de uma psicodermatose. Entende-se que a intervenção da Psicologia da Saúde, considerando uma abordagem interdisciplinar das doenças (Ludwig et al., 2008), pode ser útil ao buscar compreender o funcionamento cognitivo e adaptativo de enfrentamento a essas condições, enfocando na elaboração de terapêuticas eficazes que visem ao cuidado à saúde mental e física dos indivíduos acometidos.

Assim, ressalta-se a notoriedade da investigação e compreensão do modo como determinadas variáveis, como a regulação emocional e suas estratégias, interferem no

funcionamento dos indivíduos, sobretudo em pacientes dermatológicos. Ao passo que a Psicologia passa a ter informações sobre características individuais que poderão ser trabalhadas, permite-se melhorar o ajustamento e qualidade de vida dos pacientes. Ademais, outro construto passível de investigação e ainda pouco estudado é a sintomatologia obsessiva-compulsiva. Observa-se tal relevância em função da ocorrência de prurido em muitas condições de pele, bem como por sua associação ao sofrimento psicológico, a exemplo de quadros de depressão, ansiedade e suicídio.

Como destaque da presente revisão, nota-se o impacto de se estudar o ajustamento psicológico às doenças de pele. Uma vez que a habilidade de manejar o adoecimento, ou seja, ajustar-se psicologicamente a ele, é expressivamente influenciada por fatores sociais e comportamentais, entende-se que a intervenção da Psicologia da Saúde é fundamental (Ludwig et al., 2008; Vilhena et al., 2014). Portanto, ao proporcionar ajustamento psicológico e enfrentamento adequados à condição de pele, a melhora no quadro mental ocasionará repercussões positivas para a saúde física, melhorando também os sintomas dermatológicos.

Referências

- Aguinaga, F., Nakamura, R. C., & Azulay-Abulafia, L. (2017). Acromias e hipocromias. In R. D. Azulay, D. R. Azulay & L. Azulay-Abulafia, *Dermatologia* (pp. 272-292). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 7a. ed.
- Almeida, V., Taveira, S., Teixeira, M., Almeida, I., Rocha, J., & Teixeira, A. (2017). Emotion regulation in patients with psoriasis: Correlates of disability, clinical dimensions, and psychopathology symptoms. *International Journal of Behavioral Medicine*, 24, 563-570. doi: 10.1007/s12529-016-9617-0

- Appleton, A. A., Buka, S. L., Loucks, E. B., Gilman, S. E., & Kubzansky, L. D. (2013). Divergent associations of adaptive and maladaptive emotion regulation strategies with inflammation. *Health Psychology, 32*(7), 748-756. doi:10.1037/a0030068
- Azulay, D. R., Azulay-Abulafia, L., & Azulay, R. D. (2017). Acne e doenças afins. In R. D. Azulay, D. R. Azulay & L. Azulay-Abulafia, *Dermatologia* (pp. 1339-1370). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 7a. ed.
- Calvetti, P. U., Rivas, R. S. J., Coser, J., Barbosa, A. C. M., & Ramos, D. (2017). Aspectos biopsicossociais e qualidade de vida de pessoas com dermatoses crônicas. *Psicologia, Saúde & Doenças, 18*(2), 297-307. doi: 10.15309/17psd180202
- Carneiro, S., Azulay-Abulafia, L., & Azulay, D. R. (2017). Dermatoses eritematoescamosas. In R. D. Azulay, D. R. Azulay & L. Azulay-Abulafia, *Dermatologia* (pp. 322-364). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 7a. ed.
- Carvalho, S. R. (2007). A carga alostática: Uma revisão. *Cadernos Saúde Coletiva, 15*(2), 257-274.
- Cheng, C.-M., Hsu, J.-W., Huang, K.-L., Bai, Y.-M., Su, T.-P., Li, C.-T., . . . , Chen, M.-H. (2015). Risk of developing major depressive disorder and anxiety disorders among adolescents and adults with atopic dermatitis: A nationwide longitudinal study. *Journal of Affective Disorders, 178*, 60-65. doi: 10.1016/j.jad.2015.02.025
- Ciuluvica, C., Amerio, P., & Fulcheri, M. (2014). Emotion regulation strategies and quality of life in dermatologic patients. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, 127*, 661-665. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.03.331
- Clark, M., Gong, M., & Kaciroti, N. (2014). A model of self-regulation for control of chronic disease. *Health Education & Behavior, 41*(5), 499-508. doi: 10.1177/109019811454770

- Connor, C. J. (2017). Management of the psychological comorbidities of dermatological conditions: practitioners' guidelines. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology*, *10*, 117-132. doi: 10.2147/CCID.S111041
- Connor, C. J., Liu, V., & Fiedorowicz, J. G. (2015). Exploring the physiological link between psoriasis and mood disorders. *Dermatology Research and Practice*, Article ID 409637. doi: 10.1155/2015/409637
- Contrada, R. J. (2011). Stress, adaptation, and health. In R. J. Contrada & A. Baum (Orgs.), *The handbook of stress science: Biology, psychology, and health* (pp. 1-9). New York: Springer.
- Consenso Brasileiro de Psoríase. (2012). *Guias de avaliação e tratamento* (2a. ed.). Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Dermatologia. Recuperado de http://formsus.datasus.gov.br/novoimgarq/24326/4057388_345331.pdf
- Criado, P. R., & Criado, R. F. J. (2017). Prurido. In R. D. Azulay, D. R. Azulay & L. Azulay-Abulafia, *Dermatologia* (pp. 246-264). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 7a. ed.
- Cupertino, F., Niemeyer-Corbellini, J. P., & Ramos-e-Silva, M. (2017). Psychosomatic aspects of vitiligo. *Clinics in Dermatology*, *35*, 292-297. doi: 10.1016/j.clindermatol.2017.01.001
- Dalgard, F. J., Gieler, U., Tomas-Aragones, L., Lien, L., Poot, F., Jemec, G. B. E., ..., Kupfer, J. (2015). The Psychological Burden of Skin Diseases: A Cross-Sectional Multicenter Study among Dermatological Out-Patients in 13 European Countries. *Journal of Investigative Dermatology*, *135*, 984-991. doi:10.1038/jid.2014.530
- Demet, M. M., Deveci, A., Taskin, E. O., Ermertcan, A. T., Yurtsever, F., Deniz, F., . . . , & Ozturkcan, S. (2005). Obsessive-compulsive disorder in a dermatology outpatient clinic. *General Hospital Psychiatry*, *27*, 426-430. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2005.04.006

- Duman, H., Topal, I. O., Kocaturk. E., & Duman, M. A. (2016). Evaluation of anxiety, depression, and quality of life in patients with acne vulgaris, and quality of life in their families. *Dermatologica Sinica*, *34*, 6-9. doi: 10.1016/j.dsi.2015.07.002
- Faro, A. (2015). Estresse e distresse: Estudo com a Escala de Faces em Aracaju (SE). *Temas em Psicologia*, *23*(2), 341-354. doi: 10.9788/TP2015.2-08
- Faro, A. & Pereira, M. E. (2013). Estresse: Revisão narrativa da evolução conceitual, perspectivas teóricas e metodológicas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *14*, 78-100.
- Gallitano, S. M., & Berson, D. S. (2018). How acne bumps cause the blues: The Influence of acne vulgaris on self-esteem. *International Journal of Women's Dermatology*, *4*, 12-17. doi: 10.1016/j.ijwd.2017.10.004
- Georgescu, S.-R., Tampa, M., Caruntu, C., Sarbu, M.-I., Mitran, C.-I., Mitran, M.-I., . . . , Neagu, M. (2019). Advances in understanding the immunological pathways in psoriasis. *International Journal of Molecular Sciences*, *20*, 739. doi: 10.3390/ijms20030739
- Gupta, M. A., Gupta, A. K., Schork, N., & Ellis, C. (1994). Depression modulates pruritus perception: A study of pruritus in psoriasis, atopic dermatitis, and chronic idiopathic urticaria. *Psychosomatic Medicine*, *56*, 36-40.
- Gupta, M. A., Pura, D. R., Vujcic, B., & Gupta, A. K. (2017). Suicidal behaviors in the dermatology patient. *Clinics in Dermatology*, *35*, 302-311. doi: 10.1016/j.clindermatol.2017.01.006
- Hay, R. J., Johns, N. E., Williams, H. C., Bolliger, I. W., Dellavalle, R. P., Margolis, D. J., . . . , Naghavi, M. (2014). The Global Burden of Skin Disease in 2010: An analysis of the prevalence and impact of skin conditions. *Journal of Investigative Dermatology*, *134*, 1527-1534. doi: 10.1038/jid.2013.446
- Hutz, C. S., & Zanon, C. (2011). Revisão de adaptação, validação e normatização da Escala de Autoestima de Rosenberg. *Avaliação Psicológica*, *10*, 41-49.

- Innamorati, M., Quinto, R. M., Imperatori, C., Lora, V., Graceffa, D., Fabbriatore, M., . . . , Bonifati, C. (2016). Health-related quality of life and its association with alexithymia and difficulties in emotion regulation in patients with psoriasis. *Comprehensive Psychiatry*, *70*, 200-208. doi: 10.1016/j.comppsy.2016.08.001
- Jafferany, M., & França, K. (2016). Psychodermatology: Basics concepts. *Acta Dermato-Venereologica*, *96*(217), 35-37. doi: 10.2340/00015555-2378.
- Karimkhani, C., Dellavalle, R. P., Coffeng, L. E., Flohr, C., Hay, R. J., Langan, S. M., . . . , Naghavi, M. (2017). Global skin disease morbidity and mortality: An update from the Global Burden of Disease Study 2013. *JAMA Dermatology*, *153*(5), 406-412. doi: 10.1001/jamadermatol.2016.5538
- Khawaja, A. R., Bokhari, S. M. A., Rasheed, T., Shahzad, A., Hanif, M., Qadeer, F., & Jafferany, M. (2015). Disease severity, quality of life, and psychiatric morbidity in patients with psoriasis with reference to sociodemographic, lifestyle, and clinical variables: A prospective, cross-sectional study from Lahore, Pakistan. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, *17*(3), e1-e8. doi: 10.4088/PCC.14m01629
- Koblenzer, C. (1988). Stress and the skin: significance of emotional factors in dermatology. *Stress Medicine*, *4*, 21-26.
- Kossakowska, M. M., Ciescinska, C., Jaszewska, J., & Placek, W. J. (2009). Control of negative emotions and its implication for illness perception among psoriasis and vitiligo patients. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, *24*(4), 1-5. doi: 10.1111/j.1468-3083.2009.03432.x
- Kwak, Y., & Kim, Y. (2017). Health-related quality of life and mental health of adults with atopic dermatitis. *Archives of Psychiatric Nursing*, *31*, 516-521. doi: 10.1016/j.apnu.2017.06.001
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

- Leahy, R. L., Tirsch, D., & Napolitano, L. A. (2013). Por que a regulação emocional é importante? Em R. L. Leahy, D. Tirsch & L. A. Napolitano, *Regulação emocional em psicoterapia: Um guia para o terapeuta cognitivo-comportamental* (pp. 19-36).
- Lee, D. Y., Kim, E., & Choi, M. H. (2015). Technical and clinical aspects of cortisol as a biochemical marker of chronic stress. *BMB Reports*, 48(4), 209-216.
- Lewin, A. B., Wu, M. S., McGuire, J. F., & Storch, E. A. (2014). Cognitive behavior therapy for obsessive-compulsive and related disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 37(3), 415-445. doi: 10.1016/j.psc.2014.05.002.
- Ludwig, M. W. B., Muller, M. C., Redivo, L. B., Calvetti, P. U., Silva, L. M., Hauber, L. S., & Facchin, T. H. J. (2008). Psicodermatologia e as intervenções do psicólogo da saúde. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 16, 37-42.
- Magin, P., Heading, G., Adams, J., & Pond, D. (2010). Sex and the skin: A qualitative study of patients with acne, psoriasis and atopic eczema. *Psychology, Health & Medicine*, 15(4), 454-462. doi: 10.1080/13548506.2010.484463
- Mahto, A. (2017). Acne vulgaris. *Medicine*, 45(6), 386-389. doi: 10.1016/j.mpmed.2017.03.003
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine. *American Psychologist*, 35(9), 807-817.
- Matarazzo, J. D. Behavioral health's challenge to academic, scientific and professional psychology. *American Psychologist*, 37, 1-14.
- Mavrogiorgou, P., Bader, A., Stockfleth, E., & Juckel, G. (2015). Obsessive-compulsive disorder in dermatology. *Journal of the German Society of Dermatology*, 13(10), 991-999. doi: 10.1111/ddg.12781
- McEwen, B. S. & Lasley, E. N. (2003). *O fim do estresse como nós o conhecemos*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

- Misery, L., Seneschal, J., Reguiat, Z., Merhand, S., Héas, S., Huet, F., . . . Ezzedine, K. (2019). The impact of atopic dermatitis on sexual health. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 33(2), 428-432. doi: 10.1111/jdv.15223
- Morales-Sánchez, M. A., Vargas-Salinas, M., Peralta-Pedrero, M. L., Olguín-García, M. G., & Jurado-Santa Cruz, F. (2017). Impact of vitiligo on quality of life. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 108(7), 637-642.
- Nowak, D. A., & Wong, S. M. (2016). DSM-5 update in psychodermatology. *Skin Therapy Letter*, 21(3), 4-8.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2011). A psicologia da saúde. In R. F. Alves (Org.), *Psicologia da saúde: Teoria, intervenção e pesquisa* (pp. 23-64). Campina Grande: EDUEPB.
- Reich, A., Hrehorow, E., & Szepietowski, J. C. (2010). Pruritus is an important factor negatively influencing the well-being of psoriatic patients. *Acta Dermato-Venereologica*, 90(3), 257-263. doi: 10.2340/00015555-0851
- Reppold, C. T., Gurgel, L. G., & Hutz, C. S. (2015). Construção e validação da Escala de Obsessões e Compulsões para adolescentes. *Avaliação Psicológica*, 14, 89-96. doi: 10.15689/ap.2015.1401.10
- Rodríguez-Cerdeira, C., Pera-Grasa, J. T., Molares, A, Isa-Isa, R., & Arenas-Guzmán, R. (2011). Psychodermatology: past, present and future. *The Open Dermatology Journal*, 5, 21-27.
- Rother, E. T. (2007). Revisão sistemática x revisão narrativa. [Editorial]. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(2), vi. doi: 10.1590/S0103-21002007000200001
- Sapienza, G., & Pedromônico, M. R. M. (2005). Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo*, 10(2), 209-216.
- Sapolsky, R. M. (2007). *Por que as zebras não têm úlceras?* São Paulo: Francis.

- Seaton, C. L. (2009). Psychological adjustment. In S. J. Lopez (Ed.), *The Encyclopedia of Positive Psychology* (pp. 796-800). Oxford: Blackwell Publishing.
- Shonkoff, J. P., Garner, A. S., Siegel, B. S., Dobbins, M. I., Earls, M. F., McGuinn, L., ... Wood, D. L. (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, *129*, e232-e246. doi: 10.1542/peds.2011-2663
- Sousa, K. C. A., Pereira, A. S. A., Bezerra, A. L. D., Sousa, M. N. A., Isidório, U. A., & Assis, E. V. (2016). Prevalência dos sintomas da dermatite atópica em adolescentes. *Journal of Medicine and Health Promotion*, *1*(3), 233-242. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/318648338_PREVALENCIA_DOS_SINTOMAS_DA_DERMATITE_ATOPICA_EM_ADOLESCENTES/download
- Sousa, M. B. C., Silva, H. P. A., & Galvão-Coelho, N. L. (2015). Resposta ao estresse: I. Homeostase e teoria da alostase. *Estudos de Psicologia*, *20*, 2-11. doi: 10.5935/1678-4669.20150002
- Stellar, J. E., John-Henderson, N., Anderson, C. L., Gordon, A. M., McNeil, G. D., & Keltner, D. (2015). Positive affect and markers of inflammation: Discrete positive emotions predict lower levels of inflammatory cytokines. *Emotion*, *15*(2), 129. doi:10.1037/emo0000033
- Tareen, R. S., & Tareen, K. N. (2017). Psychoneuroimmunology of Stress and Psychodermatologic Disorders. In K. França & M. Jafferany (Eds.), *Stress and Skin Disorders: Basic and Clinical Concepts* (pp. 1-10). Switzerland: Springer.
- Vilar, A. N., Cestari, S. C. P., Azulay, D. R., & Azulay, R. D. (2017). Eczemas. In R. D. Azulay, D. R. Azulay & L. Azulay-Abulafia, *Dermatologia* (pp. 383-429). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 7a. ed.
- Vilhena, E., Pais-Ribeiro, J. L., Silva, I., Pedro, L., Meneses, R. F., Cardoso, H., . . . , Mendonça, D. (2014). Factores psicossociais preditivos de ajustamento à vida de pessoas com doenças crónicas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *15*, 220-233. doi: 10.15309/14psd150118

- Walker, C. & Papadopoulos, L. (Eds.). (2005). *Psychodermatology: The psychological impact of skin diseases*. Cambridge University Press.
- World Health Organization [WHO]. (2016). Global report on psoriasis. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204417/1/9789241565189_eng.pdf.
- Yaghmaie, P., Koudelka, C. W., & Simpson, E. L. (2013). Mental health comorbidity in patients with atopic dermatitis. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, *131*, 428-433. doi: 10.1016/j.jaci.2012.10.041
- Yang, C. Y., & Kourosh, A. S. (2018). Inflammatory skin disorders and self-esteem. *International Journal of Women's Dermatology*, *4*, 23-26. doi: 10.1016/j.ijwd.2017.09.006
- Zhu, T. H., Nakamura, M., Farahnik, B., Abrouk, M., Reichenberg, J., Bhutani, T., & Koo, J. (2016). Obsessive-compulsive skin disorders: A novel classification based on degree of insight. *Journal of Dermatological Treatment*. doi: 10.1080/09546634.2016.1240864
- Zill, J. M., Christalle, E., Tillenburg, N., Mrowietz, U., Augustin, M., Härter, M., & Dirmaier, J. (2018). Effects of psychosocial interventions on patient-reported outcomes in patients with psoriasis: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Dermatology*. Advance online publication. doi: 10.1111/bjd.17272

- Capítulo 2-

Estudo 2

Revisão integrativa sobre a associação entre regulação emocional, transtornos depressivos e transtornos ansiosos²

Resumo

A presente revisão integrativa da literatura objetivou levantar evidências acerca da relação entre regulação emocional, transtornos depressivos e transtornos ansiosos. As bases de dados utilizadas foram SCOPUS, PsycINFO, PubMed, SciELO e PePSIC. Utilizou-se a plataforma Rayyan como ferramenta para auxílio da análise dos artigos selecionados, com base no modelo PRISMA. Os termos inseridos para a busca foram: *emotional regulation*, *emotion regulation*, *depression* e *anxiety*, bem como seus correspondentes em espanhol e português. Quanto ao critério temporal, artigos de todos os anos foram avaliados. Após utilização dos critérios de seleção, dez artigos compuseram a amostra final do levantamento. As análises realizadas foram divididas em duas categorias: (1) características bibliométricas e metodológicas e (2) análise de conteúdo. Os principais resultados mostraram que, no que concerne à amostra, 40% dos estudos foram realizados com mulheres e 40% utilizaram amostra clínica. Quanto à mensuração da depressão e ansiedade, a maioria das escalas foram instrumentos de rastreamento de sintomas. Junto ao uso do Questionário de Regulação Emocional (QRE) para avaliar a regulação emocional, observou-se pontuação acima da média para a reavaliação cognitiva, de modo que as amostras clínicas exibiriam escores mais baixos para esta estratégia. A pontuação para supressão emocional também foi considerada acima da média, com maior índice exibido em amostra clínica. A relação positiva entre supressão emocional, ansiedade e depressão foi ratificada em 70% dos estudos, ao passo que a correlação negativa entre reavaliação, ansiedade e depressão foi confirmada em 80% dos casos. Os achados da revisão reiteram a importância da regulação emocional na predição de transtornos depressivos e ansiosos. Concluiu-se, portanto, sobre o uso da RE como indicador de saúde e como variável relevante para identificar e tratar as supracitadas psicopatologias, visando à promoção de saúde.

Palavras-chave: regulação emocional; depressão; ansiedade; revisão de literatura; psicologia da saúde.

Abstract

This integrative literature review aimed to raise evidence about the relationship between emotional regulation, depressive disorders, and anxiety disorders. The databases used were SCOPUS, PsycINFO, PubMed, SciELO, and PePSIC. The Rayyan platform was used as a tool to aid the analysis of the selected articles, based on the PRISMA model. The search terms were: emotional regulation, emotion regulation, depression, and anxiety, as well as their Spanish and Portuguese counterparts. Regarding the temporal criterion, articles from all years were evaluated. After using the selection criteria, ten articles composed the final sample of the

² Manuscrito ainda não submetido para publicação.

survey. The analyses performed were divided into two categories: (1) bibliometric and methodological characteristics and (2) content analysis. The main results showed that, regarding the sample, 40% of the studies were conducted with women and 40% used a clinical sample. Concerning the measurement of depression and anxiety, most scales were symptom tracking instruments. Along with the use of Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) to assess emotional regulation, an above-average score for cognitive reevaluation was observed, besides that clinical samples exhibited lower scores for this strategy. The emotional suppression score was also considered above average, with the highest index displayed in a clinical sample. The positive relationship between emotional suppression, anxiety, and depression was confirmed in 70% of the studies, while the negative correlation between reevaluation, anxiety, and depression was confirmed in 80% of the cases. The findings of this review reiterate the importance of emotional regulation in predicting depressive and anxiety disorders. Therefore, it was concluded the use of ER as a health indicator and as a relevant variable to identify and treat the aforementioned psychopathologies, aiming at health promotion.

Keywords: emotional regulation; depression; anxiety; literature review; health psychology.

Resumen

Esta revisión de la literatura tuvo como objetivo recabar evidencia sobre la relación entre la regulación emocional, los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad. Las bases de datos utilizadas fueron SCOPUS, PsycINFO, PubMed, SciELO y PePSIC. La plataforma Rayyan se utilizó como herramienta para ayudar al análisis de los artículos seleccionados, en base al modelo PRISMA. Los términos de búsqueda fueron: regulación emocional, depresión y ansiedad, así como sus homólogos españoles y portugueses. En cuanto al criterio temporal, se evaluaron artículos de todos los años. Después de utilizar los criterios de selección, 10 artículos compusieron la muestra final de la encuesta. Los análisis realizados se dividieron en dos categorías: (1) características bibliométricas y metodológicas y (2) análisis de contenido. Los principales resultados mostraron que, con respecto a la muestra, el 40% de los estudios se realizaron con mujeres y el 40% utilizó una muestra clínica. En cuanto a la medición de la depresión y la ansiedad, la mayoría de las escalas eran instrumentos de seguimiento de síntomas. Junto con el uso del Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ) para evaluar la regulación emocional, se observó una puntuación superior a la media para la reevaluación cognitiva, de modo que las muestras clínicas exhibirían puntuaciones más bajas para esta estrategia. El puntaje de supresión emocional también se consideró por encima del promedio, con el índice más alto mostrado en una muestra clínica. La relación positiva entre supresión emocional, ansiedad y depresión se confirmó en el 70% de los estudios, mientras que la correlación negativa entre reevaluación, ansiedad y depresión se confirmó en el 80% de los casos. Los resultados de la revisión reiteran la importancia de la regulación emocional en la predicción de los trastornos depresivos y de ansiedad. Se concluyó, por lo tanto, sobre el uso de RE como un indicador de salud y como una variable relevante para identificar y tratar las psicopatologías mencionadas, con el objetivo de promover la salud.

Palabras clave: regulación emocional; depresión ansiedad revisión de literatura; Psicología de la salud.

Introdução

A regulação emocional (RE) tem sido um construto altamente estudado na Psicologia da Saúde. Em busca simples pelos termos “*emotion regulation*” e “*emotional regulation*” na base de dados *Web of Science* (novembro de 2019), 17.204 (14.510 referentes ao primeiro termo e 2.694 ao segundo) artigos foram encontrados, sendo 15.417 nos últimos dez anos. Além de haver um aumento nos estudos sobre esta temática na última década (Forkmann et al., 2014; Gómez-Ortiz, Romera, Ortega-Ruiz, Cabello, & Fernández-Berrocal, 2016; Gross, 2014), observa-se que as pesquisas sobre RE têm focado principalmente em aspectos relacionados à saúde e ao desenvolvimento de psicopatologias (Ioannidis & Siegling, 2015). Assim, entende-se que este construto passou a ser considerado interessante indicador de saúde mental (Hu et al., 2014; Zawadzki, 2015).

A RE pode ser entendida como processo pelo qual modulamos nossas experiências emocionais cotidianas (Gross, 1998b). Isto quer dizer que, por meio de determinadas estratégias, podemos modificar respostas emocionais a determinadas situações. Um dos principais teóricos que tem investigado a RE é o psicólogo James Gross. Seu modelo de regulação emocional é chamado de “modelo processual”, sendo constituído por cinco pontos fundamentais: seleção de situações, modificação de situações, desenvolvimento da atenção, mudança cognitiva e modulação da resposta (Gross, 1998b). Esta abordagem teórica foi escolhida como teoria basal deste estudo em razão de ser uma das mais citadas até então. Os artigos primários introduzindo o modelo (Gross, 1998a, 1998b) foram citados 11.937 vezes de acordo com o Google Acadêmico até novembro de 2019, ao passo que outras teorias foram bem menos referenciadas (*Cognitive Emotion Regulation* – Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2001: 1809 citações; *Desregulação Emocional* – Gratz & Roemer, 2004: 5196 citações).

No que concerne ao modelo processual, Gross (2014) explica que a abordagem mais prospectiva da RE é a seleção de situações, porque envolve a tomada de ações que fazem com

que seja mais (ou menos) provável acabar em uma situação que se espera e que origine emoções desejáveis (ou indesejáveis). A modificação de situações diz respeito à alteração direta de uma situação externa (física), visando a alterar seu impacto emocional. O desenvolvimento da atenção consiste em voltar a atenção a uma determinada situação para influenciar as emoções. A mudança cognitiva se refere à modificação de como uma pessoa avalia uma situação, a fim de alterar seu significado emocional, mudando também a maneira como se pensa sobre a situação ou sobre a capacidade de gerenciar as demandas que ela apresenta. Por fim, ocorre a modulação da resposta, com o intuito de influenciar diretamente os componentes experienciais, comportamentais ou fisiológicos da resposta emocional (Gross, 1998b, 2014).

O modelo de RE de Gross trabalha com duas estratégias basais: a reavaliação cognitiva e a supressão emocional. A primeira se refere à habilidade de alterar a vivência emocional ao modificar uma crença ou pensamento. A segunda concerne na mudança da experiência emocional em função da não expressão das emoções (John & Gross, 2004). A escolha dessas estratégias ocorreu em função de três aspectos fundamentais: (1) utilização de estratégias que fossem comumente usadas no dia a dia; (2) estratégias que pudessem ser manipuladas experimentalmente e que permitissem a análise de diferenças individuais; e (3) inclusão de um exemplo de estratégia focada em antecedentes (reavaliação) e estratégia focada em respostas (supressão), fatores centrais para o modelo teórico (Gross & John, 2003; John & Gross, 2004).

A reavaliação cognitiva tem sido associada ao aumento de vivências positivas e redução de vivências negativas e supressão relacionada ao aumento de vivências negativas e redução de vivências positivas (Batistoni, Ordonez, Silva, Nascimento, & Cachioni, 2013; Hu et al., 2014; Ioannidis & Siegling, 2015; John & Gross, 2004). No que concerne à associação entre a RE e os transtornos depressivos (TD) e ansiosos (TA), a reavaliação cognitiva tem se relacionado com a diminuição dos sintomas depressivos e saúde mental positiva, ao passo que a supressão é responsável pelo aumento dos sintomas depressivos e saúde mental negativa (Aldao, Nolen-

Hoeksema, & Schweizer, 2010; Hu et al., 2014; John & Gross, 2004). Uma vez que o estudo da RE possui implicações clínicas importantes, entende-se a necessidade de uma compreensão mais acurada do modo como essas estratégias impactam o risco para o desenvolvimento de psicopatologias diversas (d'Arbeloff et al., 2018).

Com o intuito de tornar as investigações acerca da RE mais robustas, desenvolveu-se um instrumento visando a mensurar suas duas principais estratégias, a reavaliação e supressão (Gross & John, 2003). O Questionário de Regulação Emocional (QRE; *Emotional Regulation Questionnaire* – ERQ) é composto por dez questões, sendo seis voltadas para a reavaliação e quatro voltadas para a supressão. De acordo com revisão de literatura, o QRE tem apresentado boas propriedades psicométricas ao longo dos anos (Ioannidis & Siegling, 2015), sendo considerado satisfatório no rastreamento das estratégias de RE propostas por Gross. O QRE foi validado para o Brasil por Batistoni et al. (2013), exibindo boas evidências psicométricas e estabilidade temporal.

Considerando que a RE é um construto que tem sido altamente estudado, principalmente na área da Psicologia da Saúde (Hu et al., 2014), bem como diante das evidências apresentadas sobre a associação entre a RE e desfechos de saúde mental, julgou-se pertinente realizar um levantamento da literatura científica acerca das evidências dessa relação. Isso se argumenta com base nas evidências de que a RE tem demonstrado capacidade preditiva diante da mensuração de psicopatologias, possuindo, portanto, relevância clínica para o estudo e intervenção frente a essas condições (d'Arbeloff et al., 2018; Ioannidis & Siegling, 2015).

A fim de mapear os dados existentes e obter maior compreensão sobre como as estratégias de RE influenciam o risco para o desencadeamento de psicopatologias em grupos distintos, nesta pesquisa se realizou uma revisão integrativa da literatura. Esta modalidade consiste na revisão do conhecimento existente, a fim de se aprofundar no entendimento de um fenômeno específico. Para tanto, procede-se uma revisão crítica, rigorosa e sistemática da

literatura científica existente, a partir de um problema de pesquisa formulado. A partir daí, resultados e conclusões de pesquisas anteriores serão sumarizados e discutidos (Broome, 2000).

Este artigo teve como objetivo realizar uma revisão integrativa da literatura, visando a responder à seguinte pergunta norteadora: quais os achados de pesquisa existentes sobre a relação entre a regulação emocional (estratégias de reavaliação cognitiva e supressão emocional), segundo o modelo teórico de Gross, e transtornos depressivos e/ou ansiosos? Ademais, buscou-se: (a) analisar os componentes bibliométricos, metodológicos e de conteúdo dos estudos; (b) comparar as diferenças existentes entre as estratégias de RE por sexo, idade/faixa etária e presença ou ausência de condição clínica; e (c) evidenciar possíveis lacunas na literatura, realizando sugestões para investigações futuras.

Método

A coleta de dados foi realizada durante o mês de agosto de 2019, nas bases de dados SCOPUS, PsycINFO, PUBMED, SciELO.org e PePSIC. Foram utilizadas como palavras-chave os seguintes descritores: “*emotional regulation*” ou “*emotion regulation*” (título) e “*anxiety*” ou “*depression*” (título e resumo). Os descritores foram utilizados em inglês e, apenas nas bases de dados SciELO e PePSIC, utilizou-se os termos equivalentes em espanhol e português, a fim de levantar resultados.

Foram delimitados como critérios de inclusão: idioma (pesquisas em português, inglês ou espanhol), tempo (sem limite de anos), áreas – nas bases de dados em que foi possível (Psicologia, Ciências Sociais, Medicina, Neurociências, Artes e Humanidades, Enfermagem, Profissões da Saúde e Multidisciplinar) –, tipo de documento (apenas artigos empíricos), estudos realizados somente em seres humanos e artigos de acesso aberto ou texto completo disponível. Vale destacar que as bases de dados foram acessadas através da plataforma Periódicos CAPES, que disponibiliza o ‘Acesso CAFE’, o qual possibilita a captação de artigos de bases de dados conveniadas ao sistema. Os critérios de exclusão utilizados foram: artigos

duplicados, artigos que não investigavam os construtos estudados ou que não os mensuravam psicometricamente e artigos que não respondessem à pergunta norteadora.

A busca inicial apresentou 564 artigos, dos quais 204 eram provenientes da SCOPUS (36,2%), 193 da PUBMED (34,2%), 119 da PsycINFO (21,1%), 47 da SciELO.org (8,3%) e 1 da PePSIC (0,2%). Após leitura dos títulos e dos resumos foram excluídos: artigos duplicados ($n = 277$), revisões ($n = 16$), estudos com não-humanos ($n = 03$), estudos que não mensuravam as variáveis investigadas ($n = 97$), estudos que não mensuravam RE, transtornos depressivos ou ansiosos ($n = 37$), metanálises ($n = 02$), estudos de caso ($n = 01$) e artigos aos quais não se obteve acesso ao texto completo ($n = 02$). Para inclusão dos artigos na amostra final, um juiz foi consultado. A plataforma *Rayyan* (Ouzzani, Hammady, Fedorowicz, & Elmagarmid, 2016) foi usada durante esse processo para a seleção de artigos. Após a primeira limpeza, restaram 129 artigos. Todos os estudos foram lidos na íntegra, sendo excluídos aqueles que não respondiam ao problema de pesquisa (ou seja, artigos que não utilizaram o QRE como instrumento de mensuração emocional foram excluídos). Por fim, após todas as exclusões, restaram 10 artigos para compor a amostra final do estudo (Figura 1).

Inserir Figura 1

Elaborou-se uma ficha a fim de analisar dados bibliométricos, metodológicos e de conteúdo. Na análise bibliométrica, avaliou-se o perfil das produções no que se refere a: ano e país de publicação, idioma, periódico e área do conhecimento. A análise metodológica objetivou a sumarização de características amostrais das publicações, a saber: delineamento do estudo, quantitativo da amostra, sexo dos participantes, idade (com média e desvio-padrão) e/ou faixa etária dos participantes, contexto do estudo (tipo de amostra), presença ou ausência de quadro clínico. Por fim, analisou-se o conteúdo dos artigos, visando a extrair resultados significativos passíveis de comparações.

Resultados

A Tabela 1 apresenta o agrupamento dos principais achados dos estudos que compuseram a revisão integrativa de literatura.

Inserir Tabela 1

Aspectos bibliométricos e metodológicos

Os estudos do presente levantamento foram realizados na última década, especialmente nos últimos cinco anos, a saber: um estudo em 2009 (E1 – Eftekhari Zoellner, & Vigil), quatro estudos em 2014 (E2 – Marino et al.; E3 – Subic-Wrana et al.; E4 – Aker, Harmer, & Landrø; E5 – Forkmann et al.), um estudo em 2016 (E6 – Horn & Maercker), um estudo em 2017 (E7: Troy et al.) e três estudos em 2018 (E8 – Menezes & Faro; E9 – Juretić; E10 – Yen et al.). Seis estudos pertenciam a periódicos da área da Psicologia (E1, E2, E5, E6, E7, E8), dois estudos eram de periódicos da Psiquiatria (E4 e E9) e dois estudos constituíam periódicos Interdisciplinares (E3 e E10). Quanto à faixa etária, a maioria dos estudos foi realizada com jovens e adultos, entre 18 e 36 anos. No que se refere ao sexo dos participantes, 40% dos estudos foram realizados apenas com mulheres (vale ressaltar que o E8 foi composto por três estudos, sendo dois deles realizados somente com mulheres).

Sobre o tipo de amostra, 40% dos estudos foram realizados com amostra clínica, a saber: pacientes com doenças inflamatórias intestinais (E8), pacientes anteriormente deprimidos e grupo controle sem depressão (E4), pacientes com depressão (E5) e indivíduos com transtornos de abuso de internet e jogos e grupo controle (sem condição clínica - E10). No que concerne às amostras não-clínicas, 30% dos estudos foram realizados com estudantes universitários (E1, E2 e E9) e 30% tiveram como respondentes pessoas na comunidade (E3, E6 e E7). Após somar a quantidade de participantes de todos os estudos, observou-se que 3.745 indivíduos foram avaliados a fim de obter evidências acerca da associação entre RE, TA e TD. A maior amostra diz respeito a um estudo populacional realizado na Alemanha, contando com 1.858 participantes. A menor amostra também pertenceu a um estudo realizado na Alemanha, com 44

pacientes com depressão, internos de uma clínica. Quanto ao delineamento dos estudos, 90% das investigações incluídas no levantamento possuíam delineamento transversal, ao passo que apenas 10% apresentou delineamento longitudinal (E5). Vale salientar que, das investigações levantadas, apenas uma foi realizada no Brasil (E8).

A depressão e a ansiedade foram mensuradas simultaneamente em seis estudos (E1, E3, E4, E8, E9 e E10), três estudos mensuraram apenas depressão (E5, E6, E7) e um estudo avaliou somente a ansiedade (E2) em relação à regulação emocional. O Inventário Beck de Depressão (BDI) foi utilizado em três estudos (E1, E5, E7 – estudo 1 e 2 –), três estudos utilizaram a *Center for Epidemiological Scale – Depression* (CES-D; E6, E7 – estudo 3 –, E10), dois estudos utilizaram a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS; E3 e E8) e dois estudos utilizaram a BDI-II (E4 e E9) para mensurar depressão. Para mensuração da ansiedade, dois estudos utilizaram o Inventário de Ansiedade Estado-Traço (STAI; E1 e E2), dois estudos utilizaram a HADS (E3 e E8) e um estudo utilizou o Inventário Beck de Ansiedade (BAI; E4).

Destaca-se que os estudos E4 e E5, compostos por amostra com transtorno depressivo, utilizaram instrumentos para diagnóstico da depressão, a saber: MINI (*International Neuropsychiatric Interview* 6.0 – E4) e *International Diagnostic Checklists* (IDCLs – E5). As escalas de rastreamento supracitadas (BDI para o E5 e BDI-II para o E4) foram utilizadas para quantificar os sintomas depressivos apresentados.

Análise de conteúdo

Caracterização da regulação emocional

Nesta categoria de análise buscou-se levantar as características apresentadas pelas estratégias de regulação emocional (reavaliação cognitiva e supressão emocional), a partir do uso do Questionário de Regulação Emocional (QRE). O QRE é composto por duas subescalas: a de reavaliação cognitiva, cuja pontuação varia de 6 a 42 pontos, e a de supressão emocional, com variação de pontuação de 4 a 28 pontos. Quanto maior o escore de reavaliação, maior uso

de comportamentos adaptativos, ao passo que o escore mais elevado da supressão indica a apresentação de comportamentos mal-adaptativos.

Alguns estudos expuseram a média da RE entre os participantes (E3, E4, E8, E10), ao passo que apenas dois realizaram a comparação entre grupos distintos (E4 e E10). No E3, realizado com uma amostra populacional representativa da Alemanha, a média geral de reavaliação cognitiva foi 24,4 ($DP = 5,90$). O E8, composto por amostra clínica de pacientes com doenças inflamatórias intestinais no Brasil, exibiu pontuação média de 31,0 pontos ($DP = 6,33$) para a reavaliação. Quanto ao E4, que comparou mulheres previamente deprimidas com aquelas sem depressão, observou-se maior média para reavaliação ($M = 30,6$; $DP = 6,50$) no grupo controle do que o grupo anteriormente deprimido ($M = 28,1$; $DP = 6,80$), havendo diferença significativa entre os grupos ($t_{(171)} = -2,49$; $p = 0,014$). No E10, que comparou indivíduos com transtorno de abuso de internet e jogos e amostra não clínica, o grupo clínico apresentou 31,0 pontos ($DP = 5,43$) para reavaliação, ao passo que o grupo controle exibiu 33,1 ($DP = 4,87$), sendo a diferença entre as médias significativa (reavaliação: $t = -2,64$; $p = 0,009$).

A média da supressão emocional foi 17,7 pontos ($DP = 5,10$) para o E3 e 18,0 pontos ($DP = 6,10$) para o E8. No E4, o grupo previamente deprimido exibiu escores mais elevados para supressão ($M = 12,9$; $DP = 4,80$) do que o grupo controle ($M = 11,1$; $DP = 3,90$), havendo diferença nas médias ($t_{(171)} = 2,37$; $p = 0,019$). Quanto ao E10, o grupo clínico obteve 19,2 pontos ($DP = 3,40$) para supressão, ao passo que o grupo controle apresentou 17,9 pontos ($DP = 3,74$), exibindo diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($t = 2,29$; $p = 0,020$).

Diante desses resultados, pode-se observar que a menor média de reavaliação cognitiva foi obtida no E3 (24,4 pontos), em amostra populacional da Alemanha. A média mais alta foi exibida pelo grupo controle do E10 (33,1 pontos), constituído por indivíduos sem transtorno de abuso de internet e jogos. Ainda, as médias de reavaliação apresentadas por grupos clínicos (E8, E4 e E10) foi similar, variando entre 28 e 31 pontos. Considerando que o ponto médio da

subescala de reavaliação cognitiva é de 21 pontos, todos os artigos levantados apresentaram pontuação acima da média. No entanto, observa-se que, no geral, as amostras clínicas exibiram reavaliação cognitiva menos elevada do que as amostras não-clínicas.

A maior média para supressão emocional foi observada no grupo clínico do E10, composto por pessoas com transtorno de abuso de jogos e internet (19,2 pontos). Com exceção do E4, realizado com mulheres previamente deprimidas (12,9 pontos) e grupo controle sem depressão (11,1 pontos), que exibiu baixas médias para supressão, o E3 e o E8 apresentaram pontuações similares para a supressão, assim como o grupo controle do E10, variando de 17,7 a 18,0 pontos. Uma vez que a pontuação média para a subescala de supressão é de 14 pontos, apenas o E4 obteve pontuação abaixo da média. Por fim, destaca-se que não houve um padrão em relação aos outros achados da supressão.

Associação entre regulação emocional, transtornos depressivos e transtornos ansiosos

A presente categoria de análise objetivou sumarizar os dados referentes à associação entre as estratégias de regulação emocional e transtornos depressivos e ansiosos. Dos estudos investigados, 80% associaram positivamente a supressão emocional a transtornos depressivos e/ou ansiosos, dos quais sete apresentaram resultados significativos desta relação (E3, E8, E1, E4, E5, E9 e E10). Os estudos E8 e E4 investigaram a relação através da regressão logística, de modo que no E8 pacientes com doenças inflamatórias intestinais que tiveram alta pontuação para supressão revelaram quase cinco vezes mais chances de possuir depressão ($OR = 4,7; p < 0,001$). No E4, a supressão também elevou as chances de possuir depressão ($OR = 1,1; p = 0,048$). O E10 realizou regressão linear, apontando que a supressão previu significativamente a ansiedade nos grupos clínico ($p = 0,010$) e controle ($p < 0,001$), assim como esteve associada à predição da depressão (clínico: $p = 0,002$; controle: $p < 0,001$).

Quanto à reavaliação cognitiva, 90% dos artigos levantados relacionaram esta estratégia com ansiedade e/ou depressão, de modo que oito deles exibiram uma correlação negativa

estatisticamente significativa (E2, E3, E8, E1, E4, E7, E5 e E10); ou seja, quanto maior o escore da reavaliação, menores os índices de depressão e ansiedade apresentados. No E8, pacientes com doença inflamatória intestinal que pontuaram mais baixo na escala de reavaliação exibiram maior chance de depressão ($OR = 1,5; p = 0,035$). Nos estudos E7 e E10 foram realizadas regressões lineares. O E7 utilizou o *status* socioeconômico como variável moderadora da relação entre RE, TA e TD, indicando associação de escores mais elevados de reavaliação cognitiva com menos sintomas depressivos apenas para aqueles com *status* socioeconômico baixo ($p < 0,001$). No E10, a reavaliação teve poder preditivo sob a ansiedade no grupo com transtorno de abuso de internet e jogos ($p = 0,002$) e no grupo controle ($p < 0,001$), bem como previu a depressão em ambos os grupos (clínico: $p < 0,001$; controle: $p < 0,001$), a saber: quanto menor a reavaliação, maiores os sintomas depressivos e ansiosos.

No E5, que objetivou investigar em que medida a Terapia Cognitivo-Comportamental influenciava na RE de pacientes com depressão, observou-se uma correlação positiva entre a supressão emocional e a depressão antes ($\rho = 0,34; p = 0,020$) e depois ($\rho = 0,39; p = 0,010$) da intervenção cognitivo-comportamental. Já a estratégia de reavaliação cognitiva não exibiu associação com a depressão em si, mas apresentou correlação positiva com a mudança de sintomas após a intervenção ($\rho = 0,30; p = 0,050$).

Observou-se que a supressão emocional esteve associada positivamente aos transtornos depressivos e/ou ansiosos em 70% dos estudos, indicando que, quanto maiores os índices de depressão, maior a sintomatologia psicopatológica presente. Já a reavaliação estabeleceu uma relação negativa em 80% dos achados, de modo que, quanto mais elevada esta estratégia, menores os sintomas depressivos e ansiosos apresentados. Vale destacar que, no E8, realizado com amostra de pacientes com doença inflamatória intestinal, a alta supressão esteve relacionada a quase cinco vezes mais chances de possuir depressão.

Diferenças por sexo quanto às estratégias de regulação emocional

Esta categoria objetivou apresentar as diferenças por sexo existentes no uso das estratégias de regulação emocional. O E3, estudo populacional realizado na Alemanha, foi o único que realizou a comparação entre homens e mulheres. Esta investigação utilizou a variável ‘nível de consciência emocional’ como mediadora entre a relação da RE, TD e TA. Os níveis 1 e 2 dizem respeito à consciência emocional implícita, que consiste em sensações corporais e estado de tensão. Os níveis 3 a 5 representam estados explícitos de consciência emocional, que possibilitam ao sujeito estar consciente dos estados de sentimento e expressá-los verbalmente.

Dentre os resultados apresentados, mulheres com consciência emocional implícita apresentaram a correlação mais alta entre supressão, depressão ($r = 0,260$; $p < 0,001$) e ansiedade ($r = 0,266$; $p < 0,001$). Além disso, aquelas com consciência emocional explícita exibiram a maior correlação entre reavaliação, ansiedade ($r = -0,179$; $p < 0,001$) e depressão ($r = -0,205$; $p < 0,001$). Nos homens, a maior correlação entre supressão e depressão foi exibida na amostra geral, sem mediação da consciência emocional ($r = 0,200$; $p = 0,001$). A maior correlação entre supressão e ansiedade foi observada naqueles com consciência emocional explícita ($r = 0,104$; $p < 0,050$), e a pontuação mais alta para a correlação entre reavaliação e depressão ocorreu naqueles com consciência emocional implícita ($r = -0,173$; $p < 0,050$). A reavaliação não demonstrou correlação significativa com a ansiedade nos homens ($p > 0,050$). Ademais, a maior média para reavaliação em homens ($M = 24,4$; $DP = 6,22$) e mulheres ($M = 24,9$; $DP = 5,91$) foi observada nas pessoas com consciência emocional explícita, ao passo que os índices mais altos de supressão foram observados naqueles com consciência emocional implícita (homens: $M = 18,4$; $DP = 4,65$; mulheres: $M = 18,2$; $DP = 5,91$).

Destaca-se que, nas mulheres, o uso elevado da supressão e a baixa utilização da reavaliação cognitiva estiveram mais associados à depressão e ansiedade do que nos homens. No entanto, os homens exibiram maior média para supressão emocional. Ademais, observa-se

que o nível de consciência emocional funcionou como uma variável mediadora relevante acerca da associação entre RE e psicopatologias.

Discussão

Os estudos do presente levantamento aconteceram majoritariamente nos últimos cinco anos, confirmando o crescimento desta área de estudo e a relevância de se investigar estratégias de regulação emocional atreladas aos transtornos depressivos e transtornos ansiosos. Além disso, a maior parte das investigações foram realizadas na área da Psicologia, conforme esperado. No entanto, destaca-se que apenas um estudo ocorreu no Brasil, revelando uma lacuna em produções nacionais sobre o assunto. Quanto ao delineamento das investigações, observou-se que somente uma delas foi longitudinal. Assim, revela-se a necessidade de que mais estudos sejam feitos nessa área a fim de compreender como a regulação emocional se comporta ao longo do tempo, visto que existem evidências quanto à sua modificação ao longo da vida (Aldao et al., 2010; John & Gross, 2004).

A amostra de todos os estudos foi composta por adultos, em especial, na faixa etária dos 18 aos 36 anos. A proposta de se estudar a RE no decorrer do ciclo vital se deve em função da aquisição de repertório de experiências com o passar do tempo, que podem influenciar na modulação das emoções (Aldao et al., 2010; John & Gross, 2004). Além disso, observa-se que ao longo da infância e adolescência o cérebro ainda está em maturação, proporcionando desenvolvimento no padrão de processamento emocional (Charles & Carstensen, 2014). Apesar destas evidências, o presente levantamento mostrou que estudos empíricos utilizando o Questionário de Regulação Emocional têm sido incomuns em outras fases da vida que não em jovens adultos. Assim sendo, pode-se afirmar que ainda não se conhece de modo suficientemente bom o funcionamento das estratégias do modelo processual de Gross em crianças, adolescentes e idosos. Ressalta-se que a faixa etária pode funcionar como variável moderadora da RE (Aldao et al., 2010), reforçando a necessidade de compreensão deste

construto e sua relação com psicopatologias em grupos etários distintos. Diante de novos achados a esse respeito, tornar-se-á viável comparar jovens adultos e outras fases do ciclo vital, proporcionando mais evidências sobre padrões de RE ao longo da vida.

O presente levantamento mostrou que a regulação emocional também tem sido estudada em amostras clínicas, a saber: pacientes com doenças inflamatórias intestinais (E8: Menezes & Faro, 2018), pacientes com depressão (E4: Aker et al., 2014; E5: Forkmann et al., 2014) e transtorno de abuso de internet e jogos (E10: Yen et al., 2018). Na década passada, John e Gross (2004) já destacavam a necessidade de investigar a RE em amostras não saudáveis, visando a compreender o funcionamento das estratégias em populações distintas. Ao comparar amostras não-clínicas e clínicas, observou-se escores mais baixos de reavaliação cognitiva neste último grupo, além de que a maior média de supressão emocional foi encontrada em amostra clínica (E10). Destaca-se que uma das razões pelas quais populações não-clínicas exibem menor associação entre estratégias de RE e psicopatologias do que amostras clínicas se deve ao fato de a população em geral possuir maior flexibilidade para uso das estratégias de RE (Aldao et al., 2010). A flexibilidade diz respeito à capacidade de implementar estratégias de RE adequadas às demandas contextuais (Aldao, Sheppes, & Gross, 2015). Isso significa que, quando os indivíduos possuem a habilidade de modular a resposta emocional de acordo com o contexto, é provável que eles utilizem menos estratégias mal-adaptativas e tenham menos vivências danosas para a saúde.

A literatura tem demonstrado diferenças quanto à RE entre homens e mulheres (Gross & John, 2003; John & Eng, 2014). Apesar desta comparação ter sido feita somente em um estudo do presente levantamento (E3), observou-se que a elevada utilização da estratégia de supressão emocional e o uso reduzido da reavaliação cognitiva estiveram mais associados à depressão e ansiedade nas mulheres do que nos homens. Entretanto, tais achados dizem respeito a mulheres com consciência emocional implícita, que tem sido associada à vivência de elevados

afetos negativos (Subic-Wrana et al., 2014). Assim sendo, entende-se que os níveis de consciência emocional podem ter funcionado como mediadores da relação entre RE e psicopatologias. Ademais, homens apresentaram maior escore para supressão do que as mulheres, o que pode ser explicado pelo fato de que homens apresentam a tendência a suprimir suas emoções em função de aspectos socioculturais (John & Eng, 2014; Teixeira, Silva, Tavares, & Freire, 2015), visto que a masculinidade está atrelada à não expressão das emoções.

No que concerne à associação entre regulação emocional, transtornos depressivos e transtornos ansiosos, os achados desta investigação corroboraram a literatura (Aldao et al., 2010). A supressão emocional esteve positivamente associada aos transtornos depressivos e ansiosos em 70% dos estudos levantados (E3, E8, E1, E4, E5, E9 e E10), ao passo que a reavaliação cognitiva se associou negativamente aos transtornos depressivos e ansiosos em 80% dos estudos (E2, E3, E8, E1, E4, E7, E5 e E10), conforme esperado. A reavaliação cognitiva tem sido atrelada a melhores desfechos de saúde em função de ocorrer mais cedo no processo de geração de emoções (Eftekhari et al., 2009). Já a supressão relaciona-se ao desenvolvimento de psicopatologias em razão de ser mais custosa fisiologicamente do que a reavaliação. Ao suprimir emoções, alguns sistemas do nosso corpo são ativados, como o cardiovascular e o sistema nervoso simpático, assim como suprime-se o sistema imunológico, o que pode ser danoso para o nosso organismo (Gross, 1998a; John & Gross, 2004; Patel & Patel, 2019; Troy, Brunner, Shallcross, Friedman, & Jones, 2018).

Em síntese, observou-se que a estratégia de supressão emocional esteve majoritariamente relacionada ao aumento da sintomatologia depressiva e ansiosa, que podem ser danosas à saúde física e mental. Em contrapartida, a estratégia de reavaliação cognitiva correlacionou-se com a diminuição de sintomas depressivos e ansiosos, confirmando-se como estratégia considerada adaptativa e protetiva para a saúde. Evidenciou-se uma lacuna na produção no que diz respeito à associação entre RE, TA e TD, bem como a necessidade de mais

estudos ao longo do ciclo vital. Acredita-se também ser importante realizar estudos sobre a RE em grupos distintos, visando a compreender como as estratégias de regulação emocional se comportam em contextos diferentes. A análise dos estudos levantados permitiu a integração do conhecimento científico elaborado sobre este tema, reunindo evidências que serão subsídios para a prática de psicólogos e demais profissionais da saúde no âmbito da prevenção e promoção de saúde.

Algumas limitações podem ser citadas em relação ao presente levantamento. Em primeiro lugar, destaca-se a utilização apenas de artigos de acesso aberto e daqueles disponibilizados pelo portal Periódicos CAPES, o que implica em estes resultados não refletirem necessariamente a totalidade da produção no assunto. Ademais, observa-se que a maioria dos estudos utilizou apenas escalas de rastreamento para mensurar os sintomas depressivos e ansiosos, não realizando o diagnóstico clínico da ansiedade e da depressão.

Havia um interesse em comparar, nos estudos de regressão, os impactos preditivos das variáveis, no entanto, nem todos os trabalhos forneceram os indicadores estatísticos necessários para comparar os achados. A exemplo disto, no E10, em que foi realizada regressão linear, não se apresentou o escore padronizado (β), o que inviabilizou a comparação com o E7. Neste caso, sugere-se que novas investigações ofereçam a estatística descritiva e inferencial dos resultados com maior detalhamento, a fim de permitir possíveis comparações entre estudos diferentes.

Por fim, entende-se que o presente levantamento reforçou achados quanto à associação entre regulação emocional, transtornos depressivos e transtornos ansiosos, confirmando sua relevância como indicador de saúde mental. Nesse sentido, observa-se a utilidade do uso das estratégias de RE, em especial, a reavaliação cognitiva, em intervenções visando ao desenvolvimento de fatores protetivos frente à ansiedade e depressão. Além disso, destaca-se a necessidade de que mais estudos sejam realizados no país, com o objetivo de compreender o

funcionamento das estratégias de RE em diferentes amostras brasileiras, o que enriquece a literatura científica e possibilita comparação entre diferentes contextos.

Referências

(Os estudos incluídos na revisão integrativa encontram-se destacados com um *)

- *Aker, M., Harmer, C., & Landrø, N. I. (2014). More rumination and less effective emotion regulation in previously depressed women with preserved executive functions. *BMC Psychiatry, 14*, 334. doi: 10.1186/s12888-014-0334-4
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*(2), 217-237. doi: 10.1016/j.cpr.2009.11.004
- Aldao, A., Sheppes, G., & Gross, J. J. (2015). Emotion regulation flexibility. *Cognitive Therapy and Research, 39*, 263-278. doi: 10.1007/s10608-014-9662-4
- Batistoni, S. S. T., Ordonez, T. N., Silva, T. B. L., Nascimento, P. P. P., & Cachioni, M. (2013). Emotional Regulation Questionnaire (ERQ): Indicadores psicométricos e relações com medidas afetivas em amostra idosa. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 26*, 10-18. doi: 10.1590/S0102-79722013000100002
- Broome, M. E. (2000). Integrative literature reviews for the development of concepts. In B. L. Rodgers & K. A. Knafl, *Concept development in nursing: Foundations, techniques, and applications* (pp. 231-250, 2nd ed.). Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- Charles, S. T., & Carstensen, L. L. (2014). Emotion regulation and aging. In J. J. Gross, *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 203-218, 2nd ed.). The Guilford Press: NY.
- d'Arbeloff, T. C., Freedy, K. R., Knodt, A. R., Radtke, S. R., Brigidi, B. D., & Hariri, A. R. (2018). Emotion regulation and the experience of future negative mood: The importance

- of assessing social support. *Frontiers in Psychology*, 9, 2287. doi: 10.3389/fpsyg.2018.02287
- *Eftekhari, A., Zoellner, L. A., & Vigil, S. A. (2009). Patterns of emotion regulation and psychopathology. *Anxiety Stress Coping*, 22(5), 571-586. doi: 10.1080/10615800802179860
- *Forkmann, T., Scherer, A., Pawelzik, M., Mainz, V., Druke, B., Boecker, M., & Gauggel, S. (2014). Does cognitive behavior therapy alter emotion regulation in inpatients with a depressive disorder? *Psychology Research and Behavior Management*, 7, 147-153. doi: 10.2147/PRBM.S59421
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation, and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30, 1311-1327. doi: 10.1016/S0191-8869(00)00113-6
- Gómez-Ortiz, O., Romera, E. M., Ortega-Ruiz, R., Cabello, R., & Fernández-Berrocal, P. (2016). Analysis of emotion regulation in Spanish adolescents: Validation of the Emotion Regulation Questionnaire. *Frontiers in Psychology*, 6, 1959. doi: 10.3389/fpsyg.2015.01959
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54. doi: 10.1007/s10862-008-9102-4
- Gross, J. J. (1998a). Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 224-237. doi: 10.1037/0022-3514.74.1.224
- Gross, J. J. (1998b). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299.

- Gross, J. J. (2014). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. In J. J. Gross, *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 03-20, 2nd ed.). The Guilford Press: NY.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 85*(2), 348-362. doi: 10.1037/0022-3514.85.2.348
- *Horn, A. B., & Maercker, A. (2016). Intra- and interpersonal emotion regulation and adjustment symptoms in couples: The role of co-brooding and co-reappraisal. *BMC Psychology, 4*, 51. doi: 10.1186/s40359-016-0159-7
- Hu, T., Zhang, D., Wang, J., Mistry, R., Ran, G., & Wang, X. (2014). Relation between emotion regulation and mental health: A meta-analysis review. *Psychological Reports: Measures & Statistics, 114*(2), 341-362. doi: 10.2466/03.20.PR0.114k22w4
- Ioannidis, C. A., & Siegling, A. B. (2015). Criterion and incremental validity of the Emotion Regulation Questionnaire. *Frontiers in Psychology, 6*, 247. doi: 10.3389/fpsyg.2015.00247
- John, O. P., & Eng, J. (2014). Three approaches to individual differences in affect regulation: conceptualizations, measures, and findings. In J. J. Gross, *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 321-345, 2nd ed.). The Guilford Press: NY.
- John, O. P., & Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality, 72*(6), 1301-1334.
- *Juretić, J. (2018). Quality of close relationships and emotional regulation regarding social anxiety. *Psychiatria Danubina, 30*(4), 441-451. doi: 10.24869/psyd.2018.441
- *Marino, J., Silva, J. D., Luna, F. G., & Mesas, A. A. (2014). Evaluación conductual de la regulación emocional: La habilidad en reevaluación y supresión y su relación con el control ejecutivo-semántico y la inteligencia emocional. *Revista Neuropsicología Latinoamericana, 6*(3), 55-65. doi: 10.5579/rnl.2014.0212

- *Menezes, M. S., & Faro, A. (2018). Sintomatologia depressiva e regulação emocional em pacientes com doença de crohn e retocolite ulcerativa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 19(3), 743-754. doi: 10.15309/18psd190321
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan – A web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, 5, 210. doi: 10.1186/s13643-016-0384-4
- Patel, J., & Patel, P. (2019). Consequences of repression of emotion: Physical health, mental health and general well-being. *International Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 1(3), 16-21. doi: 10.14302/issn.2574-612X.ijpr-18-2564
- *Subic-Wrana, C., Beutel, M. E., Brähler, E., Stöbel-Richter, Y., Knebel, A., Lane, R. D., & Wiltink, J. (2014). How is emotional awareness related to emotion regulation strategies and self-reported negative affect in the general population? *PLoS ONE*, 9(3), e91846. doi: 10.1371/journal.pone.0091846
- Teixeira, A., Silva, E., Tavares, D., & Freire, T. (2015). Portuguese validation of the Emotion Regulation Questionnaire for Children and Adolescents (ERQ-CA): Relations with self-esteem and life satisfaction. *Child Indicators Research*, 8, 605-621. doi: 10.1007/s12187-014-9266-2
- Troy, A. S., Brunner, A., Shallcross, A. J., Friedman, R., & Jones, M. C. (2018). Cognitive reappraisal and acceptance: Effects on emotion, physiology, and perceived cognitive costs. *Emotion*, 18, 58-74. doi: 10.1037/emo0000371
- *Troy, A. S., Ford, B. Q., McRae, K., Zorolia, P., & Mauss, I. (2017). Change the things you can: Emotion regulation is more beneficial for people from lower than from higher socioeconomic status. *Emotion*, 17, 141-154. doi: 10.1037/emo0000210

*Yen, J.-Y., Yeh, Y.-C., Wang, P.-W., Liu, T.-L., Chen, Y.-Y., & Ko, C.-H. (2017). Emotional regulation in young adults with internet gaming disorder. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15, 30. doi: 10.3390/ijerph15010030

Zawadzki, M. J. (2015) Rumination is independently associated with poor psychological health: Comparing emotion regulation strategies. *Psychology & Health*, 30(10), 1146-1163. doi: 10.1080/08870446.2015.1026904

Tabela 1

Principais resultados acerca das características bibliométricas, metodológicas e de conteúdo dos estudos sobre a relação entre regulação emocional, transtornos depressivos e transtornos ansiosos

Estudo	Amostra	Objetivos	Principais resultados
E1: Eftekhari et al. (2009)	Estudantes universitários (Estados Unidos, 295 ♀)	Compreender a relação entre os estilos de RE, TEPT e psicopatologias. Especificamente, examinou-se se indivíduos evidenciavam padrões distintos de RE através de medidas de frequência de RE, capacidade de RE, supressão e reavaliação e se esses padrões estavam associados à psicopatologia (TEPT, depressão, ansiedade).	O grupo ‘ baixa regulação ’ apresentou maior média na escala de depressão ($M = 13,02$; $DP = 9,40$), ansiedade-traço ($M = 48,31$; $DP = 14,15$) e ansiedade-estado ($M = 51,85$; $DP = 13,24$) em comparação aos grupos ‘ alta regulação ’, ‘ alta reavaliação/baixa supressão ’ e ‘ moderada reavaliação/baixa supressão ’.
E2: Marino et al. (2014)	Estudantes universitários (Argentina, 54 ♀)	Analisar habilidade para reavaliação ou supressão e sua relação com medidas de processamento semântico (fluidez verbal e controle executivo semântico), medidas de inteligência emocional autopercebida, uso autopercebido de estratégias de RE e ansiedade-traço.	A reavaliação se correlacionou negativamente com a ansiedade-traço ($r = -0,38$).
E3: Subic- Wrana et al. (2014)	Estudo populacional (Alemanha, 1858, 56,1% ♀)	Explorar se o nível de consciência emocional media a associação entre diferentes tipos de estratégias de regulação emocional e depressão e ansiedade autorrelatadas.	<i>Reavaliação</i> : correlação negativa com ansiedade ($r = -0,090$) e depressão ($r = -0,152$). <i>Supressão</i> : correlação positiva com ansiedade ($r = 0,105$) e depressão ($r = 0,188$). <i>Correlação parcial</i> (controlando por idade): depressão ($r = -0,150$) e ansiedade ($r = -0,088$) possuem correlação negativa com a reavaliação e positiva com a supressão (depressão : $r = 0,174$; ansiedade : $r = 0,099$).
E4: Aker et al. (2014)	Pacientes anteriormente deprimidos (Noruega, 173 ♀)	Investigar as funções de regulação emocional e controle executivo em participantes não medicados anteriormente deprimidos e de controle. Ademais, investigou-se se o controle executivo em geral, e no processamento de material emocional em particular, esteja	Mulheres com histórico de depressão : maior média para depressão ($M = 10,9$; $DP = 7,9$) e ansiedade ($M = 5,6$; $DP = 5,0$) quando comparadas ao grupo controle (depressão : $M = 4,3$; $DP = 5,2$; ansiedade : $M = 3,2$; $DP = 4,1$). A reavaliação foi mais alta no grupo controle ($M = 30,6$; $DP = 6,5$) do que no grupo previamente deprimido ($M = 28,1$; $DP = 6,8$), ao

		relacionado à ruminação depressiva e à reavaliação cognitiva.	passo que a supressão foi maior naquelas com histórico de depressão ($M = 12,9$; $DP = 4,8$) do que no grupo controle ($M = 11,1$; $DP = 3,9$). Supressão aumentou em 1,1 vezes as chances de possuir depressão ($OR = 1,1$).
E5: Forkmann et al. (2014)	Pacientes com depressão (Alemanha, 44, 63,6% ♀)	Investigar se as estratégias de RE (supressão e reavaliação) mudam o decurso do tratamento de pacientes depressivos submetidos à TCC e se essa alteração se correlaciona com o resultado positivo do tratamento.	Supressão associou-se à depressão pré-tratamento (pontuação pré-tratamento: $\rho = 0,34$; pontuação pós-tratamento: $\rho = 0,39$). Escores pós-tratamento da reavaliação associaram-se com a mudança dos sintomas ($\rho = 0,30$).
E6: Horn & Maercker (2016)	Casais (Suíça, 146, 50% ♀)	Investigar a RE interpessoal como caminho fundamental através do qual os processos interpessoais podem moldar o ajustamento.	Mais de 30% da variância na depressão foi explicada pela RE própria e do parceiro. Nos homens, se a parceira apresentava altos níveis de reavaliação , os níveis de preocupação (sintoma de mal ajustamento) mostravam-se mais baixos.
E7: Troy et al. (2017)	Pessoas na comunidade (Estados Unidos) E1: 301 (48% ♀) E2: 68 (♀) E3: 48 (♀)	E1: examinar status socioeconômico (SSE) como moderador do vínculo entre reavaliação e depressão, enquanto elimina efeitos potencialmente confundidores do estresse. E2: replicar estudo 1, modificando instrumento de depressão, mensurando estresse subjetivo e objetivo, uso de amostra laboratorial para reavaliação. E3: replicar os estudos anteriores tentando eliminar as limitações previamente apresentadas.	E1: Alta reavaliação associada a menos sintomas depressivos para baixo SSE ($\beta = -0,24$; $t_{(297)} = -3,71$), mas não associada a sintomas depressivos para alto SSE ($\beta = -0,07$; $t_{(297)} = -0,93$; $p = 0,35$). E2: Alta reavaliação associada a menos sintomas depressivos para baixo SSE ($\beta = -0,79$; $t_{(63)} = -3,68$), mas não associada a sintomas depressivos para alto SSE ($\beta = -0,07$; $t_{(63)} = -0,50$; $p = 0,62$). E3: sintomas depressivos associaram-se negativamente à reavaliação autorrelatada ($r = -0,27$). A relação entre reavaliação laboratorial e sintomas depressivos foi mais forte para SSE mais baixo ($\beta = -0,29$; $t_{(43)} = -1,41$) do que mais alto ($\beta = 0,32$; $t_{(43)} = 1,57$).
E8: Menezes & Faro (2018)	Pacientes com doenças inflamatórias intestinais	Investigar a ocorrência de depressão e aspectos relativos à regulação emocional em pacientes com DC e RCU, atendidos no Ambulatório de Coloproctologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe.	Pacientes com baixa reavaliação demonstraram maior chance de depressão ($OR = 1,5$) e os pacientes que pontuaram mais alto na subescala de supressão revelaram quase cinco vezes mais chances de depressão quando comparados aos que pontuaram abaixo da média ($OR = 4,7$).

	(Brasil, 63, 66,7% ♀)		
E9: Juretić (2018)	Estudantes universitários (Croácia, 521 ♀)	Propor novos modelos para entender a relação entre ansiedade social e a experiência de emoções positivas e negativas e satisfação com a vida.	A ansiedade social correlacionou-se positivamente com a supressão emocional ($r = 0,28$).
E10: Yen et al. (2018)	Transtorno de abuso de internet e jogos (Taiwan, 174, 19,5% ♀)	Avaliar a reavaliação e supressão entre indivíduos com e sem transtornos de abuso de internet e jogos (IGD) e avaliar as associações entre reavaliação, supressão, depressão, hostilidade e ansiedade entre indivíduos com IGD.	IGD: estratégias de reavaliação mais baixas ($t = -2,64$) e maiores estratégias de supressão ($t = 2,29$) do que o grupo controle. <u>Regressão logística:</u> IGD: reavaliação ($B = -0,72$, $t = -3,66$) e supressão ($B = 1,02$; $t = 3,24$) previram a depressão . A reavaliação ($B = -0,69$; $t = -3,20$) e a supressão ($B = 0,91$; $t = 2,66$) previram a ansiedade . Grupo controle: reavaliação ($B = -0,73$, $t = -5,21$) e supressão ($B = 1,06$; $t = 6,01$) previram a depressão . A reavaliação ($B = -0,96$; $t = -5,28$) e a supressão ($B = 1,13$; $t = 4,93$) previram ansiedade .

Nota. Todos os resultados apresentados foram estatisticamente significativos ($p < 0,05$).

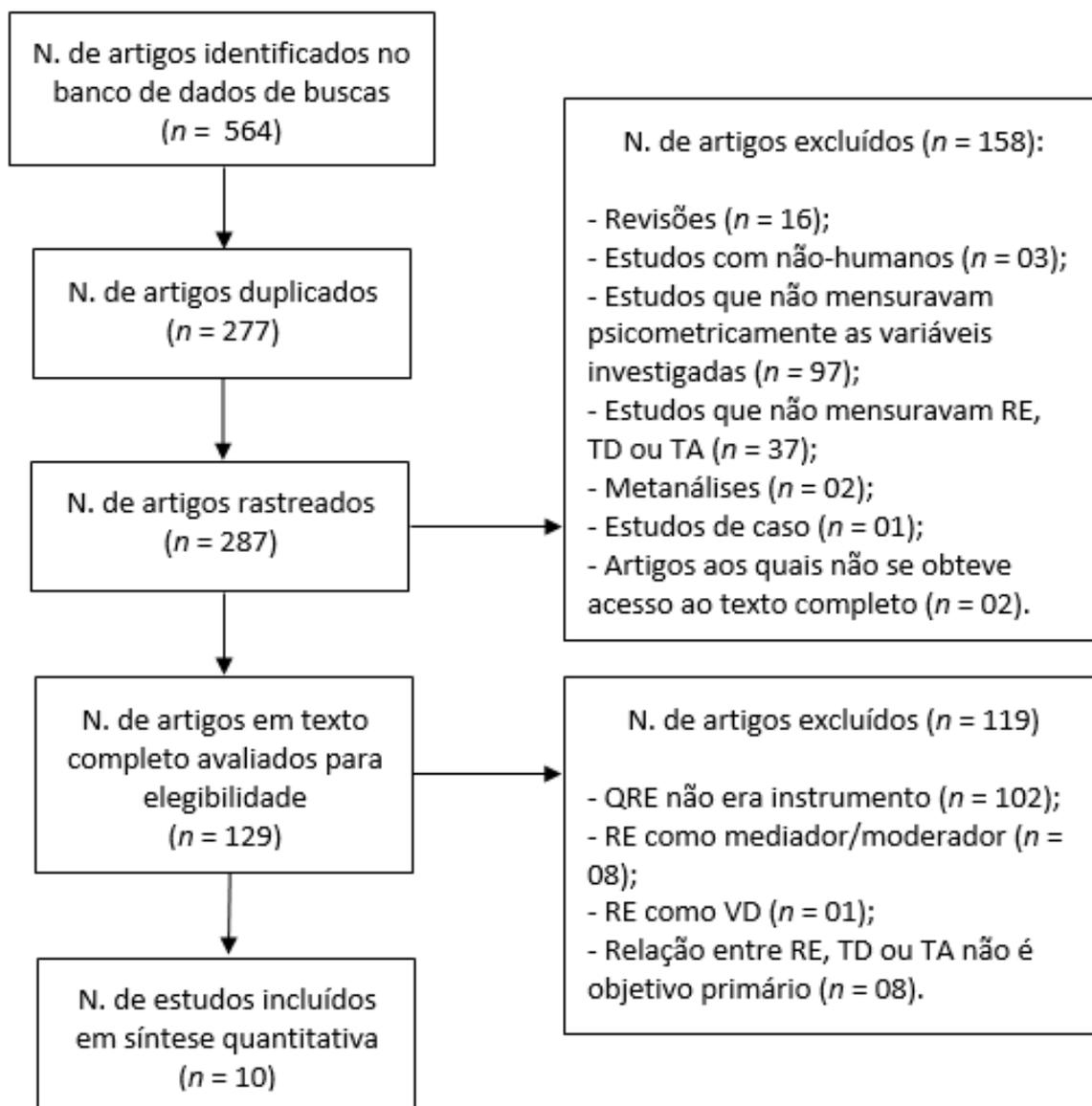


Figura 1. Fluxograma de processo de seleção e análise dos estudos primários localizados para a revisão integrativa de acordo com a recomendação PRISMA.

- Capítulo 3-

Estudo 3

Regulação emocional e ansiedade em pacientes com psoríase³

Resumo

A psoríase é uma doença de pele crônica que afeta milhões de pessoas mundialmente e é considerada problema de saúde pública. A psoríase está altamente associada a fatores psicológicos como precipitadores e exacerbadores, associando-se também a índices elevados de sofrimento mental. Considerando que a regulação emocional é uma variável indicadora de saúde mental, acredita-se que ela pode funcionar como moderadora da relação entre sintomas psicopatológicos e a vivência de uma doença crônica, como a psoríase. Diante disso, objetivou-se investigar a relação entre as estratégias de regulação emocional e a ocorrência de transtornos depressivos e ansiosos, bem como se essa relação difere entre os grupos amostrais com e sem psoríase. Participaram do estudo 144 indivíduos, divididos igualmente entre grupo clínico (72 com psoríase, com idade média de 43,4 anos [$DP = 11,78$]) e controle (72 sem psoríase, com idade média de 41,0 anos [$DP = 10,42$]). Observou-se que pacientes com psoríase exibiram maiores índices de reavaliação cognitiva, bem como tiveram quase três vezes mais chances de pertencerem ao grupo com sintomatologia ansiosa significativa. Ademais, não houve interação entre a reavaliação cognitiva e o diagnóstico de ansiedade, mas a interação entre a estratégia de supressão emocional e a ansiedade se mostrou estatisticamente significativa. A reavaliação cognitiva não se diferenciou entre os grupos, exibindo um padrão de resposta similar para pessoas com e sem psoríase. Já a supressão emocional pareceu funcionar de maneira adaptativa para pacientes com psoríase sem diagnóstico de ansiedade, uma vez que, ao exibir alta supressão, esses indivíduos não exibiram índices significativos de ansiedade. Portanto, concluiu-se sobre a importância de que os psicólogos estejam inseridos no tratamento de pacientes dermatológicos, enfocando na utilização de estratégias de regulação emocional mais adaptativas e promovendo melhor enfrentamento à psoríase.

Palavras-chave: psoríase; ansiedade; depressão; regulação emocional; psicologia da saúde.

Abstract

Psoriasis is a chronic skin disease that affects millions of people worldwide and is considered a public health problem. Psoriasis is highly associated with psychological factors such as precipitating and exacerbating factors and is also associated with high rates of mental suffering. Considering that emotional regulation is a variable indicating mental health, it is believed that it can function as a moderator of the relationship between psychopathological symptoms and the experience of chronic diseases, such as psoriasis. Therefore, the objective was to investigate the relationship between emotion regulation strategies and the occurrence of depressive and anxious disorders, as well as whether this relationship differs between the sample groups with and without psoriasis. 144 individuals participated in the study, divided equally between

³ Manuscrito ainda não submetido para publicação.

clinical group (72 with psoriasis, mean age 43.4 years [$SD = 11.78$]) and control (72 without psoriasis, mean age 41.0 years [$SD = 10.42$]). It was observed that patients with psoriasis exhibited higher rates of cognitive reappraisal, as well as being almost three times more likely to belong to the group with significant anxiety symptoms. In addition, there was no interaction between cognitive reappraisal and the diagnosis of anxiety, but the interaction between the emotional suppression strategy and anxiety proved to be statistically significant. The cognitive reappraisal did not differ between groups, showing a similar response pattern for people with and without psoriasis. Emotional suppression, on the other hand, seemed to work in an adaptive way for patients with psoriasis without a diagnosis of anxiety, since, when exhibiting high suppression, these individuals did not exhibit significant anxiety levels. Therefore, it was concluded that psychologists should be involved in the treatment of dermatological patients, focusing on the use of more adaptive emotional regulation strategies and promoting better coping with psoriasis.

Keywords: psoriasis; anxiety; depression; emotional regulation; health psychology.

Resumen

La psoriasis es una enfermedad crónica de la piel que afecta a millones de personas en todo el mundo y se considera un problema de salud pública. La psoriasis está altamente asociada con factores psicológicos tales como factores precipitantes y exacerbantes, y también está asociada con altas tasas de sufrimiento mental. Teniendo en cuenta que la regulación emocional es una variable que indica la salud mental, se cree que puede funcionar como moderador de la relación entre los síntomas psicopatológicos y la experiencia de una enfermedad crónica, como la psoriasis. Por lo tanto, el objetivo era investigar la relación entre las estrategias de regulación emocional y la aparición de trastornos depresivos y ansiosos, así como si esta relación difiere entre los grupos de muestra con y sin psoriasis. 144 individuos participaron en el estudio, divididos en partes iguales entre el grupo clínico (72 con psoriasis, edad promedio 43.4 años [$DE = 11.78$]) y control (72 sin psoriasis, edad promedio 41.0 años [$DE = 10,42$]). Se observó que los pacientes con psoriasis exhibían tasas más altas de reevaluación cognitiva, además de ser casi tres veces más propensos a pertenecer al grupo con síntomas ansiosos significativos. Además, no hubo interacción entre la reevaluación cognitiva y el diagnóstico de ansiedad, pero la interacción entre la estrategia de supresión emocional y la ansiedad resultó ser estadísticamente significativa. La reevaluación cognitiva no difirió entre los grupos, mostrando un patrón de respuesta similar para personas con y sin psoriasis. La supresión emocional, por otro lado, parecía funcionar de manera adaptativa para pacientes con psoriasis sin un diagnóstico de ansiedad, ya que, cuando exhibían una alta supresión, estos individuos no exhibían niveles significativos de ansiedad. Por lo tanto, se concluyó que los psicólogos deberían participar en el tratamiento de pacientes dermatológicos, enfocándose en el uso de estrategias de regulación emocional más adaptativas y promoviendo un mejor manejo de la psoriasis.

Palabras llave: psoriasis; ansiedad; depresión; regulación emocional; Psicología de la salud.

Introdução

A psoríase afeta cerca de 100 milhões de pessoas mundialmente (*World Health Organization* [WHO], 2016). No Brasil, aproximadamente 2 milhões de indivíduos (cerca de 1,3% da população) são acometidos por essa condição de pele. No Estado de Sergipe, estima-se a prevalência da psoríase em cerca de 20 mil pessoas (*Institute for Health Metrics and Evaluation* [IHME], 2017). Em função de sua alta prevalência e da incapacidade a ela associada, a psoríase tem sido considerada problema de saúde pública, fato que chama a atenção dos psicólogos e profissionais de saúde no geral, uma vez que a condição tem sido fortemente relacionada a fatores psicológicos como desencadeantes (WHO, 2016).

A psoríase é uma condição autoimune e crônica de pele e articulações, que se caracteriza por placas avermelhadas e descamativas ao longo do corpo (Carneiro, Azulay-Abulafia, & Azulay, 2017; Connor, 2017). Algumas áreas usualmente acometidas são: cabeça, couro cabeludo, rosto, tronco, braços, pernas, pés e palma das mãos, unhas, cotovelos, joelhos, axilas, entre outros. Apesar de não possuir sua origem tão bem definida, sabe-se que possui fatores genéticos, ambientais e psicológicos como precipitantes (Carneiro et al., 2017; WHO, 2016).

Destaca-se que as doenças de pele, no geral, têm figurado como a quarta maior causa de incapacidade no mundo inteiro, com exceção apenas das doenças fatais (Karimkhani et al., 2017). A psoríase afeta a vivência cotidiana dos indivíduos acometidos, impactando sobre suas relações interpessoais, vida laboral e estado psicoemocional (Calvetti, Rivas, Coser, Barbosa, & Ramos, 2017; Innamorati et al., 2016; WHO, 2016). Sendo assim, entende-se que pacientes que sofrem desta condição estão expostos a mais riscos de desenvolver transtornos mentais, em função das limitações que a psoríase ocasiona (Connor, 2017; Pompili, 2017).

A Psicodermatologia é uma área de estudo que engaja o trabalho de dermatologistas, psicólogos e psiquiatras para o melhor entendimento das doenças de pele. Esta área enquadra as condições de pele em quatro tipos, sendo que dois deles associam-se a aspectos psicológicos: as desordens psicofisiológicas e os transtornos psiquiátricos secundários (Connor, 2017). Na

primeira categoria, têm-se as doenças de pele que são desencadeadas por fatores psicológicos. Na segunda, transtornos psiquiátricos são consequência de uma condição de pele (Consenso Brasileiro de Psoríase, 2012; Mavrogiorgou, Bader, Stockfleth, & Juckel, 2015). A psoríase pode ser incluída em ambas as categorias, visto que possui aspectos psicológicos como desencadeantes, bem como pode ocasionar algum tipo de sofrimento psicológico em função de sua existência.

Algumas das maneiras de explicar como se dá a relação entre a pele e os aspectos psicológicos são através da Psiconeuroimunologia e do mecanismo do estresse. A Psiconeuroimunologia visa a elucidar o modo como eventos estressores e emoções negativas influenciam o sistema imunológico, auxiliando na compreensão do processo adaptativo e da forma como mente e corpo interagem para que desajustes ocasionados pela vivência crônica do estresse seja danosa para a saúde física e mental (Tareen & Tareen, 2017). A origem embrionária comum entre os sistemas imunológico, neuroendócrino e a pele explicaria a relação entre vivências estressoras e sintomas dermatológicos (Jafferany & França, 2016; Tareen & Tareen, 2017). Experiências negativas, como a ocorrência de depressão e ansiedade, assim como estressores psicológicos, aumentam a produção de citocinas pró-inflamatórias (Appleton, Buka, Loucks, Gilman, & Kubzansky, 2013; Georgescu et al., 2019), o que interfere diretamente no aparecimento e exacerbação das lesões de pele.

A associação entre a psoríase e transtornos mentais comuns, como depressão e ansiedade patológica, tem sido apontada por diversos estudos (Almeida et al., 2017; Connor, 2017; Dalgard et al., 2015; Innamorati et al., 2016). Observa-se, ainda, risco aumentado para ideação suicida (Pompili et al., 2017). Em estudo comparativo entre amostra clínica e grupo controle sem psoríase, índices mais altos de ansiedade e depressão foram observados nos pacientes com psoríase (Innamorati et al., 2016). Cerca de 34,0% dos respondentes com psoríase exibiram sintomatologia significativa para ansiedade em comparação a 10,3% dos

indivíduos do grupo controle. No que diz respeito à depressão, 28,0% do grupo clínico apresentou sintomatologia, ao passo que apenas 8,0% dos respondentes sem psoríase exibiram sintomas depressivos. Assim sendo, observa-se que pacientes psoriáticos apresentam maiores riscos de desenvolver ansiedade e depressão do que a população em geral.

Visando a compreender a forma como se dá a associação entre sintomas depressivos e ansiosos e o curso da psoríase, uma possibilidade é a investigação da regulação emocional (RE) dos indivíduos, já que a forma como enfrentam essas emoções pode afetar o modo como eles se ajustam ao adoecimento (Ridder et al., 2008). A RE diz respeito às estratégias que uma pessoa possui para modular sua experiência emocional diante das adversidades (Gross, 1998). Alguns teóricos têm estudado este processo, entretanto, neste trabalho, utilizaremos como base teórica o modelo processual de Gross (1998).

Duas estratégias de regulação emocional têm sido majoritariamente estudadas: a reavaliação cognitiva e a supressão emocional (Gross & John, 2003). A reavaliação consiste em alterar o modo de pensar sobre uma situação que elicia uma emoção visando a diminuir seu impacto emocional, sendo considerada uma estratégia adaptativa (Appleton et al., 2013). O uso da reavaliação tem sido associado ao aumento de experiências positivas e diminuição de vivências negativas, bem como a perfis mais saudáveis de expressão afetiva, social e cognitiva (Ciuluvica, Amerio, & Fulcheri, 2014; Hu et al., 2014). Logo, entende-se que ela possui um impacto positivo sobre a saúde física e mental, favorecendo o ajustamento dos indivíduos. Já a supressão emocional diz respeito à evitação da expressão das emoções e tem sido entendida como uma estratégia mal adaptativa (Appleton et al., 2013), sendo relacionada à experiência de mais emoções negativas e pior saúde física e emocional (Ciuluvica et al., 2014; Hu et al., 2014).

Aspectos emocionais positivos e negativos influenciam diretamente no estado de saúde das pessoas (Gross, 1998; Vilhena et al., 2014), principalmente no que diz respeito ao adoecimento. Alguns estudos têm evidenciado a associação entre a RE e a psoríase, indicando

que pacientes acometidos por essa condição usualmente possuem dificuldades em expressar e modular suas emoções (Almeida et al., 2017; Innamorati et al., 2016). A desregulação emocional nesses pacientes tem sido associada à vivência de sintomas psicopatológicos, como sintomas depressivos, sintomas ansiosos e até sintomatologia obsessiva-compulsiva (Almeida et al., 2017). Sendo assim, sabendo que a capacidade de regular as emoções pode influenciar a saúde (Appleton et al., 2013; Hu et al., 2014) e diante das evidências de que as estratégias de RE têm sido relacionadas ao desenvolvimento de psicopatologias (Dixon-Gordon et al., 2014; Hu et al., 2014), julgou-se pertinente investigar a regulação emocional de pacientes com psoríase.

Portanto, torna-se relevante avaliar se a RE funciona como moderadora entre a ocorrência de ansiedade e depressão em pacientes com psoríase. Mais do que isso, entendendo que a presença de uma doença de pele pode ser considerada fator de risco para a saúde mental, avaliou-se que seria importante comparar de que forma se dá a relação entre regulação emocional, transtornos depressivos e ansiosos e pertença ao grupo clínico (com psoríase) ou controle (sem psoríase). Diante disso, este estudo intentou compreender melhor a utilização das estratégias de RE em grupos distintos, o que ajuda a esclarecer a influência dessas estratégias em desfechos de saúde mental, tanto para amostras clínicas, quanto para a população em geral.

O presente estudo objetivou investigar a relação entre as estratégias de regulação emocional e a ocorrência de transtornos depressivos e ansiosos, bem como se essa relação difere entre os grupos amostrais com e sem psoríase. Os objetivos específicos foram: (a) comparar a ocorrência sintomatologia significativa de ansiedade e depressão entre os grupos amostrais; (b) comparar os escores das estratégias de reavaliação cognitiva e supressão emocional entre esses grupos; (c) realizar análise de moderação entre as estratégias de regulação emocional e a ocorrência de sintomas depressivos e ansiosos.

Método

Participantes

A amostra do presente estudo foi composta por 144 indivíduos, divididos em dois grupos. O primeiro, denominado grupo psoríase, foi constituído por 72 portadores de psoríase, adultos, de ambos os sexos, atendidos no Ambulatório de Dermatologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (HU/UFS). O segundo, utilizado como parâmetro de comparação e denominado grupo sem psoríase, constituiu-se de 72 respondentes sem a afecção dermatológica, oriundos de coleta de dados online e por conveniência.

O grupo psoríase teve média de idade de 43,4 anos ($DP = 11,78$) e foi composto por 51,4% de mulheres. Quanto aos aspectos clínicos do grupo psoríase ($n = 72$). Aproximadamente 64% ($n = 46$) da amostra possuíam psoríase vulgar como forma clínica, 55,6% ($n = 40$) apresentavam lesões no couro cabeludo, 20,8% ($n = 15$) afirmaram possuir acometimento interglúteo e cerca de 57% ($n = 41$) dos pacientes exibiam lesões nas unhas. O grupo sem psoríase apresentou idade média de 41,0 anos ($DP = 10,42$), possuindo 61,1% de mulheres. Ao serem comparadas as variáveis sexo ($X^2 = 1,383$; $p = 0,240$) e idade ($U = 2941,5$; $p = 0,162$) por grupo amostral, não foi constatada significância, sendo possível afirmar que os grupos são homogêneos em termos de proporção de homens e mulheres e idade média.

A coleta de dados foi conduzida por meio dos critérios acidental e de conveniência. Foram incluídos em ambos os grupos indivíduos maiores de idade que consentissem participar da pesquisa. No grupo psoríase, incluíram-se pacientes com consulta ou procedimento programados nos dias selecionados para a coleta de dados. Foram excluídos pacientes que não possuíssem o diagnóstico estabelecido de psoríase ou que fossem menores de idade. Os dados do grupo sem psoríase foram coletados presencialmente e por meio de questionário online. Como critérios de inclusão, utilizaram-se parâmetros de sexo e idade do grupo com psoríase para que se mantivesse alguma equivalência amostral nessas variáveis.

Instrumentos

Foi utilizado um questionário para a obtenção de dados sociodemográficos (ANEXO 1), contando com as variáveis: sexo (feminino e masculino) e idade (em anos) com ambos os grupos. No grupo psoríase, foram coletados dados clínicos relativos ao quadro dermatológico, forma clínica e acometimento corporal (couro cabeludo, interglúteos e ungueal) da condição.

A regulação emocional foi mensurada em ambos os grupos através do Questionário de Regulação Emocional (QRE) (ANEXO 2) – (*Emotion Regulation Questionnaire* – ERQ; Gross & John, 2003), traduzido e adaptado para o Brasil por Batistoni, Ordonez, Silva, Nascimento e Cachioni (2013). O instrumento apresentou propriedades psicométricas satisfatórias em seu estudo de adaptação, com alfa de Cronbach 0,74 para o fator reavaliação e 0,69 para o fator supressão, assim como exibiu índices satisfatórios de estabilidade temporal em correlação teste-reteste ($r > 0,70$). O QRE avalia duas estratégias de Regulação Emocional: a supressão emocional e a reavaliação cognitiva. A escala é composta por dez itens, de modo que quatro medem a supressão e seis medem a reavaliação. As respostas variam de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Os itens de cada subescala são somados para que o escore seja gerado em cada estratégia. Quanto mais altos os escores, maiores os índices de cada estratégia.

A *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS; Zigmond & Snaith, 1983) (ANEXO 3) foi utilizada para mensurar ansiedade e depressão no presente estudo. O instrumento foi traduzido e adaptado para o Brasil por Botega, Bio, Zomignani, Garcia Jr e Pereira (1995). Em estudo de normatização recente, a HADS exibiu propriedades psicométricas satisfatórias, com alfa de Cronbach 0,70 para a subescala de ansiedade, 0,69 para a subescala de depressão e 0,81 para a escala geral (Faro, 2015). A escala é constituída por 14 itens divididos em duas subescalas: a primeira, com sete questões, indica a presença de sintomas ansiosos ou diagnóstico do Transtorno de Ansiedade Leve (TAL) (itens ímpares). A segunda subescala, também composta por sete itens, indica a presença de sintomas depressivos ou Transtorno

Depressivo Leve (TDL) (itens pares). As respostas variam entre zero e três pontos (ausente a muito frequente) com resultado máximo de 21 pontos por subescala, sendo o parâmetro diagnóstico ≥ 8 para ansiedade e depressão. Esta escala foi utilizada nos dois grupos amostrais.

Procedimentos e aspectos éticos

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe (UFS) (CAAE: 68321717.2.0000.5546 – ANEXO 6). A coleta dos dados foi realizada no Ambulatório de Dermatologia do Hospital Universitário de Sergipe (HU), localizado na cidade de Aracaju - SE. Foram entrevistados pacientes adultos identificados com psoríase e que estivessem aguardando por atendimento no ambulatório de Psoríase. Aqueles que consentiram participar do estudo declararam sua concordância por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - ANEXO 4). As entrevistas duraram cerca de 30 minutos. Para o grupo controle, a coleta foi realizada por conveniência. Os respondentes foram abordados pelos pesquisadores e convidados para participarem do estudo, após explicação dos objetivos da pesquisa e consentimento a partir do TCLE.

Análise de dados

Na análise descritiva, foram obtidas frequências, médias, medianas e desvios-padrão das variáveis de interesse. Inicialmente, realizaram-se análises bivariadas (*U* de Mann-Whitney e Qui-quadrado) a fim de selecionar as covariáveis para a análise multivariada. Analisaram-se as relações entre transtorno de ansiedade e transtorno depressivo versus grupo amostral (Qui-quadrado), ansiedade e depressão versus estratégias de regulação emocional (Qui-quadrado), e estratégias de regulação emocional versus grupo amostral (*U* de Mann-Whitney).

Em seguida, foram realizadas duas regressões logísticas para avaliar a relação entre a variável independente (VI; transtorno ansioso ou depressivo), variável moderadora (VM; estratégias de regulação emocional: reavaliação cognitiva e supressão emocional) e variável dependente (VD; pertença ao grupo amostral: com e sem psoríase). Utilizou-se o *plugin Process*

para o *software* estatístico SPSS (versão 3.4; Hayes, 2019) para condução de análise de moderação.

A análise de moderação consiste na forma como duas variáveis interagem entre si para impactar sobre uma terceira variável, que seria o desfecho (Warner, 2013). A variável moderadora, portanto, é aquela que afeta a força e/ou direção da relação entre a variável independente (VI) e a variável dependente (VD) (Baron & Kenny, 1986). Vale ressaltar que a análise de interação/moderação pode revelar que as relações entre as variáveis independentes (VI) e a variável dependente (VD) podem ser *interdependentes* (presença de interação significativa entre a VI e a variável moderadora) ou *independentes* (ausência de interação significativa entre a VI e a variável moderadora). Isto significativa dizer que tanto a VI quanto a VM podem se relacionar particularmente com a VD, ou seja, cada uma delas pode predizer de modo exclusivo a relação com a VD, mas, apesar disso, não se associarem entre si na explicação/previsão da VD. Por fim, destaca-se que foi adotado $p < 0,05$ como parâmetro de significância para as análises realizadas.

Resultados

Ocorrência de sintomatologia significativa de transtorno de ansiedade e de depressão

Na amostra total ($n = 144$), a presença de sintomatologia significativa para transtorno de ansiedade foi de aproximadamente 30,0% ($n = 43$). No caso da depressão, o acometimento foi de 33,3% ($n = 48$). Ou seja, a ocorrência do transtorno depressivo foi mais comum na amostra como um todo. Ao comparar a relação entre grupo amostral e diagnóstico de ansiedade ou depressão, viu-se que o grupo psoríase foi composto por 37,5% ($n = 27$) de indivíduos com quadro ansioso e 62,5% ($n = 45$) sem sintomas significativos de ansiedade. Já o grupo sem psoríase teve 22,2% ($n = 16$) das pessoas com diagnóstico para ansiedade e 77,8% ($n = 56$) sem esse quadro. Ao testar a associação da ansiedade com o grupo amostral, houve significância estatística ($X^2 = 4,012$; $p = 0,034$), de modo que 62,8% ($n = 27$) das pessoas com diagnóstico

positivo para ansiedade pertenciam ao grupo psoríase, ao passo que 37,2% ($n = 16$) pertenciam ao grupo sem psoríase. Sendo assim, dentre os pacientes com psoríase, foi mais comum encontrar pessoas com diagnóstico de ansiedade.

No que diz respeito à depressão, 37,5% ($n = 27$) dos respondentes do grupo psoríase exibiram sintomas significativos para depressão, ao passo que 29,2% ($n = 21$) das pessoas no grupo sem psoríase apresentaram diagnóstico para depressão. Apesar da diferença nas proporções, a depressão não diferiu de maneira estatisticamente significativa ao ser associada aos grupos amostrais ($p > 0,05$). Isso significa dizer que a proporção de pessoas com diagnóstico de depressão não se diferenciou quanto à pertença ao grupo amostral.

Em suma, viu-se que os grupos amostrais diferiram apenas em relação à sintomatologia significativa ansiosa. Em função disso, os próximos resultados trazem somente a análise das diferenças das estratégias de regulação emocional em relação à ansiedade, uma vez que a depressão não apresentou significância estatística.

Estratégias de regulação emocional segundo os grupos amostrais

O grupo psoríase apresentou mediana de 35,0 pontos (*Mínimo* [*Min*] = 7; *Máximo* [*Max*] = 42) para reavaliação cognitiva e de 16,0 pontos (*Min.* = 4; *Max.* = 28) para supressão. No grupo sem psoríase, as medianas para reavaliação e supressão foram de 28,5 (*Min.* = 8; *Max.* = 42) e 16,0 pontos (*Min.* = 6; *Max.* = 28), respectivamente. Assim, o que se percebeu é que a principal diferença entre os grupos foi observada em relação aos escores de reavaliação cognitiva, uma vez que as medianas para a estratégia de supressão emocional foram iguais. Isso significa dizer que os grupos amostrais reavaliaram de maneira distinta, com o grupo psoríase apresentando mediana mais alta, mas, no que concerne à supressão, esta ocorreu de maneira semelhante.

Relações entre a regulação emocional e grupos amostrais conforme a presença de transtorno de ansiedade

Para comparar as estratégias de regulação emocional entre os grupos com e sem psoríase, os casos foram separados em relação ao diagnóstico de ansiedade. Nos indivíduos sem diagnóstico de ansiedade da amostra total ($n = 101$), observou-se que os pacientes com psoríase pontuaram mais alto para reavaliação do que aqueles sem psoríase ($U = 689,0; p < 0,001$), tendo sido significativa a diferença entre os grupos e o escore em reavaliação cognitiva. Quanto à supressão, os participantes com psoríase também apresentaram maiores escores nessa estratégia ($U = 1009,0; p = 0,085$), mas com significância estatística limítrofe ($p > 0,05$). Em razão dos tamanhos amostrais, que foram relativamente pequenos neste estudo, optou-se por considerar a estatística limítrofe como válida para a indicação de diferença importante entre grupos. Assim, decidiu-se pela pertinência da inclusão desta variável no modelo de regressão logística.

Em relação aos participantes com diagnóstico positivo para ansiedade na amostra como um todo ($n = 43$), pacientes com psoríase também apresentaram maiores escores para reavaliação cognitiva em comparação aos indivíduos sem psoríase ($U = 147,5; p = 0,085$). Isto é, dentre os indivíduos com transtorno de ansiedade, observou-se diferença quanto aos escores de reavaliação entre os grupos amostrais. Novamente, detectou-se significância limítrofe nessa comparação, decidindo-se pela manutenção da variável para a análise de moderação, assim como explicado anteriormente. No entanto, para a estratégia de supressão, o grupo sem psoríase e com sintomas de ansiedade exibiu mais altos escores quando comparados aos participantes sem psoríase ($U = 197,5; p = 0,641$), mas não houve significância estatística.

Em resumo, independentemente de possuir sintomatologia ansiosa, o grupo com psoríase apresentou escores mais elevados para a estratégia de reavaliação cognitiva quando comparado ao grupo sem psoríase. No que diz respeito à supressão emocional, somente dentre os indivíduos sem diagnóstico de ansiedade os escores foram mais elevados para os pacientes com psoríase. Para aqueles com diagnóstico de ansiedade, a estratégia de supressão não exibiu diferença relevante entre os grupos amostrais.

Análise de interação para o transtorno de ansiedade e regulação emocional em relação aos grupos amostrais

Foi conduzida a regressão logística tendo como variável dependente a pertença aos grupos amostrais (com psoríase e sem psoríase), variável independente o diagnóstico de ansiedade (presença ou ausência) e como variável moderadora a estratégia de regulação emocional reavaliação cognitiva. Os resultados da regressão mostraram que o modelo obtido foi satisfatório [$-2LL = 178,374$; $Omnibus\ test = 21,280$ ($p < 0,001$); $Hosmer\ e\ Lemeshow\ X^2 = 7,583$ ($p = 0,475$)], com 18,3% de variância explicada ($Nagelkerke\ R = 0,183$).

Observou-se que o diagnóstico de ansiedade foi quase três vezes mais frequente dentre os pacientes com psoríase ($OR = 2,6$; $p = 0,018$). Além dele, a pontuação em reavaliação cognitiva tendeu a ser mais que duas vezes mais alta nesse grupo do que dentre as pessoas sem psoríase ($OR = 2,5$; $p < 0,001$). Quando analisada a interação entre a estratégia de reavaliação e o diagnóstico de ansiedade, notou-se que essa relação não foi estatisticamente significativa ($p = 0,369$). Isso que significa que ainda que tenham ocorrido relações significativas exclusivas entre a reavaliação cognitiva e a pertença ao grupo amostral, e o diagnóstico de ansiedade e o grupo amostral, essas relações foram independentes. Logo, não estiveram associadas, sendo possível afirmar que a reavaliação cognitiva não interagiu com a sintomatologia de ansiedade, seja no grupo de pacientes com psoríase, seja dentre os controles.

Conforme a Figura 1, ao observar o grupo psoríase, percebe-se que pessoas que não tiveram diagnóstico de ansiedade exibiram escore mais alto para reavaliação. Aquelas com diagnóstico positivo de ansiedade apresentaram escores de reavaliação reduzidos. O mesmo ocorreu no grupo sem psoríase: indivíduos sem ansiedade tiveram maior escore para reavaliação do que aqueles com ansiedade. A ausência de interação pode ser constatada porque não houve modificação no padrão de resposta no que se refere à pontuação em reavaliação cognitiva, a despeito da presença de diagnóstico de ansiedade por grupo amostral.

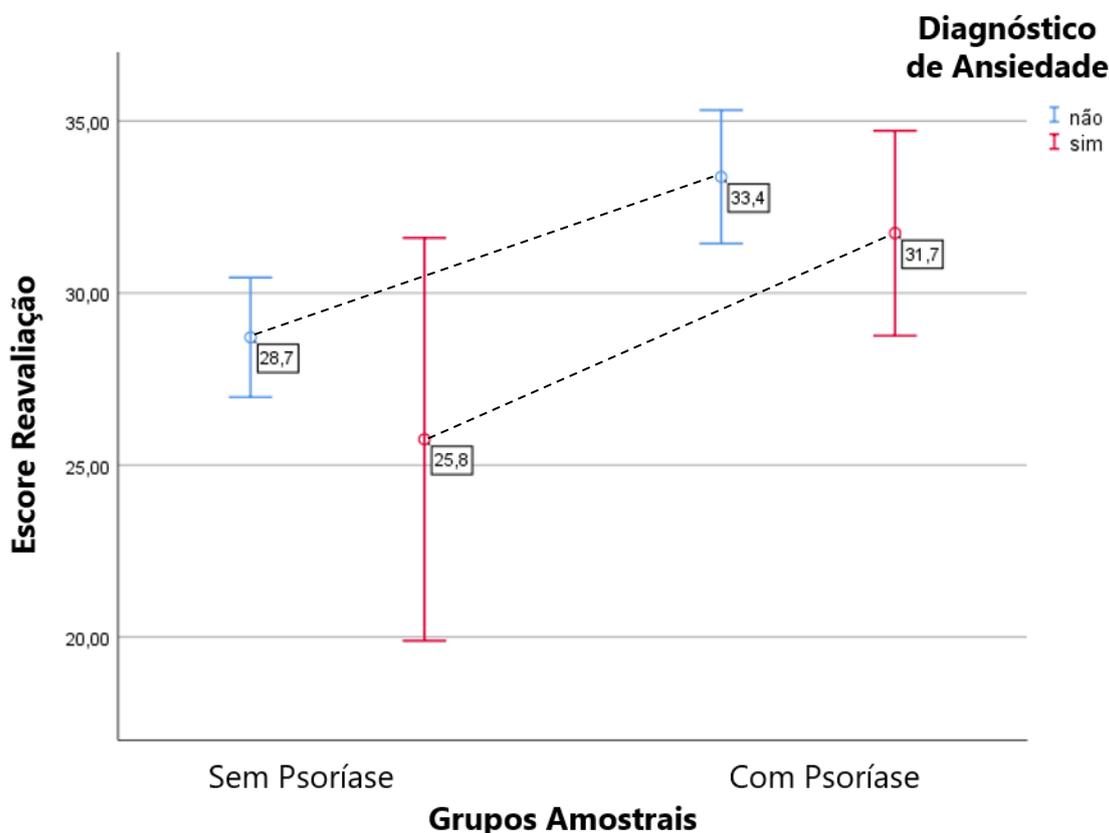


Figura 1. Média de pontuação de reavaliação cognitiva segundo o diagnóstico de ansiedade e pertença ao grupo amostral.

Um segundo modelo de regressão logística foi testado a fim de investigar a associação entre diagnóstico de ansiedade, supressão emocional e pertença ao grupo amostral. Os valores indicados pelos testes indicaram que o modelo foi satisfatório [$-2LL = 190,549$; *Omnibus test* = 9,077 ($p = 0,028$); *Hosmer e Lemeshow* $X^2 = 10,656$ ($p = 0,222$)], com 8,1% de variância explicada (*Nagelkerke* $R = 0,081$). Neste modelo, assim como no anterior, pacientes com psoríase apresentaram cerca de duas vezes mais chances de possuírem diagnóstico de ansiedade positivo ($OR = 2,1$; $p = 0,047$). Esses pacientes também possuíram maior chance de apresentar, quase que duas vezes mais, escores mais altos de supressão emocional ($OR = 1,6$; $p = 0,035$). Ao ser avaliada a interação entre o diagnóstico de ansiedade e o escore de supressão, detectou-

se significância limítrofe ($p = 0,074$), indicando que existiu associação marginal entre a variável independente (diagnóstico de ansiedade) e a variável moderadora (supressão emocional) no que se refere a estar no grupo com ou sem psoríase.

A Figura 2 evidencia que, quando avaliado o grupo sem psoríase, o escore de supressão para aqueles com diagnóstico de ansiedade foi mais alto do que para aqueles sem diagnóstico. Contudo, ao observar o grupo com psoríase, os escores de supressão foram mais altos para o grupo sem diagnóstico de ansiedade. Ou seja, o padrão de resposta da variável supressão diferiu entre os grupos a depender do diagnóstico de ansiedade. Quando houve o diagnóstico, o grupo sem psoríase exibiu maiores escores de supressão. Quando não existiu o diagnóstico de ansiedade, o grupo psoríase pontuou mais alto.

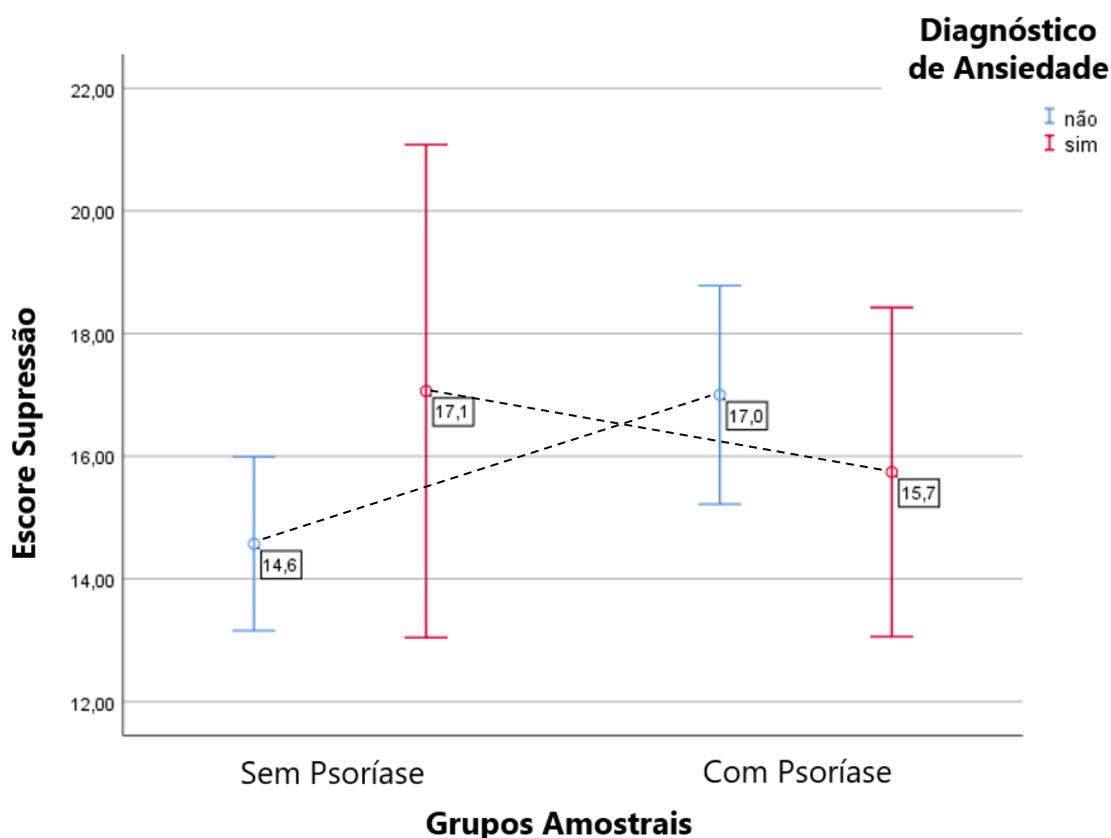


Figura 2. Média de pontuação de supressão segundo o diagnóstico de ansiedade e pertença ao grupo amostral.

Discussão

Apesar de a literatura evidenciar índices elevados de depressão para indivíduos acometidos pela psoríase (Almeida et al., 2017; Dalgard et al., 2015), principalmente quando comparados a uma amostra de pessoas saudáveis (Marek-Józefowicz, Jaracz, Placek, Czajkowski, & Borkowska, 2017), o presente estudo não obteve esse resultado. A ocorrência de sintomas depressivos não diferiu entre o grupo com psoríase e o grupo sem psoríase. Acredita-se que o grupo clínico possa ter apresentado índices de depressão similares ao do grupo controle em função da alta utilização da estratégia de reavaliação cognitiva, que atua como fator protetivo para a saúde (Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer, 2010; Hu et al., 2014; John & Gross, 2004). Sobre isso, viu-se que, na comparação entre grupos, pacientes com psoríase apresentaram escores mais elevados para a reavaliação cognitiva. Portanto, compreende-se que, ao utilizar a estratégia de reavaliação em maior frequência, os pacientes com psoríase parecem ter minimizado a exposição ao risco de desenvolver sintomas depressivos, fato que tornou equivalente os seus escores em relação ao grupo sem a doença.

No presente estudo, pacientes com psoríase apresentaram quase três vezes mais chances de pertencer ao grupo com sintomatologia ansiosa significativa quando comparados aos indivíduos sem psoríase e isso tem sido apontado na literatura, evidenciando mais altos índices de transtornos ansiosos em indivíduos psoriáticos (Almeida et al., 2017; Dalgard et al., 2015; Innamorati et al., 2016). Assim, os achados desta pesquisa reforçam a hipótese de que possuir uma doença de pele limitante como a psoríase pode funcionar como fator de risco para o desencadeamento de desordens associadas à ansiedade.

No que concerne à regulação emocional, a reavaliação cognitiva tendeu a ser quase três vezes mais alta no grupo de pacientes com psoríase. Contudo, quando analisada a interação entre a estratégia de reavaliação e o diagnóstico de ansiedade, notou-se que essa relação não exibiu significância estatística. Portanto, apesar de a sintomatologia ansiosa também ter sido

concomitantemente mais comum dentre os participantes do grupo com psoríase, a reavaliação cognitiva não funcionou como variável moderadora do transtorno de ansiedade nem para pacientes com psoríase, nem para indivíduos saudáveis. Em outras palavras, isso quer dizer que a reavaliação não impactou a força ou direção da relação entre o diagnóstico de ansiedade e a pertença ao grupo amostral. Além disso, pode-se interpretar esse achado no sentido de que a ausência de interação entre a reavaliação e a ansiedade também indica que não existiu alteração no padrão de resposta entre os grupos amostrais quanto à pontuação em reavaliação cognitiva, a despeito da presença de diagnóstico de ansiedade.

Quanto à supressão emocional, pacientes com psoríase exibiram quase duas vezes mais chances de possuírem escores mais elevados para esta estratégia. Entretanto, esses escores de supressão foram mais altos para o grupo psoríase apenas dentre pacientes com psoríase e sem diagnóstico de ansiedade, que pontuaram mais alto para supressão emocional. Por outro lado, pacientes com psoríase e com diagnóstico de ansiedade tiveram escores mais baixos de supressão emocional, evidenciando o uso reduzido desta estratégia.

Para tentar explicar esse achado, vale destacar que a psoríase é uma doença crônica, permeada por períodos de piora da condição; as chamadas crises (Jorge, Müller, Ferreira, & Cassal, 2004). Assim sendo, com base nos presentes resultados, acredita-se que ao suprimir as emoções negativas durante as crises, talvez os pacientes consigam manter algum equilíbrio emocional em níveis mais adaptativos durante o período de agudização de sintomas, isso por meio da supressão de emoções, o que minimizaria a manifestação do transtorno ansioso. Ou seja, tendo em vista a temporalidade e sazonalidade do período de piora do quadro clínico, suprimir as emoções pode assumir um caráter mais favorável à adaptação, pois equivaleria à capacidade temporária de resistência ao evento estressor; a capacidade de suportar, por um tempo limitado, as repercussões de situações estressógenas (Faro & Pereira, 2013). Por serem relativamente conhecidas para o indivíduo, essas situações (que são seus sintomas agravados)

se configurariam como estressores frente aos quais alguns recursos de enfrentamento já funcionariam como minimizadores do desgaste adaptativo (um aprendizado e manejo dos sintomas em período de crise). Logo, por haver a probabilidade de serem experiências negativas em certa medida já vivenciadas em algum momento do curso da enfermidade, a supressão emocional pode servir como um recurso que ajuda a suportar, por um determinado intervalo de dias, por exemplo, as dificuldades desencadeadas pela acentuação dos sintomas da psoríase; por exemplo, prurido, vermelhidão, ardência, dentre outros (Carneiro et al., 2017).

Complementando a interpretação anterior, constatou-se, também, que as pessoas com psoríase e diagnóstico de ansiedade exibiram escores mais baixos para a supressão. Seguindo a mesma lógica, isso pode representar que, ao suprimir menos as emoções negativas durante o período de crises, esses pacientes se tornam mais vulneráveis à manifestação de sintomas ansiosos significativos em resposta às adversidades eliciadas pela agudização do quadro; o que facilitaria a instalação de um transtorno ansioso.

Na literatura, é possível encontrar evidências que sugerem que as estratégias de regulação emocional podem funcionar como adaptativas ou não a depender do contexto de sua utilização (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2012; Kobylińska & Kusev, 2019). Isso diz respeito à flexibilidade da regulação emocional, que consiste em formas adaptativas de regulação da emoção que dependem da demanda situacional. Assim, pode-se dizer que as estratégias de regulação não são puramente adaptativas e efetivas ou mal adaptativas e inefetivas, pelo menos *a priori*; isso vai depender, em alguma medida, de características peculiares da percepção de desafio ou ameaça adaptativos. Nessa linha, por exemplo, em estudo comparativo entre pacientes com psoríase, vitiligo e indivíduos saudáveis, observou-se que os psoriáticos foram os que controlaram as emoções negativas de maneira mais intensa, principalmente quando comparados às pessoas saudáveis (Kossakowska et al., 2009).

No caso da psoríase, hipotetiza-se que a situação de crise e a experiência em relação à enfermidade possa afetar a regulação emocional. Assim, para pacientes psoriáticos, a supressão emocional pode funcionar como um recurso positivo ao ajustamento psicológico (especificamente na sintomatologia ansiosa), diferentemente do que ocorre em outros contextos de pesquisa (como, por exemplo, doenças coronárias; Appleton et al., 2013), nos quais a supressão tende a ser desfavorável à adaptação (Aldao et al., 2010; Hu et al., 2014). A análise de moderação, enfim, segue nessa direção, pois se constatou (ainda que de maneira estatisticamente limítrofe) a interação entre o diagnóstico de ansiedade e a supressão emocional como um elemento que se diferencia a depender do grupo de pertença amostral.

Em resumo, foram encontrados indícios de que as estratégias de regulação emocional se comportam de modo distinto nos grupos clínico e controle. O grupo psoríase apresentou significativamente mais chances de possuir diagnóstico de ansiedade, bem como exibiu maiores indícios de utilização da estratégia de reavaliação cognitiva no dia a dia. Entretanto, não houve interação entre a reavaliação cognitiva e a ansiedade. Já a supressão emocional possuiu interação significativa com o diagnóstico de ansiedade e apresentou diferença entre os grupos, de modo que, nos pacientes com psoríase, a relação entre ansiedade e supressão ocorreu de modo distinto da associação entre essas variáveis para o grupo sem psoríase.

Uma das limitações que pode ser apontada em relação ao presente estudo foi a heterogeneidade dos escores do grupo controle quanto à regulação emocional. Como observado nas Figuras 1 e 2, constatou-se que o grupo controle, especialmente as pessoas com diagnóstico de ansiedade, tinham um perfil heterogêneo em relação aos escores médios de reavaliação emocional e supressão cognitiva (amplitude dos desvios-padrão). Como se tratou de um grupo que tinha como critério apenas não possuir psoríase, ainda que se tenha buscado a paridade de proporção por sexo e idade, sabe-se que não ter psoríase não implica em não apresentar outras doenças ou aspectos que podem vir a impactar sobre os escores da RE. Assim, parece que o

grupo com psoríase apresentou um padrão mais regular da pontuação nos escores de reavaliação emocional, o que sugere alguma homogeneidade no grupo. Nesse sentido, sugere-se que futuras pesquisas concentrem maior atenção em aspectos metodológicos, delimitando critérios mais rigorosos para a inclusão no grupo controle, visando a obter maior homogeneidade dos dados.

Ademais, para investigações futuras, faz-se a sugestão de que dados sobre a crise, percepção de dor, tempo de doença e tratamento sejam coletados, a fim de que se tenha maior robustez no que diz respeito a indicativos clínicos. Além disso, esses dados permitem que sejam realizadas análises que os associem ao funcionamento da regulação emocional, permitindo melhor entendimento desta importante variável de ajustamento. Ainda, outras variáveis relevantes para o contexto saúde-doença poderiam ser estudadas, como a autoeficácia e a percepção de controle e o desfecho de ansiedade social.

No que diz respeito ao achado aqui apresentado entre a relação da supressão emocional com sintomas ansiosos, reitera-se que este deve ser utilizado com cautela, uma vez que essa interpretação pode não se encaixar exatamente com a quantidade de crises vivenciadas pelos pacientes desde o diagnóstico. Portanto, tendo em vista que a experiência das crises pode gerar um tipo de aprendizado adaptativo, o fato de não ter mensurado a quantidade ou mesmo a ocorrência de crises durante a coleta de dados é uma limitação do estudo. Acredita-se, pois, que caso tal variável tivesse sido mensurada, seria possível reforçar ou não essa hipótese então levantada. Logo, recomenda-se que futuros estudos incluam a mensuração da ocorrência de crises sintomáticas da psoríase para fins de controle de seu efeito sobre a supressão emocional e, respectivamente, sobre a capacidade de lidar com as dificuldades oriundas desse período.

Finalmente, acredita-se que a vivência de uma doença de pele com potencial significativo para ser limitante, como a psoríase, aumenta o risco para o desenvolvimento de psicopatologias, principalmente transtornos ansiosos. No presente estudo, a supressão emocional não pareceu exibir um padrão de estratégia necessariamente mal adaptativa para o

grupo clínico, uma vez que os indivíduos com psoríase que apresentaram maiores escores de supressão não possuíam diagnóstico positivo para ansiedade. Nesse sentido, destaca-se o quanto essa estratégia deve ser melhor estudada e trabalhada, uma vez que sua utilização, a depender do contexto, parece funcionar de maneira não deletéria em grupos específicos. Entende-se também que, ao se obterem evidências do quanto as estratégias de regulação emocional podem ser positivas para o enfrentamento da psoríase, parece ser importante que cada vez mais psicólogos tenham acesso a essa perspectiva teórica e, assim, tenham mais ferramentas para promover saúde de pessoas que sofrem de doenças dermatológicas.

Referências

- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2012). The influence of context on the implementation of adaptive emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, *50*, 493-501. doi: 10.1016/j.brat.2012.04.004
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, *30*(2), 217-237. doi: 10.1016/j.cpr.2009.11.004
- Appleton, A. A., Buka, S. L., Loucks, E. B., Gilman, S. E., & Kubzansky, L. D. (2013). Divergent associations of adaptive and maladaptive emotion regulation strategies with inflammation. *Health Psychology*, *32*(7), 748-756. doi:10.1037/a0030068
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, *51*, 1173-1182. doi: 10.1037//0022-3514.51.6.1173
- Batistoni, S. S. T., Ordonez, T. N., Silva, T. B. L., Nascimento, P. P. P., & Cachioni, M. (2013). Emotional Regulation Questionnaire (ERQ): Indicadores psicométricos e relações com

- medidas afetivas em amostra idosa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26, 10-18. doi: 10.1590/S0102-79722013000100002
- Botega, N. J., Bio, M. R., Zomignani, M. A., Garcia Jr, C., & Pereira, W. A. B. (1995). Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista de Saúde Pública*, 29(5), 355-363. Recuperado de <http://www.scielo.org/article/rsp/1995.v29n5/359-363/pt/>
- Calvetti, P. U., Rivas, R. S. J., Coser, J., Barbosa, A. C. M., & Ramos, D. (2017). Aspectos biopsicossociais e qualidade de vida de pessoas com dermatoses crônicas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(2), 297-307. doi: 10.15309/17psd180202
- Carneiro, S., Azulay-Abulafia, L., & Azulay, D. R. (2017). Dermatoses eritematoescamosas. In R. D. Azulay, D. R. Azulay & L. Azulay-Abulafia, *Dermatologia* (pp. 322-364). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 7a. ed.
- Ciuluvica, C., Amerio, P., & Fulcheri, M. (2014). Emotion regulation strategies and quality of life in dermatologic patients. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 127, 661-665. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.03.331
- Connor, C. J. (2017). Management of the psychological comorbidities of dermatological conditions: Practitioners' guidelines. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology*, 10, 117-132. doi: 10.2147/CCID.S111041
- Consenso Brasileiro de Psoríase. (2012). *Guias de avaliação e tratamento* (2a. ed.). Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Dermatologia. Recuperado de http://formsus.datasus.gov.br/novoimgarq/24326/4057388_345331.pdf
- Dalgard, F. J., Gieler, U., Tomas-Aragones, L., Lien, L., Poot, F., Jemec, G. B. E., . . . , Kupfer, J. (2015). The psychological burden of skin diseases: A cross-sectional multicenter study among dermatological out-patients in 13 European countries. *Journal of Investigative Dermatology*, 135, 984-991. doi:10.1038/jid.2014.530

- Dixon-Gordon, K. L., Aldao, A., & De Los Reyes, A. (2014). Repertoires of emotion regulation: A person-centered approach to assessing emotion regulation strategies and links to psychopathology. *Cognition and Emotion*, 1-12. doi: 10.1080/02699931.2014.983046
- Faro, A. (2015). Análise fatorial confirmatória e normatização da Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31(3), 349-353. doi: 10.1590/0102-37722015032072349353
- Faro, A., & Pereira, M. E. (2013). Estresse: Revisão narrativa da evolução conceitual, perspectivas teóricas e metodológicas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14(1), 78-100. Recuperado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862013000100006&lng=pt&tlng=pt.
- Georgescu, S.-R., Tampa, M., Caruntu, C., Sarbu, M.-I., Mitran, C.-I., Mitran, M.-I., . . . , Neagu, M. (2019). Advances in understanding the immunological pathways in psoriasis. *International Journal of Molecular Sciences*, 20, 739. doi: 10.3390/ijms20030739
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-362. doi: 10.1037/0022-3514.85.2.348
- Hayes, A. F. (2019). Process for SPSS. Recuperado de <http://processmacro.org/index.html>
- Hu, T., Zhang, D., Wang, J., Mistry, R., Ran, G., & Wang, X. (2014). Relation between emotion regulation and mental health: A meta-analysis review. *Psychological Reports: Measures & Statistics*, 114(2), 341-362. doi: 10.2466/03.20.PR0.114k22w4
- Innamorati, M., Quinto, R. M., Imperatori, C., Lora, V., Graceffa, D., Fabbriatore, M., . . . , Bonifati, C. (2016). Health-related quality of life and its association with alexithymia and

- difficulties in emotion regulation in patients with psoriasis. *Comprehensive Psychiatry*, 70, 200-208. doi: 10.1016/j.comppsy.2016.08.001
- Institute for Health Metrics and Evaluation [IHME] (2017). *Global Burden of Disease Results*. Recuperado de <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2017-permalink/2286b3fcc7d4b1f9c167aac682598726>
- Jafferany, M., & França, K. (2016). Psychodermatology: Basics concepts. *Acta Dermatologica Venereologica*, 96(217), 35-37. doi: 10.2340/00015555-2378.
- John, O. P., & Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, 72(6), 1301-1334.
- Jorge, H. Z., Müller, M. C., Ferreira, V. R. T., & Cassal, C. (2004). Pacientes portadores de dermatoses: Relações iniciais e auto-agressividade. *PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 5(2), 22-25. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142004000200004
- Karimkhani, C., Dellavalle, R. P., Coffeng, L. E., Flohr, C., Hay, R. J., Langan, S. M., . . . , Naghavi, M. (2017). Global skin disease morbidity and mortality: An update from the Global Burden of Disease Study 2013. *JAMA Dermatology*, 153(5), 406-412. doi: 10.1001/jamadermatol.2016.5538
- Kobylińska, D., & Kusev, P. (2019). Flexible emotion regulation: How situational demands and individual differences influence the effectiveness of regulatory strategies. *Frontiers in Psychology*, 10: 72. doi: 10.3389/fpsyg.2019.00072
- Kossakowska, M. M., Ciescinska, C., Jaszewska, J., & Placek, W. J. (2009). Control of negative emotions and its implication for illness perception among psoriasis and vitiligo patients. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 24(4), 1-5. doi: 10.1111/j.1468-3083.2009.03432.x

- Marek-Józefowicz, L., Jaracz, M., Placek, W., Czajkowski, R., & Borkowska, A. (2017). Cognitive impairment in patients with severe psoriasis. *Advances in Dermatology and Allergology*, 34(2), 120-125. doi: 10.5114/ada.2017.67074
- Mavrogiorgou, P., Bader, A., Stockfleth, E., & Juckel, G. (2015). Obsessive-compulsive disorder in dermatology. *Journal of the German Society of Dermatology*, 13(10), 991-999. doi: 10.1111/ddg.12781
- Pompili, M., Innamorati, M., Forte, A., Erbuto, D., Lamis, D. A., Narcisi, A., . . . , Girardi, P. (2017). Psychiatric comorbidity and suicidal ideation in psoriasis, melanoma and allergic disorders. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 21(3), 209-214. doi: 10.1080/13651501.2017.1301482
- Ridder, D., Geenen, R., Kuijer, R., Middendorp, H. (2008). Psychological adjustment to chronic disease. *Lancet*, 372, 246-255.
- Tareen, R. S., & Tareen, K. N. (2017). Psychoneuroimmunology of Stress and Psychodermatologic Disorders. In K. França & M. Jafferany (Eds.), *Stress and Skin Disorders: Basic and Clinical Concepts* (pp. 1-10). Switzerland: Springer.
- Vilhena, E., Pais-Ribeiro, J. L., Silva, I., Pedro, L., Meneses, R. F., Cardoso, H., . . . , Mendonça, D. (2014). Factores psicossociais preditivos de ajustamento à vida de pessoas com doenças crónicas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15, 220-233. doi: 10.15309/14psd150118
- Warner, R. M. (2013). Moderation: Tests for interaction in multiple regression. In R. M. Warner, *Applied statistics: From bivariate through multivariate techniques* (pp. 600-630). USA: Sage. 2nd ed.
- World Health Organization [WHO]. (2016). Global report on psoriasis. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204417/1/9789241565189_eng.pdf.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716

Considerações finais

O objetivo desta dissertação foi investigar a relação entre variáveis de ajustamento psicológico, como as estratégias de RE, e a ocorrência de ansiedade e depressão em pacientes acometidos pela psoríase. A regulação emocional vem sendo associada a psicopatologias e tem sido altamente estudada como indicador de saúde, principalmente na área da Psicologia da Saúde. Visando a compreender os aspectos da RE relacionados à psoríase, foram realizados um estudo teórico e uma revisão integrativa da literatura a fim de levantar evidências científicas acerca do papel da RE no ajustamento psicológico e desenvolvimento de psicopatologias. Esses dois estudos forneceram embasamento para a realização do estudo 3, de caráter empírico, que teve como objetivo investigar de que maneira as estratégias de regulação emocional influenciam na ocorrência de sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com psoríase.

O Estudo 1, intitulado “*Variáveis associadas ao ajustamento psicológico e atuação da Psicologia da Saúde na Psiodermatologia*”, mostrou algumas doenças de pele associadas ao sofrimento psicológico e evidenciou variáveis psicológicas relacionadas ao processo adaptativo, como a regulação emocional, autoestima e sintomas obsessivo-compulsivos. Considerando que essas variáveis têm sido associadas a mecanismos de ajustamento e indicado significativo impacto na qualidade de vida dos indivíduos acometidos, destacou-se a importância de intervenções eficazes direcionadas a estes construtos, visando a promover melhor ajustamento psicológico frente à vivência de uma doença de pele. Portanto, constatou-se que a intervenção da Psicologia da Saúde pode ser útil, uma vez que busca compreender o funcionamento cognitivo e adaptativo de enfrentamento a estas condições. Por fim, foi ressaltada a importância de se investigar o modo como a regulação emocional interfere no funcionamento dos indivíduos, especialmente em pacientes dermatológicos. Ao compreender com a RE influencia na saúde desses indivíduos, os psicólogos da saúde podem intervir nesse quadro, buscando a promoção de saúde desses pacientes.

O Estudo 2, denominado “*Revisão integrativa sobre a associação entre regulação emocional, transtornos depressivos e transtornos ansiosos*”, ratificou as evidências indicadas na literatura quanto à associação entre as estratégias de regulação emocional e a ocorrência de sintomas depressivos e ansiosos em amostras no geral. Em síntese, a revisão apontou lacunas quanto à realização de estudos nacionais sobre a relação entre a regulação emocional e ansiedade e depressão, bem como evidenciou a importância de se realizar estudos em grupos distintos, a fim de observar a forma como a RE se comporta e permitir a comparação entre grupos. Ao corroborar a relação entre as estratégias de RE e sintomas psicopatológicos, o estudo confirma o papel da RE como indicador de saúde e provém evidências empíricas para prática dos profissionais de saúde, sugerindo o quanto a regulação das emoções pode ser importante para no tratamento e prevenção de transtornos mentais.

Os achados do Estudo 3 “*Regulação emocional e ansiedade em pacientes com psoríase*” evidenciaram o maior acometimento de transtornos ansiosos em pacientes com psoríase, bem como uma maior utilização da estratégia de regulação emocional. Observou-se que a supressão e a ansiedade interagiram entre si, indicando que a supressão emocional interfere na ocorrência de sintomas ansiosos em pacientes com psoríase. Além disso, constatou-se que a reavaliação cognitiva não diferiu entre o grupo de pacientes com psoríase e pessoas sem psoríase, apontando que esta estratégia parece não se diferenciar entre grupos distintos da população. Nesse sentido, evidencia-se a supressão emocional enquanto importante estratégia de intervenção visando a promover o enfrentamento de psicopatologias nas doenças crônicas. Enfim, os achados aqui apresentados fornecem subsídio para a compreensão da ocorrência de sintomas ansiosos em pacientes com psoríase, assim como destacam dados sobre o impacto das psicopatologias no ajustamento psicológico frente às doenças de pele. Logo, concluiu-se sobre a importância de que os psicólogos estejam inseridos no tratamento de pacientes dermatológicos, principalmente

promovendo a utilização de estratégias de regulação emocional mais adaptativas e um melhor enfrentamento da psoríase.

Em suma, observou-se que as estratégias de regulação emocional têm ocupado papel importante no que diz respeito ao ajustamento psicológico de doenças crônicas da pele, como por exemplo, a psoríase. Ao conhecer os fatores de risco e proteção ao ajustamento, compreendem-se também aspectos que poderiam estar associados ao desenvolvimento de psicopatologias, como sintomas depressivos e ansiosos, nos indivíduos acometidos pela psoríase. A partir do momento que o psicólogo da saúde obtém evidências quanto às variáveis associadas ao ajustamento, torna-se mais plausível a execução de ações interventivas de prevenção e promoção de saúde, bem como suporte ao paciente já adoecido.

Como limitações desta dissertação, destaca-se a ausência da realização de um estudo de caráter interventivo, que poderia trazer evidências mais robustas quanto ao impacto das estratégias de regulação emocional na ocorrência de psicopatologias em pacientes com psoríase. Sugere-se, então, que intervenções desse tipo sejam realizadas, visando a oferecer suporte aos pacientes que sofrem com as limitações impostas pelo adoecimento, bem como a coletar evidências sobre o papel da regulação emocional e outras variáveis importantes na ocorrência de sintomas depressivos e ansiosos em pacientes psoriáticos.

Por fim, entende-se que os objetivos levantados neste estudo foram alcançados. A partir da realização de investigações teóricas e empíricas, conseguiu-se reunir evidências sobre o ajustamento psicológico nas doenças de pele, destacando-se a associação entre a regulação emocional e a ocorrência de sintomas ansiosos em pacientes com psoríase. Acredita-se que os presentes achados podem contribuir para a atuação de psicólogos e demais profissionais da saúde no cuidado aos pacientes com psoríase, tanto em situações de prevenção e promoção de saúde, quanto para intervenções focadas no controle e/ou remissão dos sintomas.

ANEXOS

Anexo 1: Questionário sociodemográfico e clínico

1. Sexo: () Feminino () Masculino
2. Idade (em anos):
3. Cor de pele: () Amarela () Branca () Indígena () Parda () Preta () Outra
4. Escolaridade: () Analfabeto ou Semi-alfabetizado () Fundamental () Médio () Superior
5. Renda familiar (em salários):
6. Status de relacionamento: () Solteiro(a) () Casado(a) () Divorciado(a) () Viúvo (a) () Outro _____
7. Ocupação: () Apenas estuda () Apenas trabalha () Estuda e trabalha () Não tem ocupação () Aposentado ou pensionista () Dona de casa
8. Diagnóstico: () Psoríase () Outros _____
9. Tempo de tratamento: _____
10. Quando foi a última vez que teve alguma crise ligada à doença? _____
11. Considera sua doença: () Leve () Moderada () Grave
12. Considera sua doença: () Pouco incômoda () Incômoda () Muito incômoda
13. Alguém na sua família já foi diagnosticado com psoríase? Quem? _____
14. Já teve por depressão ou ansiedade em algum momento de sua vida? Se sim, qual/quando? _____
15. Alguém em sua família já passou por episódios de depressão ou ansiedade? Se sim, quem/qual? _____
16. Faz acompanhamento psicológico atualmente? () Sim () Não
17. Já fez acompanhamento psicológico alguma vez na vida? () Sim () Não
18. Faz uso de medicamento antidepressivo ou ansiolítico atualmente? () Sim () Não

1 – Tempo de doença: 1) ≤ 10 anos 2) > 10 anos

2 – Forma clínica predominante:

- 1) Psoríase Vulgar 2) Psoríase Invertida 3) Psoríase palmoplantar
 4) Psoríase pustulosa generalizada 5) Pustulosa em placas
 6) Pustulose palmoplantar 7) Acrodermatite de Hallopeau
 8) Psoríase Eritrodérmica 9) Psoríase Gutata

3 – Acometimento de couro cabeludo:

- 1) SIM 2) NÃO 99) Não se aplica

4 – Acometimento de Interglúteos:

- 1) SIM 2) NÃO 99) Não se aplica

5 – Acometimento Ungueal:

- 1) SIM 2) NÃO 99) Não se aplica

6 – PASI: 1) < 10 2) ≥ 10 99) Não se aplica

7 – DLQI: 1) ≤ 10 2) ≥ 10 99) Não se aplica

8 – Presença de HAS: 1) SIM 2) NÃO

9 – Presença de Dislipidemia: 1) SIM 2) NÃO

10 – Presença de DM: 1) SIM 2) NÃO

11 – Presença de Transtorno do humor (Depressão): 1) SIM 2) NÃO

12 – Presença de Obesidade/Sobrepeso: 1) SIM 2) NÃO

13 – Etilismo: 1) SIM 2) NÃO

14 – Tabagismo: 1) SIM 2) NÃO

15 – Atividade física: 1) SIM 2) NÃO

Tratamento atual:

16 – Corticóide Tópico: 1) SIM 2) NÃO

17 – Calcipotriol: 1) SIM 2) NÃO

18 – Alcatrão: 1) SIM 2) NÃO

19 – 8-MOP tópico: 1) SIM 2) NÃO

20 – Hidratante: 1) SIM 2) NÃO

21 – Metrotexate: 1) SIM 2) NÃO

22 – Acitretina: 1) SIM 2) NÃO

23 – Ciclosporina: 1) SIM 2) NÃO

24 – 8-MOP Sistêmico: 1) SIM 2) NÃO

25 – Imunobiológico: 1) SIM 2) NÃO

Anexo 2: Questionário de Regulação Emocional (QRE)

Gostaríamos de fazer algumas perguntas sobre a sua vida emocional, em particular, como controla as suas emoções (isto é, como regula e gere). As questões abaixo envolvem duas situações diferentes sobre sua vida emocional. A primeira refere-se a sua experiência emocional, isto é, o modo como se sente. A segunda se refere a expressão emocional, ou seja, a forma como demonstra as suas emoções, ao falar, gesticular ou atuar. Apesar de algumas questões parecerem semelhantes, diferem em importantes aspectos. A cada item, por favor, marque o número que melhor representa a sua resposta.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente	Discordo	Discordo um pouco	Não discordo nem concordo	Concordo um pouco	Concordo	Concordo totalmente

Quando quero sentir mais emoções positivas (como alegria ou contentamento), mudo o que estou pensando.	1	2	3	4	5	6	7
Eu conservo as minhas emoções para mim.	1	2	3	4	5	6	7
Quando quero sentir menos emoções negativas (como tristeza ou raiva) mudo o que estou pensando.	1	2	3	4	5	6	7
Quando estou sentindo emoções positivas, tenho cuidado para não expressá-las.	1	2	3	4	5	6	7
Quando estou perante a uma situação estressante, procuro pensar de uma forma que me ajude a ficar calmo.	1	2	3	4	5	6	7
Eu controlo as minhas emoções não as expressando.	1	2	3	4	5	6	7
Quando quero sentir mais emoções positivas, eu mudo o que estou pensando em relação à situação.	1	2	3	4	5	6	7
Eu controlo as minhas emoções modificando a forma de pensar sobre a situação em que me encontro.	1	2	3	4	5	6	7
Quando estou sentindo emoções negativas, tento não expressá-las.	1	2	3	4	5	6	7
Quando eu quero sentir menos emoções negativas, mudo a forma como estou pensando em relação à situação.	1	2	3	4	5	6	7

Anexo 3: Hospital Anxiety Depression Scale (HADS)

Assinale com “X” a alternativa que melhor descreve sua resposta a cada questão.

1. Eu me sinto tensa (o) ou contraída(o):
<input type="checkbox"/> a maior parte do tempo <input type="checkbox"/> boa parte do tempo <input type="checkbox"/> de vez em quando <input type="checkbox"/> nunca
2. Eu ainda sinto que gosto das mesmas coisas de antes:
<input type="checkbox"/> sim, do mesmo jeito que antes <input type="checkbox"/> não tanto quanto antes <input type="checkbox"/> só um pouco <input type="checkbox"/> já não consigo ter prazer em nada
3. Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer
<input type="checkbox"/> sim, de jeito muito forte <input type="checkbox"/> sim, mas não tão forte <input type="checkbox"/> um pouco, mas isso não me preocupa <input type="checkbox"/> não sinto nada disso
4. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas
<input type="checkbox"/> do mesmo jeito que antes <input type="checkbox"/> atualmente um pouco menos <input type="checkbox"/> atualmente bem menos <input type="checkbox"/> não consigo mais
5. Estou com a cabeça cheia de preocupações
<input type="checkbox"/> a maior parte do tempo <input type="checkbox"/> boa parte do tempo <input type="checkbox"/> de vez em quando <input type="checkbox"/> raramente
6. Eu me sinto alegre
<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> poucas vezes <input type="checkbox"/> muitas vezes <input type="checkbox"/> a maior parte do tempo
7. Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:
<input type="checkbox"/> sim, quase sempre <input type="checkbox"/> muitas vezes <input type="checkbox"/> poucas vezes <input type="checkbox"/> nunca
8. Eu estou lenta (o) para pensar e fazer coisas:
<input type="checkbox"/> quase sempre <input type="checkbox"/> muitas vezes <input type="checkbox"/> poucas vezes <input type="checkbox"/> nunca

9. Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:
<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> de vez em quando <input type="checkbox"/> muitas vezes <input type="checkbox"/> quase sempre
10. Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:
<input type="checkbox"/> completamente <input type="checkbox"/> não estou me cuidando como deveria <input type="checkbox"/> não tanto quanto antes <input type="checkbox"/> me cuido do mesmo jeito que antes
11. Eu me sinto inquieta (o), como se eu não pudesse ficar parada (o) em lugar nenhum:
<input type="checkbox"/> sim, demais <input type="checkbox"/> bastante <input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> não me sinto assim
12. Fico animada (o) esperando as coisas boas que estão por vir
<input type="checkbox"/> do mesmo jeito que antes <input type="checkbox"/> um pouco menos que antes <input type="checkbox"/> bem menos do que antes <input type="checkbox"/> quase nunca
13. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:
<input type="checkbox"/> a quase todo momento <input type="checkbox"/> várias vezes <input type="checkbox"/> de vez em quando <input type="checkbox"/> não senti isso
14. Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:
<input type="checkbox"/> quase sempre <input type="checkbox"/> várias vezes <input type="checkbox"/> poucas vezes <input type="checkbox"/> quase nunca

Anexo 4: Termo de consentimento livre e esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos você para participar da pesquisa intitulada “Saúde mental em pacientes dermatológicos” que tem por objetivo avaliar a saúde mental de pacientes dermatológicos e seus cuidadores, analisando a forma como os processos psicológicos se relacionam com transtornos mentais comuns.

A aplicação será feita individualmente, durante momento de espera para a consulta. A entrevista da pesquisa será identificada apenas por um código, sendo mantida sob sigilo todas as suas informações. A aplicação terá a duração de cerca de 30 minutos. A entrevista será realizada nas dependências do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (HU-UFS), em local reservado, garantindo assim a sua privacidade.

Os questionários padronizados serão respondidos em formato de entrevista. O conteúdo e os resultados do presente estudo serão divulgados em meio científico apenas de forma agrupada impossibilitando a sua identificação pessoal.

Sua participação não é obrigatória e apresenta risco considerado mínimo devido ao constrangimento frente à situação de responder às perguntas dos questionários. Esta pesquisa não trará nenhum benefício financeiro ou privilégios particulares por você estar participando. Os benefícios esperados são com relação à ampliação do conhecimento acerca da percepção de ser um paciente dermatológico, ou de ser cuidador de uma criança/adolescente com afecções de pele, de modo a oferecer subsídios para profissionais de saúde na elaboração de planos assistenciais mais efetivos.

Os pesquisadores se comprometem a esclarecer devida e adequadamente qualquer dúvida que eventualmente você venha a ter. Caso você queira em qualquer fase da pesquisa se recusar a participar ou retirar seu consentimento, você terá toda liberdade de fazê-lo, sem que isso lhe acarrete qualquer prejuízo.

O pesquisador responsável pela pesquisa é o Dr. André Faro, professor Adjunto do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Sergipe, que estará supervisionando a coordenadora responsável da pesquisa, Brenda Fernanda Pereira da Silva (matrícula nº 201811001592), discente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Sergipe (UFS). Fornecemos o endereço de e-mail (brenda_iga@yahoo.com.br) e o telefone (079 99938-3669) para que os(as) participantes possam entrar em contato conosco.

Após ser devidamente informado(a) sobre a pesquisa, concordo em participar voluntariamente desta.

Declaro que recebi a cópia do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Aracaju, _____ de _____ de 201__.

Membro da Equipe da Pesquisa

Participante da Pesquisa

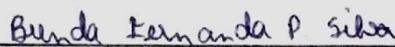
Anexo 5: Termo de autorização institucional**Solicitação de Autorização para Pesquisa****Aracaju, Março de 2017****À Dra. Jonnia Maria Sherlock Araujo**

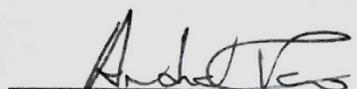
Eu, Brenda Fernanda Pereira da Silva, responsável principal pela pesquisa "Saúde mental em pacientes dermatológicos", orientada pelo Prof. Dr. André Faro, discente do curso de Psicologia da Universidade Federal de Sergipe (UFS), venho pelo presente, solicitar autorização desta, para aplicação de questionários com os pacientes e acompanhantes atendidos por esta instituição.

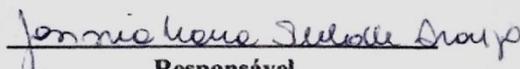
A aplicação deste material será imprescindível para o trabalho, que tem como objetivo avaliar a saúde mental de pacientes dermatológicos e seus cuidadores, analisando a forma como os processos psicológicos se relacionam com a ocorrência de transtornos mentais comuns. Tais processos podem explicar a ocorrência, principalmente, de transtornos depressivos e ansiosos nessa população, e conhecê-los nos auxilia a promover intervenções eficazes a fim de proporcionar melhor qualidade de vida aos pacientes.

Para maiores esclarecimentos sobre a pesquisa, segue em anexo o projeto de pesquisa, o qual será submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da UFS. Antes do início da coleta dos dados, solicito uma reunião para apresentar a aprovação de tal comitê e, assim, esclarecer demais procedimentos que ainda possam não estar claros para a coordenação da instituição.

Contando com a autorização desta instituição, coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento através do telefone (79) 99938-3669 e do e-mail brenda_iga@yahoo.com.br.


Brenda Fernanda Pereira da Silva
Matrícula: 201310031440


Prof. Dr. André Faro
Universidade Federal de Sergipe


Responsável
Dra. Jonnia Maria Sherlock Araujo
Dermatologista HU-UFS

Anexo 6: Parecer Consubstanciado CEP

UFS - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DE ARACAJÚ
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Saúde mental em pacientes dermatológicos

Pesquisador: André Faro Santos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 68321717.2.0000.5546

Instituição Proponente: Departamento de Psicologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.164.584

Apresentação do Projeto:

"Pesquisa intitulada "Saúde mental em pacientes dermatológicos", trata-se de um estudo transversal e comparativo, a ser realizado com aproximadamente 150 crianças e adolescentes de ambos os sexos, na faixa etária de 7 a 18 anos, acometidos por DA e outras dermatoses, e o respectivo cuidador familiar que estiver acompanhando o paciente no Ambulatório de Dermatologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (HU/UFS) por ocasião da coleta de dados. A amostra será dividida em três estudos distintos: Estudo 1, pacientes adultos acometidos por psoríase; Estudo 2, crianças e adolescentes acometidos com dermatite atópica e seus cuidadores; Estudo 3: pacientes acometidos por outras afecções dermatológicas. Os dados obtidos através dos questionários sociodemográficos e clínicos e das escalas serão analisados através do programa SPSS (versão 20). Assim, após limpeza do banco de dados, será conduzida uma análise descritiva a fim de checar as frequências, médias, medianas e desvios padrão. Na análise inferencial, as variáveis sociodemográficas e clínicas serão comparadas com as variáveis psicológicas através de testes t de Student, correlação ou ANOVA.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Mapear sistematicamente pacientes do Ambulatório de Dermatologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (HU/UFS), traçando o perfil social, psicológico e clínico de

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)2105-1805

E-mail: cephu@ufs.br

UFS - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DE ARACAJÚ
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



Continuação do Parecer: 2.164.584

indivíduos acometidos com Dermatite Atópica, Psoríase e outras afecções dermatológicas e seus cuidadores.

- Analisar a forma como os processos psicológicos se relacionam com a ocorrência de transtornos mentais comuns, especificamente a depressão e a ansiedade.

Objetivo Secundário:

Estudo 1:

- Avaliar o modo como as emoções, a regulação emocional (supressão e reavaliação cognitiva), sintomas obsessivos-compulsivos e o bem-estar subjetivo relacionam-se com a ocorrência de transtornos depressivos e ansiosos em pacientes adultos acometidos por Psoríase, bem como relacionar tais variáveis com a gravidade da doença.

Estudo 2:

- Analisar a forma como o suporte social e a regulação emocional influenciam a qualidade de vida dos principais cuidadores familiares;

- Avaliar o modo com que pensamentos automáticos e sintomas obsessivos-compulsivos influenciam a qualidade de vida das crianças ou adolescentes acometidos por DA e outras dermatoses; investigar a presença de sintomas depressivos e ansiosos nestes grupos.

Estudo 3:

- Analisar os principais estressores, o nível e características do estresse, presença de sintomas obsessivos compulsivos e modalidades de enfrentamento e adesão ao tratamento de indivíduos com afecções dermatológicas atendidos no Ambulatório de Dermatologia do Hospital da Universitário da Universidade Federal de Sergipe (HU/UFS), bem como levantar a ocorrência de transtornos mentais comuns (Depressão e Ansiedade) nesse grupo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os pesquisadores consideram que a pesquisa possui riscos mínimos tendo em vista que os participantes poderão sofrer constrangimentos para responder às perguntas dos questionários. Afirmam que os pesquisadores estarão preparados para oferecer o suporte necessário ao participante. Será disponibilizado contato telefônico e eletrônico para os participantes, cuja função é de eventual suporte ou mesmo esclarecimento após a coleta de dados.

Benefícios:

Os pesquisadores afirmam o estudo visa a ampliar o conhecimento acerca da percepção de ser um paciente dermatológico e de ser cuidador de uma criança/adolescente com afecções de pele, de modo que venha a oferecer subsídios aos profissionais de saúde na elaboração de planos

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)2105-1805

E-mail: cephu@ufs.br

UFS - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DE ARACAJÚ
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



Continuação do Parecer: 2.164.584

assistenciais mais efetivos aos usuários. Além de conscientizar seus participantes sobre a importância das intervenções psicológicas para um tratamento mais completo e efetivo das dermatoses. Para tanto, também será prestada a informação a respeito de serviços de atendimento psicológico na rede pública ou de acesso gratuito que, se for do interesse do participante, poderá acessá-los para possível acompanhamento profissional.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, atende o que reza a Resolução 466/2012.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE está em formato de convite, garante o anonimato, sigilo das informações, direito de recusa e desistência a qualquer momento sem nenhum prejuízo para os participantes da pesquisa. Informa quais objetivos da pesquisa. Estabelece os benefícios indiretos esperados para os participantes. Colocou fones do pesquisador responsável, para eventual necessidade de contato do sujeito da pesquisa. Informa que o participante receberá uma via do TCLE

Recomendações:

Que os resultados do estudo sejam apresentados aos participantes da instituição pesquisada e divulgados em periódicos indexados, assim como apresentados em eventos científicos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pesquisa aprovada por este comitê de ética.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_866942.pdf	02/07/2017 23:47:48		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Carta_aos_pais_atualizada.pdf	02/07/2017 23:46:36	BRENDA FERNANDA PEREIRA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_atualizado.pdf	02/07/2017 23:46:26	BRENDA FERNANDA PEREIRA DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Saude_Mental_em_Pacientes_Dermatologicos_Brenda_Fernanda_02_07.pdf	02/07/2017 23:46:07	BRENDA FERNANDA PEREIRA DA SILVA	Aceito

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)2105-1805

E-mail: cephu@ufs.br

UFS - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DE ARACAJU
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



Continuação do Parecer: 2.164.584

Orçamento	Orcamento_atualizado.pdf	02/07/2017 23:44:22	BRENDA FERNANDA	Aceito
Cronograma	Cronograma_da_pesquisa.pdf	02/07/2017 23:44:01	BRENDA FERNANDA	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	11/05/2017 17:59:13	BRENDA FERNANDA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	solicitacao_autorizacao.pdf	26/03/2017 21:41:01	BRENDA FERNANDA PEREIRA DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARACAJU, 10 de Julho de 2017

Assinado por:
Anita Herminia Oliveira Souza
(Coordenador)

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)2105-1805

E-mail: cephu@ufs.br