



**UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA**

CAROLINA MARTINEZ SAMPAIO MOTA

**ANÁLISE COMPORTAMENTAL DE INTERAÇÕES SOCIAIS
DE PACIENTES AMBULATORIAIS COM PSORÍASE**

Londrina
2008

CAROLINA MARTINEZ SAMPAIO MOTA

**ANÁLISE COMPORTAMENTAL DE INTERAÇÕES SOCIAIS
DE PACIENTES AMBULATORIAIS COM PSORÍASE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento, da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Análise do Comportamento.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Márcia Cristina Caserta Gon

Londrina
2008

CAROLINA MARTINEZ SAMPAIO MOTA

**ANÁLISE COMPORTAMENTAL DE INTERAÇÕES SOCIAIS
DE PACIENTES AMBULATORIAIS COM PSORÍASE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento, da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Análise do Comportamento.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Márcia Cristina Caserta Gon

BANCA EXAMINADORA

Dr.^a Márcia Cristina Caserta Gon-
Orientadora
Universidade Estadual de Londrina

Dr.^a Rita de Cássia Margarido Moreira
Universidade Estadual Paulista de Ribeirão
Preto

Dr.^a Maura Glória de Freitas
Universidade Estadual de Londrina

Londrina, 05 de abril de 2008.

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho aos meus pais e irmão e a todos aqueles que apresentam doença de pele. Espero que esta pesquisa repercuta em benefícios para aqueles que padecem desse tipo de afecção.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os que colaboraram para realização desta pesquisa, pelo apoio, pela compreensão, pelo carinho e incentivo.

Obrigada aos funcionários, professores, dermatologistas, residentes e plantonistas do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Londrina que permitiram o meu acesso ao ambulatório de dermatologia, recepcionaram-me e me auxiliaram com muita consideração.

Obrigada aos participantes da pesquisa por concederem-me a possibilidade de conhecer um pouco de suas vidas e, dessa forma, poder aprender um pouco sobre suas potencialidades e suas dificuldades.

Obrigada aos Professores do Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento, pelo auxílio, pela formação e pelas discussões.

Agradeço especialmente à Prof.^a Márcia pela atenção, respeito e autonomia a mim concedidos e sobretudo pela compreensão durante a realização da pesquisa.

Obrigada à Prof.^a Maura Freitas cujos apontamentos e sugestões no processo de realização da pesquisa foram de suma importância.

Obrigada ao Prof. Dr. L. Minelli pela disponibilidade em participar da qualificação e pela amistosa recepção durante a coleta de dados.

Obrigada à Prof.^a Rita de Cássia M. Moreira por aceitar discutir e avaliar o trabalho.

Obrigada à Inês (secretária do PGAC) cuja competência e disponibilidade em auxiliar já são amplamente reconhecidas.

Obrigada aos colegas do mestrado, extremamente companheiros e verdadeiros amigos e agradeço aos meus pais, irmão, familiares e amigos pela compreensão, por todo auxílio e apoio.

MOTA, Carolina Martinez Sampaio. **Análise Comportamental de Interações Sociais de Pacientes Ambulatoriais com Psoríase**. 2008. 98f. Dissertação (Mestrado em Análise do Comportamento) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2008.

RESUMO

As pesquisas sobre psoríase mostram que, além do desconforto físico (prurido, lesões na pele) e dos tratamentos custosos e pouco efetivos, os indivíduos com esta doença também sofrem com a aparência inestética da pele e com as dificuldades para enfrentar reações de preconceito (piadas, apelidos, olhares insistentes) de outras pessoas em diferentes contextos sociais. Nestes casos, os que já apresentam um conjunto de respostas sociais pouco habilidosas, independente da doença, podem perceber essas situações como extremamente aversivas. Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar se indivíduos com psoríase apresentam dificuldades nas interações sociais e quais os aspectos clínicos e as condições sócio-demográficas que são mais propícios à apresentação destas dificuldades. Para tanto, entrevistaram-se 35 indivíduos, 19 homens e 16 mulheres, entre 14 e 77 anos, atendidos no ambulatório do Serviço de Dermatologia do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Londrina e que apresentavam a doença há pelo menos seis meses. Esta amostra foi caracterizada quanto aos dados sócio-demográficos (idade, gênero, escolaridade, nível sócio-econômico, ocupação, estado civil e número de filhos) e aos aspectos clínicos (localização das lesões, tipo de medicação e tempo de diagnóstico). Nesta pesquisa também foram identificadas, por meio do Inventário de Habilidades Sociais (IHS - Del Prette e Del Prette, 2001), as dificuldades de interação social relatadas por estes indivíduos. Esses dados foram analisados estatisticamente. Além dos dados sócio-demográficos e dos aspectos clínicos, os pacientes também foram entrevistados individualmente para que detalhassem as dificuldades que enfrentavam com a doença. Conforme os resultados, para avaliar a severidade de um caso de psoríase, conjuntamente aos aspectos clínicos (tipo de medicação, localização das lesões, tempo de diagnóstico e presença de outras doenças, além da psoríase) devem ser considerados alguns dados demográficos como idade, gênero e estado civil. Mulheres jovens e solteiras mostraram-se mais vulneráveis às dificuldades interpessoais, especialmente quando as lesões eram expostas. Em contrapartida, homens mais velhos e casados relataram melhores desempenhos sociais. O tempo de diagnóstico também foi uma condição importante para avaliar dificuldades interpessoais, pois indivíduos com mais de três anos de diagnóstico relataram melhores desempenhos, ainda que fossem mulheres mais jovens. Porém, quando, além da psoríase, os indivíduos apresentavam outras doenças, independente da idade e do tempo de diagnóstico, eles relatavam baixo desempenho em interações sociais. Os comprometimentos causados pela doença também se mostraram bastante diferenciados conforme a idade dos participantes. Quanto aos indivíduos mais idosos, os incômodos físicos, como prurido, sangramento, descamações, as limitações nas atividades cotidianas e a dependência de terceiros para o desempenho destas atividades foram as principais queixas. Por sua vez, os mais jovens queixaram-se das críticas e avaliações negativas das pessoas à sua aparência física; portanto, eles evitavam o contato social e, conseqüentemente, apresentavam dificuldades quando tinham de interagir socialmente. Essas dificuldades prevaleciam na faixa etária economicamente ativa, pois a inserção em atividades produtivas exige exposição social e repertório social extremamente elaborado. Ao compreender as condições que favorecem a apresentação de dificuldades sociais e desenvolver ações integradas, tanto a Psicologia quanto a Dermatologia potencializam e aperfeiçoam procedimentos conjuntos em benefício destes indivíduos.

Palavras-Chave: Psoríase. Análise do Comportamento. Interação Social.

MOTA, Carolina Martinez Sampaio. **Behavior Analysis of Social Interactions of Clinics Patients with Psoriasis.** 2008. 98f. Dissertation (Masters Degree in Behavior Analysis) Universidade Estadual de Londrina, Londrina. 2008.

ABSTRACT

Psoriasis research indicates that, besides physical discomfort (itching, skin lesions), costly and low effective treatments, people with this disease suffers with its non esthetic skin appearance too, and with difficulties to overthrow prejudice reactions (jokes, nicknames, insistent eye sights) from other people in different social contexts. In cases like that, the ones with low social responses abilities, independently from the disease, can take these situations as extremely aversive ones. In that way, this study objective was to evaluate if psoriasis people shows social interaction difficulties, and which clinical aspects and social-demographic conditions are more propitious to these difficulties. For this, 35 people where interviewed, 19 men, 16 woman, with ages from 14 to 77, all of them attended at the ambulatory of the Dermatologic Service at Clinics Hospital from Londrina State University, with at least 6 months long disease symptoms. This sample was characterized about social-demographic data (age, gender, scholarship, social-economic level, occupation, civil state and children number), and clinical aspects (lesion location, medication type, and diagnostics time). In this research were also identified, through the Inventory of Social Abilities (IHS - Del Prette and Del Prette, 2001), the social interaction problems cited by these people. This information was statistically analyzed. Beyond social-demographic data and clinical aspects, the patients were also individually interviewed to detail its disease difficulties. Depending upon the results, to evaluate some psoriasis case severity, in conjunction with the clinical aspects (medication type, lesion location, diagnostics time, and existence of other diseases, must be considered. Single young woman are the more vulnerable to interpersonal difficulties, especially with exposed lesions. At other hand, older married men account better intersocial performances. Diagnostics time was also an important condition to thepresentation of interpersonal problems, because people with more diagnostics time showed less interpersonal problems, even young woman. But people with diseases other than psoriasis, independently from age, and diagnostics time, they tells about little social interactions. The disease compromises shows very different depending on the age of the participants too. For older people the physical discomforts like itching, bleeding, scaling off, daily activities limitations, and other people dependence to do these activities were the main complaints. By the other side, the younger complained about other people critics and negative evaluations about their physical appearance, making them avoid social contacts, and consequently showing difficulties when having to do social interactions. These difficulties prevail at economic active ages, because production activities demands social exposition and presentation of extremely elaborate social abilities. Understanding the conditions that favor the presentation of social difficulties and developing integrated actions, as much Psychology, as the Dermatology, empowers and perfects joint procedures in benefit of these individuals.

Keywords: Psoriasis. Behavior Analysis. Social Interaction.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1.** Ordenação numérica dos dados referentes aos aspectos sócio-demográficos e clínicos da doença para fins estatísticos 49
- Tabela 2.** Características sociais, demográficas e clínicas da amostra de participantes 5

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Correlação estatística entre idade dos participantes e escores relatados no fator 1 do Inventário de Habilidades Sociais IHS-Del Prette..... 56

Figura 2. Correlação estatística entre idade dos participantes e escores relatados no fator 4 do Inventário de Habilidades Sociais IHS-Del Prette..... 56

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
Interação Social e Afecções Dermatológicas	12
Psoríase: Características e Tratamento	15
Psoríase e Interações Sociais de Estigmatização	17
Interações Sociais e Análise do Comportamento	24
Padrões de Fuga-Esquiva de Interações Sociais: Conseqüências para os Indivíduos com Psoríase	32
JUSTIFICATIVA E PROBLEMA DE PESQUISA	37
OBJETIVO GERAL	40
Objetivos Específicos	40
MÉTODO	41
Participantes	41
Local	41
Recursos Humanos	42
Equipamentos e Materiais	42
Instrumentos	42
Procedimento	44
Seleção da amostra de participantes	44
Entrevista e aplicação do IHS- Del-Prette	44
Checagem do prontuário médico	45
Tratamento e Análise dos Dados	46
Critérios referentes à caracterização da amostra quanto aos aspectos sócio-demográficos	46
Critérios referentes à caracterização da amostra quanto aos aspectos clínicos da psoríase.....	47
Sistema de ordenação dos dados para fins de análise estatística	48

Análise estatística	49
Categorização dos comportamentos relatados pelos participantes em relação às perguntas da entrevista.....	50
RESULTADOS	51
Caracterização da Amostra Quanto aos Aspectos Sócio-Demográficos	51
Caracterização da Amostra Quanto aos Aspectos Clínicos da Psoríase.....	52
Correlações entre Dados Sócio-Demográficos e Aspectos Clínicos as Psoríase.....	55
IHS-Del Prette: Correlações entre Idade e Fatores	55
Correlação entre Dados Sócio-Demográficos e Escores do IHS- Del Prette.....	57
Correlação entre Aspectos Clínicos da Psoríase e Escores do IHS-Del Prette.....	58
Categorização das Respostas dadas à Pergunta sobre Dificuldades Enfrentadas por Indivíduos com Psoríase	58
Categoria 1: Comportamentos das pessoas desconhecidas à aparência física dos indivíduos com psoríase	58
Categoria 2: Comportamentos dos indivíduos com psoríase às reações das pessoas desconhecidas à sua aparência física	59
Categoria 3: Comportamentos de conhecidos que contribuem ou prejudicam o enfrentamento às reações negativas das pessoas à aparência dos indivíduos com psoríase.....	60
Relação entre Dados Sócio-Demográficos, Aspectos Clínicos da Doença e Categorias de Comportamentos Relatados pelos Indivíduos com Psoríase	61
DISCUSSÃO	64
Severidade da Psoríase: Relação entre Aspectos Clínicos, Sócio-Demográficos e Dificuldades Interpessoais	64
Psoríase e Dificuldades Interpessoais: Relação com as Faixas Etárias	67
Psoríase e Dificuldades Interpessoais: Relação com Gênero e Estado Civil.....	72
Análise das Diferenças Pessoais Quanto ao Enfrentamento dos Incômodos Físicos e Avaliações Negativas das Pessoas.....	75

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
ENCAMINHAMENTOS PARA FUTURAS PESQUISAS E/OU PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS.....	82
REFERÊNCIAS	86
ANEXOS	94
Anexo A Termo de Consentimento Informado	95
Anexo B: Questionário sobre os Dados Sócio-Demográficos.....	97

INTRODUÇÃO

Muitos estudos sugerem uma correlação entre doença de pele e dificuldades de interações sociais. Ocorre que a maioria destes estudos nem sempre discute se tais dificuldades estão relacionadas especificamente aos aspectos clínicos da doença ou a outros fatores. Diante desta perspectiva, a presente pesquisa objetiva detalhar se há inter-relações entre algumas características sócio-demográficas, aspectos clínicos da doença e os comportamentos apresentados por indivíduos com psoríase em interações sociais. Para discutir esta problemática, será primeiramente debatida a importância da pele nas relações interpessoais e nos processos de socialização, principalmente para aqueles indivíduos com alterações dermatológicas. Posteriormente, serão detalhados os aspectos médicos da doença. Em seguida, serão apresentados alguns estudos correlacionais sobre doença de pele e dificuldades de interação social e, finalmente, será abordado como a análise do comportamento considera as dificuldades de interação apresentadas por estes indivíduos, as quais são bastante citadas nas pesquisas correlacionais.

Interação Social e Afecções Dermatológicas

A pele é um dos principais órgãos sensoriais dos seres humanos. Ela constitui o órgão dos sentidos mais extenso e fundamental, pois envolve o corpo dos indivíduos por completo e é o primeiro sistema sensorial a se desenvolver no embrião humano e a se tornar funcional (Montagu, 1971/1986). A pele está intimamente relacionada à sensibilidade corporal, pois sob ela se assentam os demais órgãos do sentido, que são os mecanismos de

percepção e de contato com o mundo externo ao corpo. Os olhos, o ouvido, o nariz e a boca são formados a partir de modificações do tecido epidérmico (Knobe, 2004).

O invólucro epidérmico também resguarda íntima relação com o Sistema Nervoso Central. Conforme Picardi & Abeni (2001a) ambos apresentam os mesmos receptores e neurotransmissores, assim como provêm do mesmo tecido embrionário (ectoderme). Portanto, muitos profissionais da saúde a consideram o “espelho” do funcionamento do organismo, na medida em que as características epidérmicas como cor, textura, elasticidade, umidade e secura fornecem informações sobre o estado comportamental e fisiológico do indivíduo (Montagu, 1971/1986; Knobe, 2004).

Além da importância fundamental no que tange aos aspectos fisiológicos, a pele também apresenta uma importante função na socialização dos seres humanos, pois trata-se do revestimento corporal de maior exposição e visibilidade para o indivíduo e para o grupo social no qual ele está inserido (Montagu, 1971/1986). O revestimento cutâneo define a aparência física e participa prioritariamente na construção da identidade pessoal dos indivíduos. As pessoas se reconhecem pela aparência física, assim como são reconhecidas pela apresentação pessoal conferida pelas características de sua pele. Conforme Skinner (1953/1965), a história de vida e a experiência individual são os alicerces da construção da individualidade e das diferenças interpessoais. Essa história de vida, em inter-relação às interações sócio-culturais são fatores preponderantes para a constituição da subjetividade. A experiência subjetiva também é composta pelas práticas de grupos no tocante aos significados estéticos atribuídos às características da pele. E, nesse sentido, subjetividade também está relacionada a como as pessoas se sentem em relação à sua aparência física.

Os grupos sociais constroem significados estéticos à aparência física da pele. Desse modo, muitas pessoas que apresentam características cutâneas que não se enquadram nos padrões estéticos eleitos por um determinado grupo social podem sofrer muitas reações de

preconceito e de estigmatização por parte de outras pessoas (Silva & Silva, 2007). Críticas, brincadeiras e apelidos ofensivos podem trazer grande incômodo para as pessoas com deformidades, manchas e lesões na pele. Geralmente tais pessoas se queixam de sua aparência, consideram-se feias e relatam sentir constrangimento nas relações interpessoais; por isso, freqüentemente evitam contatos sociais, o que afeta profundamente sua vida, com prejuízos pessoais, profissionais e afetivos (Mingnorange, Loureiro & Okino, 2002).

Desse modo, não raro são as queixas de indivíduos com afecções dermatológicas, que além do desconforto físico ocasionado pelas lesões na pele, também experienciam muitas dificuldades em interações sociais. Estas pessoas procuram no atendimento dermatológico a solução para suas dificuldades. Ocorre, porém, que suas queixas não se restringem aos sintomas fisiológicos de sua doença, mas a uma amplitude de fatores que extrapolam os cuidados ofertados nos consultórios. Os dermatologistas reconhecem a legitimidade destas queixas, assim como reconhecem a interação entre problemas de pele e prejuízos nas várias esferas da vida de seu paciente. Porém, tais profissionais acabam muitas vezes impotentes no tratamento dessas dificuldades, à medida em que não dispõem dos mecanismos necessários para tratar tais problemáticas. Disto resulta o abandono do tratamento dermatológico pelo paciente e a manutenção de suas dificuldades e prejuízos pessoais.

As dificuldades interpessoais e os problemas de pele não são fenômenos isolados. O corpo como um todo se comporta e suas manifestações são complexas e multideterminadas. Desse modo, a interação entre o atendimento dermatológico e psicológico aos indivíduos que apresentam afecções dermatológicas mostra-se extremamente pertinente. A integração entre o atendimento dermatológico e o psicológico só se reverte em benefícios para as pessoas com psoríase, que muitas vezes desistem do tratamento medicamentoso porque esperam que a regressão dos sintomas fisiológicos (prurido, lesões e descamações) seja a solução para suas dificuldades interpessoais, o que nem sempre se verifica. Neste sentido, os indivíduos com

psoríase acabam desistindo do tratamento dermatológico e até mesmo do uso da medicação e têm a sua vida sócio-afetiva e profissional comprometida pela manutenção das dificuldades nestes contextos de interação.

Psoríase: Características e Tratamento

Psoríase é uma doença dermatológica crônica caracterizada por erupção eritemato-escamosa que pode ocorrer em diversas partes do tegumento cutâneo, produzindo hiperproliferação da epiderme e lesões vermelhas e longitudinais (Seng & Nee, 1997; Koo, Do & Lee, 2000; Krueger, Koo, Lebwohl, Menter, Stern & Rolstad, 2001). Os locais mais comuns de manifestação da doença são o couro cabeludo, os joelhos, o cotovelo, as palmas das mãos, as plantas dos pés e as unhas. Há ainda casos em que o corpo todo do indivíduo é tomado pela descamação da pele (Picardi & Abeni, 2001b). As lesões, acompanhadas de descamação, não costumam doer, mas geralmente causam prurido. Esta doença pode vir acompanhada de reumatismo (artrite psoriática) e, nestes casos, causa mais comprometimento, pois afeta as articulações, provocando dor e limitação dos movimentos (Takahashi, 1991; Picardi et al., 2005). A causa é desconhecida, podendo atingir ambos os gêneros, em qualquer idade, sendo mais freqüente nas segunda e terceira décadas de vida (Savin & Cottrell, 1992; Zacharie, Oster, Bjerring & Kragballe, 1996; Finlay, 2001). É uma doença de herança multifatorial, cuja expressão está relacionada a fatores de natureza poligênica, ambiental¹ e psicológica² (Abadie, Kent & Gawkrödger, 1994; Koo et al., 2000;

¹ Herança ambiental está sendo utilizada em contraposição à origem genética da doença dermatológica.

² A literatura médico-psiquiátrica refere-se a fatores de natureza psicológica de uma forma bastante abrangente, incluindo neste conceito, os transtornos psiquiátricos, as dificuldades interpessoais, as emoções, os fatores de estresse, o enfrentamento de situações aversivas, *coping* e fatores psicossociais. No decorrer do trabalho, os fatores psicológicos serão melhor detalhados. Vale, portanto, considerar que, para a análise do comportamento, fatores psicológicos equivalem-se a fatores comportamentais, na medida em que comportamento inclui todas as

Gupta & Gupta, 2004; Castro, 2006; Hoffman, Zogbi, Fleck & Muller, 2006; Ongena, Beelaert, Geel & Naeyaert, 2006).

O tratamento para psoríase em geral é o medicamentoso, com o uso de medicamentos tópicos (cremes e pomadas), nos casos menos graves, ou quando a melhora é mais fácil (Marot, 1993; Koblenzer, 1995; Koblenzer, 1996; Taylor & Repetti, 1997). Nos casos de maior gravidade, ou quando é difícil a melhora dos sintomas, recomenda-se o uso de medicamentos sistêmicos, que são injetáveis ou ingeridos (líquido ou comprimido) (Bilks & Mark, 1990; Patrus, 1991; Capoore, Payne & Goldin, 1998). Os medicamentos sistêmicos podem produzir efeitos colaterais como náuseas e sonolência (Gupta & Gupta, 1996).

Entretanto, nem sempre o tratamento apresenta o resultado esperado pelos indivíduos com psoríase, que geralmente abandonam as prescrições médicas pela demora do resultado ou pelo alto custo financeiro dos medicamentos (Fried, Gupta & Gupta, 2005; Renzi et al. 2001).

Os sintomas da psoríase, como descamações e prurido, não apenas produzem desconforto físico, mas também podem levar o indivíduo a apresentar muitas dificuldades em situações sociais, nas quais há exposição total ou parcial de seu corpo (Ginsburg & Link, 1988; Picardi & Abeni, 2001b). Os indivíduos com psoríase tendem a evitar mais as situações sociais de exposição do corpo quanto maior for a quantidade e/ou a extensão das lesões; quando a região do corpo atingida é mais visível (visibilidade das descamações e lesões); quando a duração da doença é prolongada e, finalmente, quanto mais jovem eles forem (Mingnorange, Loureiro e Okino, 2002; Benrud-Larson, et al., 2003).

atividades de um organismo vivo, ainda que estas atividades estejam acessíveis apenas ao próprio indivíduo que se comporta, tais como os pensamentos e os sentimentos. Neste sentido, sentimento, pensamento e comportamento manifesto são da mesma natureza, ainda que os primeiros sejam privados e o segundo seja público (Skinner, 1974; Chiesa, 1994).

Psoríase e Interações Sociais de Estigmatização

Estigma é uma palavra de origem grega, que significa sinal ou marca física que aponta para alguma falha moral a respeito da pessoa que a possui; símbolo de vergonha; desgraça; sentimento ou reputação vergonhosa (Ginsburg & Link, 1988; Ongena et al., 2006). Para Ginsburg & Link (1988), estigma está relacionado a uma marca biológica ou social que contrasta uma pessoa e interfere negativamente nas suas relações interpessoais.

Muitos estudos correlacionais sugerem que indivíduos com doença de pele se queixam de se sentir estigmatizados (Winchell & Watts, 1988; Finlay, 2001; Fried, Gupta & Gupta, 2005). Uma tentativa de operacionalizar o conceito de estigmatização foi feita por Ginsburg & Link (1988), que realizaram um exame sistemático, entrevistando 100 adultos com psoríase e investigando como eles vivenciavam sua doença. Foram obtidas informações, analisadas estatisticamente, sobre variáveis sócio-demográficas dos participantes, como idade, nível sócio-econômico, escolaridade, gênero e profissão, por meio de um questionário. Também foram realizadas entrevistas sobre experiências em que estes indivíduos se sentiram discriminados por outras pessoas. Os autores identificaram seis dimensões da experiência de estigma pelo indivíduo, que incluem tanto os sentimentos diante das reações de estigmatização, quanto os comportamentos públicos dos indivíduos com psoríase diante destas reações, quais sejam: 1-) os sentimentos de antecipação da rejeição; 2-) de ser defeituoso; 3-) a sensibilidade ao comportamento/reação de outros perante a sua doença (lesões na pele); 4-) a culpa; 5-) a vergonha e 6-) as práticas de utilizar medidas de camuflagem, tais como cobrir o corpo ou passar maquiagem.

Conforme os autores do estudo descrito acima, os participantes relataram marcada variabilidade na presença e na magnitude das respostas de acordo com a idade dos participantes, da extensão da lesão, do *status* de seu emprego, da duração da doença e de

situações de rejeição a que o participante foi exposto (abandono de pessoas próximas, ser excluído de um grupo, ser criticado verbalmente, ter os seus convites recusados por pessoas ou permanecer isolado). De todos os aspectos da doença, a quantidade, a visibilidade e a extensão das lesões no corpo foram, de acordo com os autores do estudo, os fatores mais relacionados aos sentimentos de estigmatização e de isolamento relatados pelos participantes. Segundo Ginsburg & Link (1988), esses sentimentos decorrentes de discriminação podem dificultar a adesão ao tratamento, já que tais autores consideram que os participantes evitam sentir-se discriminados esquivando-se de quaisquer contatos sociais, nos quais se inclui a consulta médica. Desse modo, as manifestações clínicas da psoríase agravam-se e os participantes experimentam ainda mais incômodo físico e isolamento social.

Embora os autores do estudo não detalhem os sentimentos de estigma ou de discriminação, eles os consideram como a causa para que os indivíduos com psoríase e esquivem da interação social e se mantenham em isolamento. Porém, para a análise do comportamento, sentimento também é um comportamento, portanto, o sentimento de estigma não pode ser causa da não adesão ao tratamento (Skinner, 1953/1965; Skinner, 1974). Desse modo, não bastam as informações sobre os sentimentos e sim, é necessário investigar as variáveis ambientais responsáveis pelas respostas do indivíduo nas suas interações com outras pessoas.

Apesar de a psoríase ser uma inflamação epidérmica puramente cutânea e não contagiosa, a maioria dos indivíduos que a apresenta, queixa-se de inibição quando precisa expor seu corpo. Conforme Catania (1999), inibição refere-se ao decréscimo de uma resposta produzido pelo aumento de outras “(...) *Se o reforço de uma resposta reduz a taxa de outra, pode-se dizer que o reforço inibiu a segunda resposta*” (p. 409). Ainda conforme este autor, o termo inibição também pode estar relacionado à extinção de um comportamento, cujo processo geralmente é acompanhado por respostas denominadas emocionais (Millenson,

1967/1975), as quais, mesmo com a interrupção do reforço, continuam a ser emitidas com maior frequência e magnitude. No caso da extinção, considerava-se que o responder, reduzido pela extinção, de algum modo, “*estava ali o tempo todo, mas inibido (...)*”³ (Catania, 1999, p. 93) pois o comportamento que sofria extinção, após algum tempo, voltava a ocorrer (recuperação espontânea).

Segundo Skinner (1953/1965), inibição pode ser analisada como um subproduto da punição “*uma pessoa pode mostrar-se inibida, envergonhada ou taciturna se alguns de seus comportamentos forem punidos repetidamente*” (Skinner, 1953/1965, p. 365). Desse modo, poder-se-ia considerar que a inibição dos indivíduos com psoríase, sugerida nas pesquisas correlacionais, é, de acordo com a definição skinneriana, produto de punição. Assim, indivíduos com psoríase demonstram inibição quando evitam reuniões sociais, evitando possíveis críticas e ofensas à aparência de sua pele.

Além da inibição, indivíduos com doença de pele relatam sentir-se insatisfeitos, descontentes e revoltados com sua aparência física. Eles também se sentem rejeitados, defeituosos, envergonhados, culpados e estigmatizados quando interagem socialmente com pessoas que não apresentam doença de pele (Fortune, Richards, Main & Griffiths, 1998; Tanner; Dechert & Frieden, 1998; Finlay, 2001 e Fried, Gupta & Gupta, 2005). Esses sentimentos, conforme do Amaral, Bravo & Messias (1996), geralmente, decorrem da exposição às contingências (vivência direta) de situações de preconceito por outras pessoas, como críticas ou apelidos à sua aparência física. Vardy, Besser, Amir, Gesthater, Biton & Buskila (2002) e Leary, Rapp, Herbest, Exum & Feldman (1998) discutem que a insatisfação dos indivíduos com doença de pele depende das demonstrações verbais ou por meio de

³ Comportamento inibido, como sinônimo de comportamento encubado ou latente foram os primeiros conceitos referentes à extinção (Catania, 1999). No Behaviorismo Radical, considera-se que o comportamento não fica armazenado em nenhum lugar. Na interação entre organismo e ambiente, ambos se modificam (Micheletto, 2000). No organismo, tal mudança é verificada na probabilidade que ele apresenta de se comportar diferencialmente, após as interações prévias com o ambiente (Abib, 2004). E, neste sentido, tal mudança não é localizável, não fica armazenada no organismo (Chiesa, 1994).

expressões faciais de repulsa; afastamento de pessoas desconhecidas, olhares e comentários insistentes sobre a doença, apelidos ou piadas sobre sua pele. E, Finlay (2001) e Benrud-Larson et al. (2003) relacionam a vergonha e a revolta com a aparência física relatada pelos indivíduos com afecções dermatológicas às experiências de rejeição dos parceiros nos relacionamentos afetivos.

As demonstrações de preconceito à aparência física dos indivíduos com psoríase também podem ser mais sutis ou menos evidentes, como evitar o toque e a proximidade física com indivíduos que apresentam a doença, como por exemplo, sentar junto, abraçar, pegar na mão, usar o mesmo sabonete ou toalha, compartilhar o uso de objetos, ou o indivíduo com psoríase ficar sabendo que seus colegas de classe fazem piadas de sua pele, quando ele não está presente (Leary et al., 1998; Mingnorange, Loureiro & Okino, 2002; Vardy et al., 2002).

Deste modo, a exposição direta ou indireta a situações de interação social que envolvem preconceito podem contribuir para que os indivíduos com psoríase evitem se expor a interações sociais e temam demonstrações de preconceito e avaliações negativas das outras pessoas, perante a aparência inestética de sua pele (Leary et al., 1998; Vardy et al., 2002). Portanto, neste contexto, os indivíduos com psoríase geralmente tentam ocultar suas lesões, por meio do uso de cosméticos (camuflagem) e de roupas mais fechadas em dias quentes. Também é comum que eles evitem contatos interpessoais devido aos olhares constantes e aos comentários das outras pessoas a respeito de sua aparência física (Leary et al., 1998; Mingnorange, Loureiro, Okino & Foss, 2001; Picardi & Abeni, 2001b; Mingnorange, Loureiro & Okino, 2002; Vardy et al., 2002; Kimball, Jacobson, Weiss, Vreeland & Wu, 2005).

No que concerne aos relacionamentos sexuais e íntimos, há alguns estudos que correlacionam doença de pele e dificuldades sexuais. Uma pesquisa realizada por Benrud-Larson et al. (2003) mostrou que mulheres com doença de pele dificilmente procuram um

parceiro para relacionamentos íntimos. Com o objetivo de verificar a relação entre satisfação com a aparência física, relacionamento sexual e doença de pele, os pesquisadores entrevistaram 127 mulheres que estavam em tratamento para escleroderma (doença de pele progressiva, degenerativa de tecidos conectivos, que produz efeitos desfigurativos). Nestas entrevistas, foi indagado sobre o relacionamento sexual e a preocupação com as marcas, as manchas e as lesões na pele. Após as entrevistas, foram aplicados inventários e questionários como a Escala de Satisfação com a Aparência (*Satisfaction with Appearance Scale - SWAP*); Inventário *Beck*, para avaliar comportamentos depressivos; a Escala de ajustamento psicossocial à doença (*Psychosocial Adjustment To Illness Scale-Self Report*) e um questionário padronizado de avaliação de saúde (*Health Assessment Questionnaire - HAQ*). As categorias de análise foram: idade; extensão, severidade e visibilidade das marcas e lesões na pele e, por fim, a apresentação de comportamentos depressivos.

Segundo Benrud-Larson et al. (2003), os resultados deste estudo indicaram elevada insatisfação com a aparência física, principalmente quando se tratava de mulheres mais jovens, cuja extensão e visibilidade da deformidade eram maiores. Estas mulheres relataram reduzido grau de satisfação com o corpo, com a aparência e mais comportamentos depressivos, portanto, cobriam mais a pele ou procuravam camuflá-la. Elas dificilmente procuravam um parceiro para relacionamentos íntimos e afetivos, pois temiam ser rejeitadas e consideradas feias ou não atraentes sexualmente por causa da condição de sua pele. Quando conseguiam um parceiro, sentiam-se envergonhadas ou se recusavam a mostrar o corpo e a usar roupas mais curtas, principalmente se o relacionamento era recente.

Todavia, ainda de acordo com o estudo citado acima, mesmo as mulheres jovens, com deformidades severas extensas e visíveis relatavam um grau considerável de satisfação com a aparência e menos comportamentos depressivos, se elas mantivessem um bom relacionamento afetivo com seu parceiro. Desse modo, Benrud-Larson et al. (2003)

discutiram que, em geral, as reclamações das mulheres quanto à doença não estavam necessariamente relacionadas à deformidade física em si, mas possivelmente à falta de apoio ou à falta de companheiros e namorados que as valorizassem como pessoa, a despeito de sua condição física (Benrud-Larson et al., 2003).

Uma vez que a psoríase produz lesões na pele consideradas inestéticas pelas pessoas, o que torna a exposição do corpo aversiva para quem apresenta a doença, tem sido observado também maior probabilidade de os indivíduos entre os 20 e 40 anos evitarem contatos mais íntimos com outras pessoas ou com parceiros afetivos (Vardy et al., 2002; Taborda, Weber & Freitas, 2005). Para eles, a exposição do corpo é muito aversiva e costumam relatar muitas dificuldades sexuais, tais como, falta de interesse sexual, anorgasmia, frigidez entre, outras (Porter, Beuf, Lerner & Nordlund, 1990).

Embora a correlação entre dificuldade de exposição do corpo e doença de pele possa ser freqüentemente sugerida nos estudos citados acima, parece não haver clareza se as situações de exposição do corpo se tornaram aversivas a partir do aparecimento da doença de pele ou se o indivíduo já apresentava dificuldades de expor o corpo publicamente antes da sua manifestação (Rapp, Cottrell & Leary, 2001; Benrud-Larson et al., 2003).

Mesmo assim, o que é importante destacar nestas pesquisas é que, apesar de não constarem informações sobre o comportamento do indivíduo em relação à exposição de seu corpo a outras pessoas antes do aparecimento dos sintomas da doença, indivíduos cujas lesões são maiores procuram se afastar do convívio com outros, evitando principalmente situações em que tenham que se expor fisicamente (esquiva de exposição pública) (Leary et al., 1998; Vardy et al., 2002). Assim, tais indivíduos evitam com mais freqüência atividades rotineiras e de lazer, sendo destacada a necessidade de suporte psicológico para estes casos (Patrus, 1991; Fortune et al., 1998; Rosmaninho, Fernandes, Miranda, de Oliveira, Lopez & Vaz, 2003).

Observa-se também que, na maioria das vezes, os indivíduos com psoríase que apresentam maiores dificuldades interpessoais são aqueles entre os 18 e 45 anos. (Rapp, Feldman, Exum, Fleischer & Reboussin, 1999; Whal, Loge, Wiklund & Hanestad, 2000; Mingnorange, Loureiro & Okino, 2002). Nesta faixa etária, a exposição a situações novas e a pessoas desconhecidas é mais freqüente e tem maior relevância devido às exigências profissionais. Assim, neste momento da vida, eles precisam iniciar e manter conversas face a face, conversar com o sexo oposto, com pessoas desconhecidas, realizar convites, assim como precisam e dialogar, enfrentar críticas aos seus trabalhos e defender opiniões, mesmo que sejam contrárias às opiniões apresentadas por pessoas que representam autoridades (do Amaral, Bravo & Messias, 1996). A maioria das pessoas com ou sem doença de pele apresentam dificuldades de interagir socialmente, mas em especial para aquelas com doença, a dificuldade nestas situações parece ser maior pela condição inestética de sua pele; por isso, tais indivíduos geralmente as evitam.

Se as interações sociais e a exposição pública do corpo parecem ser condições aversivas para os indivíduos com psoríase, das quais eles procuram se esquivar, é importante avaliar como a análise do comportamento entende as situações sociais e discutir, de acordo com a referida perspectiva, como tais indivíduos se comportam nestas situações. Em geral, os estudos sobre comportamentos de interação social são realizados para prevenir comportamentos depressivos (Mahoney, Cairns, Beverley & Farmer, 2003); para trabalhar problemas de comportamentos com crianças (Bandura, Caprara, Pastorelli, Barbaranelli, & Regalia 2001); para ensinar crianças a expressarem emoção e a interagirem em contextos escolares (Verschueren, Buyck & Marcoen, 2001), entre outros⁴.

⁴ Busca realizada no Portal da Capes pela base de dados Psycinfo, utilizando os seguintes termos de busca: (*acceptance social*) or (*social competence*), or (*social adjustment*), or (*social skills*) or (*social discrimination*) or (*social interaction*). Estes termos foram obtidos por pesquisa no *thesaurus* e eles poderiam ser encontrados no resumo, no título ou no corpo do texto. Também não houve, na busca, restrição quanto às datas dos periódicos. Uma segunda busca incluiu, além dos termos já citados, (*skin disease*) or (*skin disorder*), não obtendo resultados, nesta segunda pesquisa.

Um dos estudos que estão relacionados à deformidade facial é o de do Amaral, Bravo & Messias (1996). Nesta pesquisa, cinco adolescentes com deformidades faciais congênitas, de 12 a 15 anos, sendo uma do gênero feminino e as demais do masculino, receberam o treinamento de alguns comportamentos sociais importantes, como pedir favores, falar em público, sair de casa, expressar opiniões, pedir ajuda para professores, defender direitos e conversar com o sexo oposto. O procedimento constou de oito sessões nas quais foram realizadas diferentes dinâmicas de grupo, que abordavam a apresentação dos referidos comportamentos. O delineamento foi de pré-teste (dados respondidos em um questionário que avaliava comportamentos de interação social); treino (composto das oito sessões) e pós-teste (dinâmicas semelhantes ao pré-teste, que avaliavam os mesmos comportamentos). A análise dos dados foi feita utilizando a análise funcional das sessões gravadas em vídeo. Foi feita também análise do pré-teste e do pós-teste de cada sujeito com base nos dados gráficos das respostas e do percentual das respostas referentes à frequência de comportamento. Conforme as autoras, os resultados apontaram melhoras nos comportamentos treinados em pós-teste (do Amaral, Bravo & Messias, 1996). Embora o delineamento seja quase experimental, com controle menos rígido, estudos desta natureza podem contribuir para oferecer uma tecnologia útil que propicie alterações comportamentais em benefício dos indivíduos que apresentam doença de pele.

Interações Sociais e Análise do Comportamento

A vida em sociedade é importante para os indivíduos porque isoladamente possuem ações limitadas sobre o ambiente. Contudo, em interação com outros, maximizam-se as possibilidades de ação sobre o ambiente físico e social e de transformação dos mesmos.

Conforme Skinner (1953/1964), um comportamento será considerado social quando envolver duas ou mais pessoas e quando o comportamento de uma, para produzir o efeito sobre o ambiente, depender do comportamento de outra pessoa (por exemplo, comportamento verbal). Assim, a interação entre as pessoas que se comportam socialmente compõe um ambiente social e este ambiente seleciona os comportamentos dos indivíduos que nele se comportam (Skinner, 1953/1965; Skinner, 1957; Hayes, 1987). Deste modo, o comportamento social ocorre porque um organismo é importante para outro, como parte integrante de seu próprio ambiente (Skinner, 1953/1965). Em especial para os seres humanos, dotados de comportamento verbal, a interação com indivíduos da mesma espécie garante que nos desprendamos do contato direto e mecânico com o ambiente físico, já que, pelo comportamento verbal podemos agir indiretamente sobre ele, produzindo mudanças a partir da mediação de outras pessoas que, ao compartilharem de uma dada comunidade verbal, podem agir diretamente no mundo físico (Skinner, 1981/1987; Skinner 1989; Andery, 1999), o que dinamiza a ação sobre o mundo, a aprendizagem, a produção e a aquisição de conhecimento nas interações sociais. Assim, se não houver a mediação do outro indivíduo, os comportamentos que dependem de reforço social não apresentarão nenhum efeito sobre o ambiente.

Além de possibilitar uma ação indireta sobre o mundo físico, a vida em sociedade e o domínio verbal nos garantem um acúmulo na produção e na transmissão do conhecimento que é sempre dinâmico e renovável, pois podemos nos beneficiar da experiência alheia, sem a necessidade de exposição direta às contingências que levaram a esta aprendizagem e transmitir tal conhecimento através das gerações (Skinner, 1981/1987; Andery, 1999). O comportamento verbal, aliado às práticas sócio-culturais das comunidades e grupos sociais nos quais o indivíduo está inserido, garante ainda a construção da subjetividade e do autoconhecimento, visto que só aprendemos a reconhecer nossos comportamentos encobertos

e privados, como os sentimentos, pensamentos e reações fisiológicas, na interação com outras pessoas que perguntam sobre nossos estados internos e nos ensinam a responder discriminativamente a eles (Skinner, 1989; Andery, 1999). Por fim, o comportamento verbal público ou encoberto (pensamento), possibilita o autogoverno, pois ao observar e descrever regularidades no ambiente físico e social podemos prever e controlar a ocorrência dos fenômenos e, assim, planejar e organizar ações em nossa vida pessoal e em nossas atividades (Skinner, 1981/1987; Andery, 1999).

Os comportamentos que apresentamos, mesmo os mais sofisticados, que envolvem planejamento de nossas atividades e organização de nossa vida em sociedade, dependem de um processo gradual de aprendizagem. As contingências podem modelar comportamentos bastante complexos, mas, para que isso ocorra, é preciso que haja a emissão de alguns comportamentos que serão aprimorados. Inicialmente, os critérios para a apresentação do reforço são mais simples e gradualmente aumentam os requisitos, ou seja, os comportamentos tornam-se complexos porque as contingências de reforço partem de comportamentos menos rebuscados, que serão modelados por aproximações sucessivas e reforço diferencial (Skinner, 1953/1965). Sem essa história de modelagem, muitas contingências sociais de reforço seriam inefetivas em produzir comportamento social (Skinner, 1953/1965; Hayes, 1987). Por exemplo, a criança aprende a falar primeiramente balbuciando sons que se assemelham à fala adulta e os pais prontamente respondem a esse balbucio com palavras ou entregando objetos ao bebê. Porém, quando as crianças estão maiores, com quatro ou cinco anos, aquele balbucio não mais se faz efetivo, os pais corrigem os filhos quando falam errado e pedem para que eles solem as palavras. Neste sentido, ao ensinar indivíduos que apresentam dificuldades em interações sociais, parte-se do conjunto de comportamentos que ele já apresenta, e reforçam-se variações destes comportamentos.

No comportamento social, embora a mediação de outras pessoas represente um avanço em termos de ação indireta sobre o mundo físico, ela também pode produzir alguns problemas. Conforme Skinner (1953/1965), as contingências de reforço social podem produzir mais comportamentos inadequados a um dado contexto do que as contingências não sociais (Skinner, 1953/1965). Isso ocorre porque nas contingências sociais, a liberação do reforço nem sempre depende apenas do comportamento reforçado, mas também pode depender do agente que libera o reforço (Skinner 1953/1965). Por exemplo, considere uma criança com doença de pele que, quando não apresenta lesões, o pai não lhe dá atenção ao ser obediente e aplicada aos estudos, mas quando ela tem as lesões no corpo, ele lhe dá atenção, independente se ela o obedece ou se estuda. Se a atenção funcionar como reforço, ela selecionará ambos os comportamentos da criança (o socialmente desejável aceitável - estudar e obedecer - e o socialmente não aceitável - não estudar e desobedecer o pai). Além disso, quando a criança apresentar as lesões, a liberação do reforço não dependerá do comportamento dela, mas de contingências que envolvem exclusivamente seu pai, o qual, diante das lesões, sente pena e lhe dá atenção.

Conforme Del Prette & Del Prette (1999/2002), comportamentos aceitáveis socialmente estão relacionados a apresentar habilidades sociais. Desse modo, para esses autores, uma pessoa mostra-se habilidosa quando se comporta de forma aceita ou desejada por um determinado grupo social. Por conseguinte, ela será inabilidosa se apresentar comportamentos indesejados ou incompatíveis com o referido contexto, seja pelo seu conteúdo (qual o comportamento apresentado); pela forma (como o indivíduo se comportou), ou pela ocasião (circunstâncias nas quais o indivíduo se comportou).

Assim, para Del Prette & Del Prette (1999/2002), não ser habilidoso é não estar ajustado socialmente e apresentar comportamentos que dificultam ou reduzem a qualidade das interações e relacionamentos sociais, seja minimizando os ganhos ou aumentando a

probabilidade de conseqüências negativas para os comportamentos dos indivíduos envolvidos no episódio social. Heward (1987) define ajustamento como repertório comportamental que maximiza reforços a curto e longo prazo para a pessoa e para outros e minimiza as punições a longo prazo. Dessa forma, ajustamento social está intimamente relacionado à funcionalidade do comportamento, pois o critério para definir se um comportamento é adequado ou não nas interações sociais são as conseqüências produzidas por esse comportamento que podem ser imediatas ou ocorrer a longo prazo (Skinner, 1953/1965).

Além disso, ao se avaliar ajustamento social, devem-se considerar os efeitos comportamentais que incidem não só sobre o próprio indivíduo que se comporta, mas também os efeitos para os demais indivíduos envolvidos na interação social. Para Chiesa (1994), ao considerar a relação entre comportamento e suas conseqüências em um determinado contexto físico e social e não apenas a topografia do comportamento, tal análise segue um critério contextual e relacional.

Conforme Del Prette & Del Prette (1999/2002) o não ajustamento ou as dificuldades em interações sociais podem estar relacionadas à falta de habilidade ou de competência social. Quando um indivíduo apresenta determinadas habilidades é porque há a probabilidade de que ele emita alguns comportamentos esperados em uma dada situação. Probabilidade de ocorrência de comportamento refere-se ao conceito de repertório comportamental. Desse modo, quando as pessoas não sabem como se comportar é porque não apresentam repertório comportamental específico para interagir em uma determinada situação.

Por sua vez, competência social é *“o comportamento que produz o melhor efeito, no sentido de equilibrar reforçadores e assegurar direitos humanos básicos (...) enfatizando-se a importância de se maximizar as trocas positivas entre os interlocutores.* (Del Prette & Del Prette, 1999/2002, p. 46). Desse modo, competência social corresponde à avaliação do comportamento emitido, considerando todo o contexto de interação. Nesta avaliação, não

importa apenas se o comportamento atingiu o objetivo esperado (produziu o reforçador, ou foi seguido dele), mas também deve ser considerado como esse objetivo foi alcançado, por exemplo, como as demais pessoas da interação social se sentiram frente ao comportamento emitido por outrem.

Neste sentido, muitas pessoas apresentam habilidades para interagir em uma dada situação, ou seja, apresentam a probabilidade de emitir um comportamento esperado naquele contexto. Porém, a forma como se comportam não produz os resultados esperados porque ela pode não ser adequada ao contexto. Assim, as habilidades devem ser avaliadas em seu aspecto global (componentes molares), por exemplo, expressar sentimentos, assim como em seus aspectos moleculares, tais como tom de voz, gestos e expressão facial. Desse modo, o conceito de competência social é relativista, pois, segundo Del Prette & Del Prette (1999/2002) além de avaliar a adequação do comportamento ao contexto, consideram-se outras condições como gênero, idade, estado de saúde da pessoa que se comporta e as normas e expectativas culturais do contexto de interação social.

De acordo com Skinner (1953/1965), para apresentar um comportamento adequado a determinados contextos sociais, é importante responder discriminativamente a estímulos que estão correlacionados a reforçadores sociais importantes. *“Um estímulo social, como qualquer outro estímulo torna-se importante ao controlar o comportamento por causa das contingências nas quais ele está inserido”* (Skinner, 1953/1965, p. 299). Porém, este processo de discriminação nem sempre é facilmente aprendido. Primeiro porque os estímulos sociais não apresentam propriedades físicas facilmente observáveis. Segundo, porque eles dependem das práticas culturais e da história pessoal de exposição a estes estímulos (Skinner, 1953/1965).

Há expressões faciais, como o sorriso, que sob determinadas circunstâncias funcionam como a ocasião sob a qual certos tipos de comportamentos sociais são mais

prováveis de ser reforçados (por exemplo, quando uma pessoa desconhecida sorri a outra, é mais provável que ela permitirá proximidade física e será mais receptiva para conversar, caso a outra se aproxime dela). Pode haver uma variabilidade muito grande de topografias nestas expressões faciais, mas elas constituem a mesma classe se produzirem as mesmas conseqüências (Baum, 1994/1998). É importante ressaltar que um evento não apresenta a função de estímulo social em si mesmo. Ele passou a exercer esta função por causa da interação entre organismo e ambiente (Skinner, 1953/1965; Catania, 1999). Os indivíduos passam a responder a determinados eventos como estímulos sociais, que sinalizam determinadas conseqüências, por causa de uma história prévia de interação com estes eventos. Nesta história, o evento deixa de ser neutro e se torna um estímulo discriminativo para a ocorrência de determinados comportamentos.

Deste modo, as pessoas que não foram expostas a determinados estímulos sociais ou evitam se expor a determinados contextos sociais nos quais tais estímulos estão presentes, podem não responder discriminativamente a estes eventos e, nesse sentido, podem não emitir comportamentos que sejam reforçados positivamente naqueles contextos (Hayes, 1987). No entanto, mesmo ao se expor à situação social e identificar determinados estímulos sociais, nem sempre o comportamento será reforçado. Por vezes ele pode não ser reforçado (dado que a liberação do reforço social, em geral, é intermitente), como também pode ser punido. Por exemplo, o sorriso de uma pessoa que sinalizou a maior possibilidade de aproximação e de conversa, pode, com outra pessoa, sinalizar apenas um cumprimento. Neste segundo caso, a aproximação e a conversa poderiam ser punidas ou não reforçadas.

Os estímulos sociais não sinalizam conseqüências certas e evidentes porque as contingências sociais são dinâmicas e muito variáveis, dependendo dos contextos. Além disso, elas são compostas por reforçadores que requerem a mediação de um outro organismo (Skinner, 1953/1965). Dentre os reforçadores sociais, há os positivos, como a atenção, a

aprovação e o afeto e os negativos como a desaprovação, a ridicularização e o insulto. Desse modo, os comportamentos sociais podem tanto ser reforçados, quanto punidos nas situações sociais.

A possibilidade de ridicularização ou insulto é aumentada quando os indivíduos apresentam deformidades, afecções e manchas dermatológicas ou doenças degenerativas extensas e visíveis. Entre esses indivíduos, a exposição social é ainda mais provável de ser punida, pela condição física de sua pele, considerada, nas contingências sociais, como inestética. Whal et al. (2000) destacam que os indivíduos com psoríase apresentam muitas dificuldades emocionais e interpessoais e geralmente se queixam de se sentir deprimidos, ansiosos, envergonhados, embaraçados e estigmatizados pela reação das outras pessoas à sua aparência física (Leary et al., 1998). Além disso, apresentam dificuldades em interagir socialmente em suas atividades do dia-a-dia, porque não sabem como se comportar nestas situações ou porque o modo como se comportam não produz as conseqüências que eles esperavam (Whal et al., 2000; Rap, Cottrell & Leary, 2001; Vardy et al., 2002).

Neste sentido, é mais provável que tais indivíduos apresentem padrões de fuga-esquiva em situações sociais, em comparação aos indivíduos sem afecções dermatológicas. Mas, um indivíduo ao evitar as interações sociais e, conseqüentemente as punições que ocorrem nestas interações, pode ter os seus comportamentos de fuga ou de esquiva generalizados para a maioria das situações sociais. Desse modo, pode-se produzir passividade ou “déficit comportamental”, já que, ao evitar situações aversivas, perde-se a oportunidade de adquirir novos comportamentos pró-sociais que seriam adicionados em seu repertório⁵ e, conseqüentemente, perde-se o acesso a reforçadores sociais positivos importantes (Sidman, 1989/1995). Essa perda de reforçadores, assim como a perda de oportunidades para se

⁵ Entenda-se repertório como probabilidade de comportamento. Um indivíduo, ao ser exposto a situações novas, torna-se um organismo modificado, porque apresenta uma possibilidade de se comportar diferenciada. Neste sentido, repertório não é um conceito estruturalista, nem está relacionado a armazenamento de comportamento (Skinner, 1953/1965; Chiesa, 1994).

comportar, traduz-se em dificuldades e prejuízos nos relacionamentos sociais, profissionais e afetivos do indivíduo com doença de pele.

Padrões de Fuga-Esquiva de Interações Sociais: Conseqüências para os Indivíduos com Psoríase

Como destacado nas seções anteriores, é mais comum os indivíduos com psoríase queixarem-se da avaliação e do julgamento de outras pessoas, sentindo-se estigmatizadas, do que pessoas que não apresentam qualquer tipo de desfiguração da pele (Ginsburg & Link, 1988; Ongenae et al., 2006). Sendo assim, para a análise do comportamento, o julgamento e a avaliação negativa de outras pessoas poderiam constituir situações punitivas que os indivíduos com esta doença possivelmente já vivenciaram diretamente em contextos sociais diferentes.

Assim, diante da possibilidade de presenciarem situações punitivas novamente, é comum que os indivíduos com psoríase as evitem ou não se comportem como o fizeram na situação passada, como, por exemplo, iniciar uma conversa com uma pessoa estranha e ouvir um comentário negativo sobre sua doença. Neste sentido, os efeitos punitivos só reduzem (ou suprimem) o comportamento punido, mas não estabelecem contingências sob as quais o indivíduo possa se comportar de modo mais eficiente, ou seja, o que o indivíduo aprende é como não se comportar (Skinner, 1953/1965; Sidman, 1989/1995).

Além disso, situações punitivas produzem reações emocionais reflexas, que podem também ser punidas (por exemplo, o indivíduo que tartamudeia freqüentemente é ridicularizado por isso). Neste caso, o próprio corpo produz a estimulação aversiva e, como não há fuga ou esquiva apropriada desta estimulação corporal, a punição se torna uma condição crônica. Quando a punição se dirige aos comportamentos reflexos, não é possível

apresentar respondentes incompatíveis com os punidos. “(...) *como não se trata de um operante, não há como executar exatamente o contrário*” (Skinner, 1953/1965, p. 191).

Se as interações sociais, principalmente com pessoas menos conhecidas, são geralmente aversivas, o indivíduo com doença de pele pode tentar evitá-las, mas nem sempre isso é possível. Quando a intensidade da estimulação aversiva é elevada, freqüente e a apresentação desta estimulação é inesperada, estados de desamparo aprendido podem ser produzidos, ou seja, o organismo que experimenta tal estimulação geralmente apresenta uma esquiva passiva, pois o indivíduo evita o contato com as contingências aversivas, simplesmente deixando de emitir o comportamento punido. Nestas condições, os subprodutos emocionais experimentados pelos indivíduos são estados de ansiedade generalizada e sentimentos de impotência (Michael, 1975; Sidman, 1989/1995; Catania, 1999; Perone, 2003).

Também pode ocorrer que a intensidade e a freqüência da estimulação aversiva não sejam tão elevadas, mas o indivíduo não consiga evitar diretamente a situação aversiva porque tenha obrigação de se manter nela (por exemplo, contexto de trabalho) ou porque ele não tenha aprendido comportamentos concorrentes adequados para findar ou interromper a referida estimulação. Embora não possam evitar diretamente a situação aversiva, os indivíduos podem apresentar outros comportamentos de fuga-esquiva, como pensar em outras coisas ou atrasar-se (Sidman, 1989/1995).

Em quaisquer casos, se o indivíduo não puder evitar permanecer na situação aversiva, ele possivelmente apresentará reações respondentes fortíssimas, as quais, inclusive, interferirão na atividade operante em curso (supressão condicionada) (Millenson, 1967/1975; Zamignani & Banaco, 2004). Por exemplo, eles páram de fazer o que estavam fazendo, ficando sob o controle de reflexos, como taquicardia, enjôo, dor no peito, frio na barriga, nó na garganta, mãos suadas, tremores (sintomas de ansiedade) (Zamignani & Banaco, 2004).

Quando, porém, a fuga ou a esquivas das situações aversivas é possível, o indivíduo geralmente evita o contato com elas. Ocorre que, ao evitá-las, ele não aprende como se comportar nelas (Hayes, 1987). A esquivas generalizada pode assumir dimensões cada vez maiores e o indivíduo, evitando muitos contextos, dispõe de reduzidas oportunidades para produzir reforçadores positivos, empobrecendo, entre outros, seu repertório de relacionamento interpessoal e profissional (Cordova & Scott, 2001). Se em algumas condições, permanecer na situação aversiva pode ser prejudicial para o indivíduo (estimulação aversiva freqüente intensa e severa), constituindo-se em um risco à sua sobrevivência, em outras circunstâncias, fugir ou esquivar-se não é o mais indicado, porque, para apresentar comportamentos reforçados positivamente nas situações aversivas, é preciso estar presente nelas.

Além disso, os comportamentos de fuga e de esquivas não ficam só sob o controle da retirada ou da interrupção da estimulação aversiva. Outras conseqüências reforçadoras positivas ou negativas podem segui-los (Zamignani & Banaco, 2004). Por exemplo, quando as pessoas com doença de pele, ao evitarem o contato com desconhecidos, recebem o carinho e o consolo dos familiares (reforço positivo) ou quando, ao evitarem situações de contato interpessoal, acabam também esquivando-se de outras situações, como por exemplo, um empregado que pede ao seu chefe para não participar de reuniões que considera enfadonhas e alega vergonha de sua pele. Se o chefe concordar, o empregado não só evitará de se expor aos olhares de pessoas menos conhecidas (situação aversiva), assim como evitará a própria reunião enfadonha e poderá se dedicar a atividades em que se sinta mais confortável.

Os padrões comportamentais de fuga ou esquivas das situações sociais parecem comprometer não só a exposição pública, a vida social e a convivência em grupo em uma perspectiva mais ampla, mas também a convivência entre parceiros, na vida íntima, nos relacionamentos amorosos e nos familiares. Esses padrões de fuga-esquivas ocorreriam com

mais freqüência nas situações que exigem maior exposição do indivíduo, seja a de seus sentimentos, pensamentos, como a de seu corpo (Cordova & Scott, 2001).

O ingresso em interações íntimas parece exigir a apresentação de comportamentos com alta probabilidade de serem punidos, como: demonstrar sentimentos (tristeza, mágoa, medo, amor, vergonha, atração); ou afeto (abraçar e beijar as pessoas); contar segredos; envolver-se em atividade sexual e despir-se. Para emitir esses comportamentos, é preciso que os indivíduos tenham desenvolvido tolerância à rejeição ou à avaliação negativa (Cordova & Scott, 2001). Quando em vez de punidos, tais comportamentos são reforçados positivamente, estabelece-se um relacionamento íntimo.

Os indivíduos que apresentam reduzida tolerância à punição, ou em cuja história, as demonstrações afetivas foram punidas de forma freqüente e severa, podem sentir ambivalência, desconforto e até aversão, ao comportar-se de forma íntima (Cordova & Scott, 2001). Geralmente estas pessoas se esquivam destes sentimentos aversivos e dificilmente ingressam em relacionamentos íntimos e afetivos por não saberem como se comportar ou por não suportarem a possibilidade de que seus comportamentos sejam punidos.

Assim, a tendência a evitar as interações sociais ou os relacionamentos íntimos pode ser considerada pela análise do comportamento como produto de situações punitivas, quais sejam, as críticas, ofensas e brincadeiras das pessoas à configuração de sua pele. Indivíduos com doença de pele, ao recusarem-se ingressar ou consolidar relacionamentos íntimos, tentando evitar possíveis rejeições, críticas ou avaliações negativas de seus parceiros, evitam também adquirir comportamentos novos, assim como evitam contatos com possíveis reforçadores. Mesmo evitando as possíveis punições, eles continuam experimentando intenso sofrimento ao se sentirem inadequados, diante das situações em que seus comportamentos eventualmente são punidos (Rapp, Cottrell & Leary, 2001; Mingnorange et al. 2001; Mingnorange et al., 2002; Vardy et al., 2002). Por isso, faz-se necessário investigar quais os

fatores que contribuem ou dificultam a interação social dos indivíduos com psoríase, e como tais indivíduos enfrentam as dificuldades nestas situações.

JUSTIFICATIVA E PROBLEMA DE PESQUISA

A maioria das pesquisas sobre psoríase mostra que, além do desconforto físico, decorrente do prurido, das descamações e das lesões na pele, assim como os tratamentos que nem sempre produzem resultados esperados, os indivíduos com esta doença ainda sofrem por causa da aparência inestética da pele e das reações de preconceito de outras pessoas em diferentes contextos sociais, como olhares e comentários insistentes sobre a doença, afastamento, críticas à sua aparência, entre outras.

Por conseguinte, um indivíduo com a superfície da pele visivelmente alterada seria afetado diretamente não pela sua condição biológica propriamente dita, mas pela maneira como outras pessoas reagem à sua aparência física. Portanto, além do próprio desconforto físico causado pela doença, estes indivíduos estão sujeitos a diferentes formas de discriminação que podem ocorrer em diversos contextos sociais, como família, escola, trabalho, entre outros. Dessa forma, muitos são aqueles que não conseguem se comportar de forma socialmente desejável. Nestes casos, aqueles indivíduos que já apresentam dificuldades em interagir socialmente de maneira eficaz, independente da doença, podem sofrer ainda mais, obtendo comprometimento em suas relações pessoais e profissionais, à medida que usufruem menos delas ou não as conseguem manter.

Queixas referentes às dificuldades interpessoais são trazidas aos consultórios dermatológicos freqüentemente. Porém, apesar de reconhecerem a importância das mesmas na vida destes pacientes e da interligação entre problemas psicológicos e afecções cutâneas, discuti-las com o paciente e ajudá-los na compreensão desta relação é uma tarefa difícil para os médicos.

A Psicologia tem se engajado na área da Saúde investigando os processos de adoecimento, a partir de uma perspectiva de análise ampla e complexa, não se focando apenas

na doença, mas sim no funcionamento biopsicossocial dos organismos. Dessa forma, a Psicologia adota uma perspectiva de análise complexa e multideterminada sobre os fatores que levam ao adoecimento. Além disso, desenvolve novas possibilidades atendimentos que contribuam para a adesão ao tratamento dermatológico e que melhorem não só a condição fisiológica, mas também a interação deste indivíduo em seus diversos contextos sociais. No que tange especificamente à doença de pele, a maioria das pesquisas ainda tem sido realizada por médicos ou psiquiatras e as análises do comportamento das pessoas com psoríase caracterizam-se por explicações que se referem a uma causalidade internalista. Neste sentido, tais análises acabam por buscar no indivíduo as causas para o seu adoecimento, deixando de avaliar as condições que, por serem externas ao organismo, mostram-se passíveis de mudança.

A despeito da relevância do tema, há poucas pesquisas nacionais; sobretudo, há escassez de trabalhos cuja referida temática seja debatida sob o enfoque analítico-comportamental. Este enfoque é também uma perspectiva teórica que pode ser útil no estudo deste fenômeno. A análise do comportamento ocupa-se das mesmas queixas relatadas em outras pesquisas: as dificuldades interpessoais apresentadas pelos indivíduos com doença de pele. Sua diferença, no entanto, reside no fato de que não considera as explicações internalistas para o adoecimento. Sua preocupação é estudar o comportamento humano, identificando as relações deste com variáveis do ambiente físico e social responsáveis pela manutenção dos comportamentos-problema. Vale ressaltar que um comportamento não é considerado problemático em si mesmo, mas no contexto, ele acaba trazendo prejuízos para o indivíduo e/ou para outras pessoas. Ao investigar essa relação, a preocupação do analista do comportamento não é somente explicar porque a pessoa se comporta daquela forma, mas tentar produzir mudanças, melhorando a interação do indivíduo com sua vida e com os demais indivíduos nos contextos dos quais ele participa.

A literatura sobre doença de pele é vasta em citar os problemas de isolamento social de esquivar da comunidade social, visto que o comportamento da comunidade verbal torna-se aversivo para o indivíduo com psoríase (críticas e ofensas à sua aparência física). Neste sentido, conhecer o repertório de habilidades sociais desses indivíduos pode ser um caminho inicial para estudar formas alternativas de prevenir o isolamento social das pessoas com doença de pele.

Por isso, os estudos em análise do comportamento que se dediquem a identificar quais as dificuldades apresentadas por indivíduos com doença de pele e como eles as enfrentam são necessários não só para auxiliar tais indivíduos e prevenir problemas pessoais, profissionais e afetivos, mas também para desenvolver propostas efetivas de pesquisa e de prestação de serviços a esta população.

Além disto, a utilização de um instrumento para avaliar repertório de habilidades sociais, elaborado e validado para a população brasileira, permitirá uma análise mais fidedigna dos resultados obtidos para a amostra estudada e que poderá subsidiar futuras ações preventivas no ambiente das interações sociais de indivíduos com psoríase.

OBJETIVO GERAL

Avaliar o repertório de comportamentos sociais de pessoas com psoríase.

Objetivos Específicos

- Caracterizar a amostra de pacientes com psoríase atendida no ambulatório do Serviço de Dermatologia do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Londrina quanto aos aspectos médicos (localização da doença, tipo de medicação e tempo de diagnóstico) e às características sócio-demográficas (idade, gênero, escolaridade, nível sócio-econômico, ocupação, estado civil e número de filhos).
- Caracterizar o repertório de comportamentos sociais de pacientes com psoríase
- Correlacionar dados coletados quanto às características sócio-demográficas, aspectos clínicos e comportamentos sociais de pacientes com psoríase.
- Identificar e analisar, por meio de relato verbal, principais dificuldades de interação social enfrentadas pelos indivíduos quanto à sua doença.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa não experimental, com amostragem não probabilística do tipo acidental ou por conveniência e realizada por aplicação de inventário padronizado e entrevista não estruturada.

Participantes

Os participantes da pesquisa foram 35 indivíduos com psoríase, 16 do gênero feminino e 19 do masculino, na faixa etária dos 14 aos 77 anos e que estavam sendo atendidos no setor de Dermatologia do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Londrina, no período de maio a julho de 2007. Os participantes que apresentavam a doença há pelo menos seis meses e estavam em tratamento dermatológico foram convidados pelos médicos do setor a participarem da pesquisa. Aqueles que concordaram, foram encaminhados para entrevista. Indivíduos que apresentavam déficits cognitivos ou intelectuais eram excluídos.

Local

Sala de atendimento do Ambulatório de Dermatologia do Hospital das Clínicas:

Foi destinada à realização da entrevista individual com os pacientes e à aplicação do Inventário de Habilidades Sociais IHS-Del Prette (Del Prette & Del Prette, 2001).

Recursos Humanos

A pesquisa foi conduzida pela pós-graduanda, que entrevistou os participantes e transcreveu os relatos.

Equipamentos e Materiais

Rádio-gravador da marca *Sony*^R, e fitas K-7

Instrumentos

Foram utilizados para a pesquisa os seguintes instrumentos:

1-) Inventário de Habilidades Sociais IHS- Del Prette (Del Prette & Del Prette, 2001). Este inventário é um instrumento composto de 38 itens que descrevem situações de interação social e uma possível forma de reação a tais situações. Ao respondê-lo, o indivíduo faz uma estimativa da frequência com que ele reage daquela maneira, em uma escala *Likert* de cinco pontos. O instrumento apresenta uma estrutura fatorial que agrupa os itens em cinco fatores, descritos abaixo.

- Fator 1 - Enfrentamento com Risco: comportamentos em situações interpessoais que podem sofrer rejeição ou oposição por outras pessoas, tais como: apresentar-se a uma pessoa desconhecida; abordar parceiro (a) para relacionamento sexual; discordar da opinião de uma pessoa de autoridade; discordar de colegas em grupo; cobrar dívida de um amigo; declarar verbalmente sentimento amoroso a um parceiro(a), lidar com

críticas injustas, falar a um público conhecido; devolver mercadoria defeituosa; manter conversa com desconhecidos e fazer perguntas a conhecidos.

- Fator 2 - Auto-afirmação na Expressão de Afeto Positivo: refere-se aos comportamentos de expressão verbal de sentimentos positivos, que não envolvem reação indesejável da parte de outras pessoas, como elogiar familiares e outras pessoas; expressar sentimento positivo; agradecer elogios; defender em grupo uma outra pessoa; expressar sentimentos positivos e participar de conversação trivial.
- Fator 3 - Conversação e Desenvoltura Social: envolve os comportamentos de manter e encerrar conversação em contato face a face; encerrar a conversa ao telefone; abordar as pessoas que ocupam posição de autoridade; reagir a elogios; pedir favor a colegas e recusar pedidos abusivos.
- Fator 4 - Auto-Exposição a Desconhecidos ou a Situações Novas: são os comportamentos relacionados à abordagem de pessoas desconhecidas, como fazer apresentações e palestras a um público desconhecido e pedir favores ou fazer perguntas a pessoas desconhecidas.
- Fator 5 - Autocontrole da Agressividade em Situações Aversivas: comportamentos apresentados em situações aversivas, com controle da raiva e da agressividade, tais como: responder às críticas dos pais; cumprimentar desconhecidos e lidar com chacotas e brincadeiras de mau gosto ou potencialmente ofensivas.

2-) Questionário para obtenção de dados sócio-demográficos (Anexo B). Este questionário foi utilizado para coletar informações quanto ao gênero; idade; escolaridade; nível sócio-econômico; ocupação e constituição familiar dos indivíduos.

Procedimento

Inicialmente foi solicitada autorização para realização da pesquisa ao Serviço de Dermatologia do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Londrina, por meio de uma carta enviada ao chefe do referido serviço. Simultaneamente, o projeto foi encaminhado para apreciação pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina. Posteriormente à aprovação do projeto, foi realizada a coleta dos dados.

Seleção da amostra de participantes

Os indivíduos encaminhados à pesquisa pelos dermatologistas e residentes foram entrevistados individualmente pela pós-graduanda e informados sobre os objetivos gerais da pesquisa e os procedimentos a serem realizados. Aqueles que aceitaram participar do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo A) e responderam o questionário de dados sócio-demográficos (Anexo B).

Entrevista e aplicação do IHS- Del Prette

Posteriormente ao questionamento sócio-demográfico, pediu-se a permissão do participante para realizar uma entrevista gravada, assegurando-se o sigilo das informações obtidas. Após o seu acedimento, uma entrevista não estruturada foi conduzida. Essa entrevista investigou quais as dificuldades relatadas pelos participantes com relação à psoríase. Apesar do IHS-Del Prette (2001) já especificar algumas das dificuldades apresentadas dos indivíduos,

a entrevista é um instrumento no qual, o indivíduo poderia detalhar mais sobre suas dificuldades, em vez de apenas ficar sob o controle das perguntas fechadas que o instrumento fornece. A entrevista foi gravada em fita K-7, na qual a pesquisadora fez duas perguntas:

Primeira pergunta: Qual(is) é(são) a(s) dificuldade(s) de uma pessoa que apresenta psoríase?

O participante respondia à pergunta e, quando necessário, a pesquisadora detalhava ou esclarecia as informações que ele fornecia. Quando o participante terminava de responder, fazia-se a segunda pergunta, descrita a seguir:

Segunda pergunta: As dificuldades que você relatou são as dificuldades que você enfrenta? Neste caso, o participante poderia acrescentar informações de sua experiência pessoal ou complementar as informações já fornecidas.

Ao final da entrevista, a pesquisadora aplicava o Inventário de Habilidades Sociais, explicando as instruções do teste, informando que o Inventário não era avaliativo e que, portanto, não haveria respostas corretas ou incorretas. Ela também verificava se os indivíduos não apresentavam dúvidas quanto às questões e, depois disso, agradecia pela entrevista.

Checagem do prontuário médico

A pesquisadora consultou o prontuário médico de cada participante para recolher informações clínicas da doença, como localização das lesões, tipo de medicação utilizada e tempo de diagnóstico. O objetivo desta consulta era o de verificar e complementar as informações fornecidas pelos participantes a respeito da doença de pele.

Tratamento e Análise dos Dados

Nos próximos subitens, serão descritos os critérios de classificação seguidos para a análise dos dados sócio-demográficos e dos aspectos clínicos da doença.

Critérios referentes à caracterização da amostra quanto aos aspectos sócio-demográficos

- **Idade:** A divisão e classificação quanto às faixas etárias sofrem variações conforme a cultura, legislação e atividades econômicas do grupo social em que um indivíduo estiver inserido. A divisão apresentada na referente pesquisa seguiu sugestões fornecidas pela Organização Mundial de Saúde (*World Health Organization*, 1993; 1995).
10-20 anos - Adolescentes
21-31 anos - Jovens
32-42 anos - Adulto-Jovens
43-53 anos - Adultos
54-64 anos - Terceira Idade
64 anos ou mais - Idosos
- **Nível Sócio-econômico:** Considerou-se o valor do salário mínimo vigente R\$ 380,00 reais.
- **Ocupação:** referiu-se a quaisquer modos de produção de renda, seja emprego formal com ou sem registro, atividades informais, prestação de serviços, comércio ou serviços autônomos.

- Estado Civil: quaisquer tipos de união estável, independente de registro em cartório cível foram considerados na pesquisa como casamento.

Critérios referentes à caracterização da amostra quanto aos aspectos clínicos da psoríase

- Localização da lesão: foi classificada de acordo com a área do corpo que poderia ou não ser exposta, dependendo da vestimenta utilizada e do contexto social (p. ex.: lazer, trabalho). Esta classificação restringiu-se aos últimos seis meses de doença.

1- Expostas – lesões localizadas em áreas do corpo expostas, as quais correspondem às partes do corpo em que as lesões existentes não podem ser cobertas total ou parcialmente por vestimentas. Tratam-se: da cabeça; face; couro cabeludo; pescoço; antebraço; braço; cotovelo; mãos e dedos das mãos.

2- Não expostas - lesões localizadas em áreas do corpo não expostas, as quais correspondem às partes do corpo em que as lesões existentes podem ser totalmente cobertas por vestimentas, quais sejam: busto; tórax, costas (dorso); abdômen; nádegas; coxa; perna; pé; dedos dos pés e tornozelo.

3- Expostas em contextos específicos – nesta classificação, além das lesões localizadas em partes expostas, englobam-se também aquelas localizadas em áreas do corpo que normalmente podem ser cobertas pela vestimenta, mas que, em determinadas situações, a sua exposição não pode ser evitada, como piscinas, prática de alguns esportes.

- Tipo de medicação: foi classificado de acordo com o modo de aplicação da medicação.

1- *Tópica*: medicação aplicada diretamente na região do corpo lesionada pela psoríase.

2- *Sistêmica*: medicação injetável e/ou comprimidos.

- Tempo de Diagnóstico: foi classificado de acordo com o tempo decorrido desde que a doença foi diagnosticada pelo dermatologista. Não foram considerados os relatos de sintomas da doença anteriores a este diagnóstico. Os critérios a seguir foram estabelecidos de acordo com parâmetros estatísticos e com a variação encontrada na própria amostra investigada.

0-3 anos: diagnóstico recente, pouco tempo de doença;

4-7 anos: tempo médio de convívio com a doença;

8-11 anos: muito tempo de convívio com a doença, menos de 12 anos;

12 anos ou mais: muito tempo de convívio com a doença, acima de 12 anos

Sistema de ordenação dos dados para fins de análise estatística

Os dados sócio-demográficos e clínicos da psoríase são variáveis não numéricas, portanto, estipulou-se uma ordenação numérica para que eles pudessem ser correlacionados estatisticamente. Quanto aos dados sócio-demográficos, para o gênero feminino, atribuiu-se a numeração 1 e para o masculino, a 2. Em se tratando do estado civil, os indivíduos solteiros receberam a numeração 0; os solteiros e com filhos, a 1; os casados e sem filhos, a 2; os casados e com filhos, a 3; os viúvos e com filhos, a 4. No que concerne aos aspectos clínicos, para a localização das lesões, estipulou-se a numeração 1 para as lesões não expostas; 2 para as expostas e 3 para as expostas em contextos específicos. Por fim, acerca do tipo de

medicação, as numerações foram estipuladas da seguinte forma: 1 para as medicações tópicas e 2 para a sistêmica. A tabela 1 mostra como esta ordenação foi estipulada:

Tabela 1. Ordenação numérica dos dados referentes aos aspectos sócio-demográficos e clínicos da doença para fins estatísticos.

Gênero	Estado Civil	Localização das Lesões	Tipo de Medicação
Feminino = 1	Solteiro = 0	Lesões não expostas = 1	Medicação tópica =1
Masculino = 2	Casado =2	Lesões expostas = 2	Medicação Sistêmica= 2
	Viúvo = 3	Lesões expostas em contextos específicos =3	

Análise estatística

Os dados sócio-demográficos e os aspectos clínicos da doença foram submetidos à análise estatística, utilizando o teste de Kruskal-Wallis e a correlação ordinal de Spearman. O primeiro é considerado um teste não paramétrico e suas conclusões baseiam-se no ordenamento de todos os dados disponíveis, do menor para o maior e podem ser comparadas muitas variáveis simultaneamente (Bussab & Morettin, 2003). O segundo é um cálculo estatístico baseado em postos e que demonstra o quanto a ordenação da variável X tende a concordar com a ordenação da variável Y, por isso, neste teste, as variáveis são comparadas apenas duas a duas. Em ambos os testes, para que a correlação seja considerada significativa, o valor de p deve ser menor que 0,05 ($p < 0,05$) (Bussab & Morettin, 2003).

Por Kruskal-Wallis foram correlacionadas os dados sócio-demográficos dos pacientes (idade, gênero, estado civil, número de filhos e ocupação); os dados quanto aos comportamentos de interação social obtidos via inventário (escore fatorial e geral no IHS), e

os dados quanto aos aspectos clínicos da doença (localização das lesões; tipo de medicação e tempo de diagnóstico).

Para as variáveis que possuem valor numérico, como idade e os escores obtidos no IHS-Del Prette, as correlações foram feitas diretamente, ou seja, sem a necessidade de atribuição de valores numéricos. Além disso, foram realizadas correlações estatísticas (teste de Spearman) entre os escores fatoriais do IHS-Del Prette (2001) (ex.: F1 x F2; F1 x F3; F1 x F4, etc...) e entre Idade e escores fatoriais do IHS.

Categorização dos comportamentos relatados pelos participantes em relação às perguntas da entrevista

Os dados obtidos por meio da entrevista realizada com os participantes e que teve o objetivo de obter mais informações sobre as dificuldades enfrentadas por uma pessoa com psoríase foram avaliados e categorizados. Comparando-se as respostas daqueles indivíduos que nunca sofreram reação negativa à sua aparência física, com as respostas daqueles que já sofreram, emergiram algumas diferenças que foram categorizadas, conforme apresentado a seguir:

1-) Comportamentos das pessoas desconhecidas em relação à aparência física dos indivíduos com psoríase;

2-) Comportamentos dos indivíduos com psoríase em relação às reações das pessoas desconhecidas à sua aparência física;

3-) Comportamentos de conhecidos que contribuem ou prejudicam o enfrentamento às reações negativas das pessoas à aparência física dos indivíduos com psoríase.

RESULTADOS

Serão inicialmente apresentados a caracterização sócio-demográfica e os aspectos clínicos da doença da amostra estudada e, posteriormente, as correlações entre as informações obtidas pela aplicação do questionário sócio-demográfico, consulta aos prontuários médicos e aplicação do IHS-Del Prette (2001).

Caracterização da Amostra Quanto aos Aspectos Sócio-Demográficos

- Gênero e Idade - Pôde-se verificar que, na amostra estudada, 46% dos participantes (16 indivíduos) foram mulheres e 54% (19 indivíduos), homens. Adolescentes de ambos os gêneros (10-20 anos) representaram 14% da amostra geral (quatro mulheres e um homem). Jovens (21-31 anos) somaram 6% (um homem e uma mulher). Adultos jovens (32-42 anos) corresponderam a 26% (cinco mulheres e quatro homens). Adultos (43-53 anos) representaram 8% (duas mulheres e um homem). Indivíduos na terceira idade (54-64 anos) somaram 26% (três mulheres e seis homens). E os participantes idosos corresponderam a 20% da amostra geral (seis homens e uma mulher).
- Escolaridade - Da amostra geral, 11% (duas mulheres e dois homens) não eram alfabetizados; 43% não concluíram o ensino fundamental (quatro mulheres e 11 homens); 11% dos participantes concluíram o ensino fundamental (quatro mulheres); 2% não concluíram o ensino médio (duas mulheres), 28% apresentam o ensino médio completo (cinco mulheres e cinco homens).

- **Nível Sócio-Econômico** - Dezesete por cento dos participantes apresentavam renda em torno de um salário mínimo (quatro mulheres e dois homens); 46% entre um e meio a dois e meio salários-mínimos (cinco mulheres e 11 homens); 23%, entre três a quatro salários-mínimos (três mulheres e cinco homens) e apenas 14% com renda acima de quatro salários-mínimos (quatro mulheres e um homem).
- **Estado Civil** - Sessenta e oito por cento dos participantes eram casados e tinham filhos (14 homens e 10 mulheres); na amostra masculina, indivíduos nesta condição representaram 73% (14), enquanto na feminina foram 62% (10). Catorze por cento dos participantes (5) eram solteiros sem filhos (dois homens e três mulheres). Solteiros e com filhos, apenas seis por cento dos participantes (dois homens); oito por cento eram viúvos e tinham filhos (um homem e duas mulheres) e apenas uma mulher era casada, mas não tinha filhos.
- **Ocupação** - Seis por cento dos participantes eram estudantes (duas mulheres); 46% estavam empregados (cinco mulheres e 11 homens); desempregados representaram 26% (sete mulheres e dois homens) e 23% estavam aposentados (duas mulheres e seis homens).

Caracterização da Amostra Quanto Aos Aspectos Clínicos da Psoríase

- **Localização das lesões** - Quanto aos aspectos clínicos da psoríase, 14% dos participantes (5) apresentavam lesões não expostas; 8% (3), lesões expostas e 77%

(27) deles, cujas lesões eram expostas apenas em contextos específicos, sendo destes, 87% mulheres (14) e 68% homens (13) com lesões expostas em contextos específicos.

- Tipo de medicação - Cinquenta e um por cento (18 pessoas) utilizavam somente medicação tópica e 48%, sistêmica além da tópica. Sessenta e oito por cento das mulheres (11) utilizavam somente medicação tópica, enquanto 58% dos homens (11), medicação sistêmica, além da tópica.
- Tempo de diagnóstico – Quarenta por cento dos participantes (14) apresentavam a doença diagnosticada há mais ou menos três anos; 31%, de quatro a sete anos; 20%, de oito a 11 anos e 8 % apresentam 12 anos ou mais de diagnóstico da doença. Dentre os participantes, 50% (8) das mulheres apresentavam diagnóstico de psoríase há mais ou menos três anos, enquanto, para os homens, 31% deles (6) apresentavam diagnóstico até três anos, 31% de quatro a sete anos e 31% de oito a 12 anos. A tabela 2, a seguir, apresenta os dados sócio-demográficos e aspectos clínicos discutidos nos itens 5.1 e 5.2.

Tabela 2. Características sociais, demográficas e clínicas da amostra de participantes.

Gênero N (%)	Idade N (%)	Escolaridade N (%)	Nível Sócio- econômico N (%)	Estado Civil e N (%)	Ocupação N (%)	Localização das Lesões N (%)	Tipo de medicação N (%)	Tempo de Diagnóstico N (%)
Feminino 16 (46)	Adolescentes (10-20 anos) 2 (6)	Sem alfabetização 4 (11)	Até 1 salário- mínimo 7 (20)	Solteiro 7 (20)	Estudante 2 (6)	Não exposta 5 (14)	Somente tópica 18 (51)	0-3 anos diagnóstico recente 14 (40)
Masculino 19 (54)	Jovens (21-31 anos) 5 (14)	Fundamental incompleto 15 (43)	1,5-2,5 salários- mínimos 9 (26)	Casado 25 (71)	Empregado 15 (43)	Exposta 3 (8)	Somente sistêmica ou ambas 17 (48)	4-7 anos tempo médio de diagnóstico 11 (31)
Total: 35	Adulto Jovem (32-42 anos) 9 (26)	Fundamental Completo 4 (11) Médio Incompleto 2 (6)	3-4 salários- mínimos 17 (48)	Viúvo 3 (8)	Desempregado 9 (26)	Expostas em contextos específicos 27 (77)		8-11 anos muito tempo de diagnóstico (até 11 anos) 7 (20)
	Adulto (43-53 anos) 3 (8)	Médio completo 10 (28)	Mais de 4 salários mínimos 2 (6)		Aposentado 9 (26)			
	Terceira Idade (54-64 anos) 9 (26)							12 anos ou mais muito tempo de diagnóstico (acima de 12 anos) 3 (8)
	Idosos (acima de 64 anos) 7 (20)							

Correlações entre Dados Sócio-Demográficos e Aspectos Clínicos da Psoríase

No que concerne às características sócio-demográficas da amostra e aos aspectos clínicos da doença, verificou-se, na presente pesquisa, uma correlação significativa e positiva entre as variáveis: idade, gênero e localização das lesões (Kruskal-Wallis, $p < 0,05$).

Desse modo, os indivíduos na terceira idade e idosos foram, em sua maioria, homens casados, apresentaram mais lesões expostas em contextos específicos do que o restante da amostra. Do mesmo modo, as mulheres mais novas (adolescentes: 10-20 anos e jovens: dos 21 aos 31 anos) e solteiras em geral apresentaram mais lesões não expostas.

IHS-Del Prette: Correlações entre Idade e Fatores

Além das correlações entre o F1 e o F2, conforme mostram as Figuras 1 e 2, verificou-se apenas correlação positiva e significativa entre Idade e Fator 1 (auto-afirmação com risco) e Idade e Fator 4 (auto-exposição a desconhecidos) (Spearman $p < 0,05$). Desse modo, indivíduos na terceira idade e idosos relataram bom desempenho (score acima de 50%) em ambos os fatores (F1 e F4) (Spearman, $p < 0,05$).

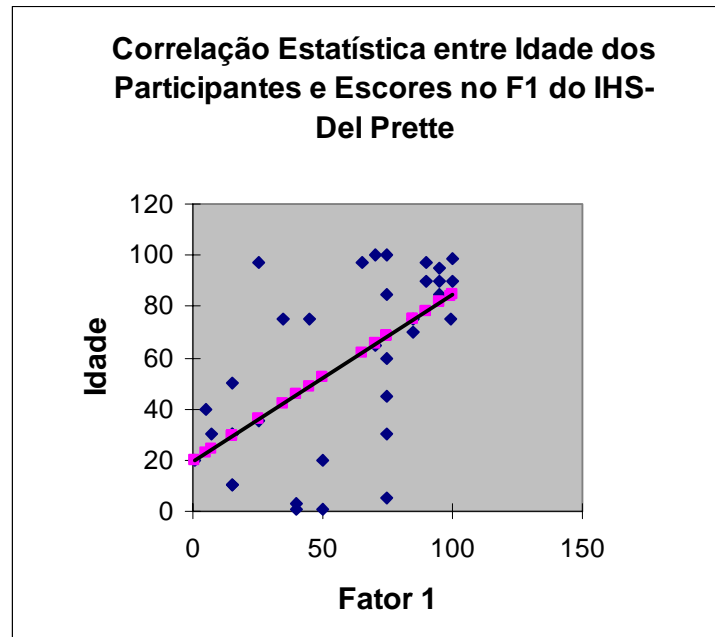


Figura 1. Correlação estatística entre idade dos participantes e escores relatados no fator 1 do Inventário de Habilidades Sociais IHS-Del Prette.

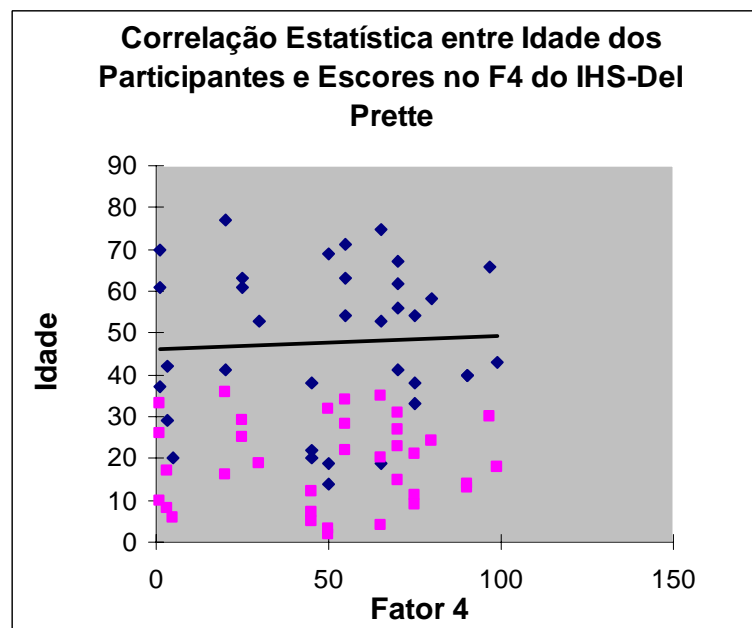


Figura 2. Correlação estatística entre idade dos participantes e escores relatados no fator 4 do Inventário de Habilidades Sociais IHS-Del Prette.

Não foi identificada correlação significativa na análise entre idade e os fatores 2, 3 e

5.

Correlação entre Dados Sócio-Demográficos e Escores do IHS-Del Prette

No que tange aos escores obtidos no Inventário de Habilidades Sociais IHS-Del Prette (2001), observou-se correlação significativa e positiva entre gênero e pontuação geral, assim como entre gênero e pontuação dos fatores do respectivo inventário (Kruskal-Wallis, $p < 0,05$). A correlação entre gênero e escores fatoriais pode ser demonstrada também pela descrição das porcentagens no relato dos indivíduos. Sessenta e três por cento das mulheres (10) descreveram baixo desempenho (escore abaixo de 50%) no Fator 1 (auto-afirmação com risco), enquanto 68% dos homens (13) descreveram bom desempenho neste fator (escore acima de 50%). Quanto ao Fator 2 (auto-afirmação na expressão de sentimento positivo), 56% das mulheres (9) relataram baixo desempenho e 63% dos homens (12) mencionaram bom desempenho no referido fator.

No que se refere ao Fator 3 (conversação e desenvoltura social), 50% das mulheres (8) relataram reduzido desempenho e 50% relataram bom desempenho em interações sociais. Por sua vez, 58% dos homens (11) relataram bom desempenho. Em se tratando do Fator 4 (auto-exposição a desconhecidos), 56% das mulheres (9) relataram baixo desempenho, enquanto 58% dos homens (11) relataram bom desempenho. No que concerne ao Fator 5 (autocontrole da agressividade), 56% das mulheres (9) citaram reduzido desempenho (escore abaixo de 50%) e 84% dos homens (16) citaram bom desempenho. Desse modo, os homens relataram melhor desempenho do que as mulheres, tanto na pontuação geral, quanto nas fatoriais.

Também houve correlação significativa e positiva entre e escores do IHS- Del Prette e o estado civil, pois indivíduos casados, independente do gênero, relataram melhores desempenhos (escores acima de 50%) do que os solteiros ou viúvos (escores abaixo de 50%) (Kruskal-Wallis, $p < 0,05$).

Correlação entre Aspectos Clínicos da Psoríase e Escores do IHS-Del Prette

Na presente pesquisa também se observou correlação significativa e positiva entre escores fatoriais, localização das lesões e tempo de diagnóstico. Neste sentido, os participantes que relataram melhores desempenhos (escores acima de 50%) apresentaram lesões expostas em contextos específicos e mais tempo de diagnóstico (acima de 3 anos) (Kruskal-Wallis, $p < 0,05$). Esses indivíduos foram homens, na terceira idade ou idosos e casados.

Categorização das Respostas Dadas à Pergunta sobre Dificuldades Enfrentadas por Indivíduos com Psoríase

A partir da análise dos relatos obtidos na entrevista quanto à pergunta sobre as dificuldades enfrentadas por uma pessoa com psoríase, foram elaboradas três categorias de comportamentos que serão descritas na seqüência.

Categoria 1: Comportamentos das pessoas desconhecidas à aparência física dos indivíduos com psoríase

Eventos nesta categoria estão relacionados às demonstrações negativas verbais vocais (palavras ofensivas, apelidos, xingamentos) e não vocais (gestos, posturas faciais e corporais) das pessoas à aparência física dos indivíduos com psoríase.

Exemplos: as pessoas criticam a pele dos indivíduos com psoríase diretamente ou às escondidas, falam que é feia, insinuam que as lesões são falta de higiene, perguntam se a doença é venérea ou degenerativa, apelidam ou fazem brincadeiras ofensivas, comparações com personagens bizarros, riem de sua pele. Também ocorre de as pessoas evitarem contato físico, afastarem-se, recusarem-se a tocá-los, a aceitar presentes ou serviços que envolvam a manipulação por indivíduos com psoríase, a sentar perto deles, a compartilhar objetos ou, quando o fazem, esterilizam os objetos utilizados por eles.

Enquadram-se também nesta categoria, a recusa das pessoas a cumprimentá-los pegando em suas mãos, a convidá-los para atividades conjuntas de lazer ou para almoços, ou a empregá-los, alegando não apresentarem aparência física adequada. Outros exemplos de reações negativas são as pessoas ficarem olhando ou perguntarem o que são as lesões, não permitirem que seus filhos sejam carregados no colo por indivíduos com psoríase, quando os vendedores impedem-nos de experimentar roupas e calçados, cabeleireiros, massagistas e depiladores se recusam a atendê-los, ou são impedidos de freqüentar clubes, piscinas e saunas.

Categoria 2: Comportamentos dos indivíduos com psoríase às reações das pessoas desconhecidas à sua aparência física

Esta categoria apresenta o relato do comportamento dos indivíduos com psoríase diante das situações nas quais há a possibilidade de sofrerem alguma restrição ou impedimento por causa da doença ou há possibilidade de serem destratados por alguém, com comentários ofensivos ou brincadeiras sobre a sua aparência. Incluem-se nesta categoria tanto os comportamentos públicos (observáveis por outros indivíduos além daquele que se

comporta), quanto os encobertos (ex: sentimentos e pensamentos, comportamentos observados somente pelo próprio indivíduo que se comporta).

Sentimentos - sentem raiva ou revolta de ter a doença, envergonham-se da aparência da pele, sentem-se desrespeitados, inferiores, feios, humilhados, constrangidos, incapazes, sentem solidão e ficam preocupados com a opinião das pessoas sobre sua pele.

Comportamentos Públicos – choram, ingerem bebida alcoólica; fingem que não se importam ou que não entenderam a ofensa; calam-se; recusam-se a frequentar balneários; evitam contato sexual, despir-se na frente do(a) possível parceiro(a); utilizam roupas compridas e perucas (quando a psoríase atinge o couro cabeludo). Os participantes também relataram que, ao serem criticados pela aparência da pele, eles agridem verbal ou fisicamente quem o ofendeu; reclamam para outras pessoas, mas não para quem o agrediu verbalmente ou ferem o próprio corpo (p. exemplo, passam estilete nas descamações). Outras possibilidades de reação às críticas à sua pele são dizer que a doença não é contagiosa ou pedir para que as pessoas parem com os apelidos.

Categoria 3: Comportamentos de conhecidos que contribuem ou prejudicam o enfrentamento às reações negativas das pessoas à aparência dos indivíduos com psoríase

Nesta categoria incluem-se os comportamentos dos conhecidos, sejam familiares, amigos ou parceiros afetivos que contribuem para que os indivíduos com psoríase aprendam a enfrentar as reações das pessoas desconhecidas à sua aparência física. Também são descritos nesta categoria aqueles comportamentos dos conhecidos que prejudicam o enfrentamento destas situações por aqueles que apresentam essa doença de pele.

Comportamentos dos conhecidos que auxiliam o enfrentamento de reações das pessoas- parceiros afetivos continuam a tocá-los, mesmo nas partes do corpo em que há lesões; familiares e/ou amigos com a mesma doença explicam sobre ela; familiares ajudam os indivíduos a se envolverem em trabalho ou tarefas cotidianas; amigos insistem em levá-los a passeios; familiares valorizam (elogiam) as ações do indivíduo e não somente sua aparência física e amigos e/ou parceiros afetivos auxiliam o indivíduo a engajar-se em outras atividades, compatíveis com as suas limitações (como por exemplo, quando o indivíduo tem de aposentar por causa da artrite psoriática, ele passa a fazer atividades domésticas).

Comportamentos dos conhecidos que não contribuem para o enfrentamento das reações negativas - parceiros afetivos evitam tocá-los; familiares não discutem sobre a doença com o indivíduo com psoríase; amigos e/ou familiares impedem que o indivíduo tenha ocupações (tarefas, atividades, trabalho), fazendo-as por ele; namorados e/ou familiares evitam discutir assuntos que possam chateá-los; familiares dão atenção (ficam perto ou cedem aos pedidos) quando o indivíduo chora, grita, agride o próprio corpo ou xinga os pais, elencando a doença como justificativa para essas reações.

Relação entre Dados Sócio-Demográficos, Aspectos Clínicos da Doença e Categorias de Comportamentos Relatados pelos Indivíduos com Psoríase

Dos 35 participantes, 31% (11) disseram que nunca sofreram nenhuma reação negativa das pessoas à sua pele. Dentre eles, 72% foram homens (8) e 28% mulheres (3); 81% (9) estavam na terceira idade (54-64 anos) ou eram idosos (acima dos 64 anos); 72% (8)

casados; 63% (sete) com lesões expostas em contextos específicos e 45% (5) apresentavam a doença há mais de quatro anos. Estes indivíduos reclamaram que as dificuldades causadas pela psoríase referem-se exclusivamente ao incômodo físico como prurido, ardência, inchaço e dores nas juntas (quando há artitre psoriática), sangramentos e limitações como dependência das outras pessoas, ter de parar de trabalhar ou de caminhar.

Contudo, 69% (24) deles relataram que já se expuseram às situações descritas na categoria 1 (comportamentos das pessoas desconhecidas à aparência física dos indivíduos com psoríase). Dentre eles, 54% (13) foram mulheres e 46% (11) homens; 71% (17) eram casados; 33% (8), adultos jovens; 83% (20), com lesões expostas em contextos específicos e 71% (17), com a doença há mais de quatro anos.

Para fins de análise serão apresentados, a seguir, os resultados referentes às categorias 2 (comportamentos dos indivíduos com psoríase às reações das pessoas desconhecidas à sua aparência física) e 3 (comportamentos das pessoas conhecidas que contribuem ou prejudicam o enfrentamento às reações negativas das pessoas à aparência física do indivíduo com psoríase), uma vez que elas mostram como tais indivíduos se comportam em relação às reações de outras pessoas à aparência de sua pele e o auxílio que eles recebem ou não de seus familiares e/ou amigos no enfrentamento das dificuldades encontradas nestas interações.

Dentre os 24 indivíduos que já sofreram algum tipo de reação das pessoas desconhecidas à sua aparência física, 66% relataram que ficam quietos, saem do local no qual foram criticados por causa de sua pele, sentem-se mal, evitam sair ou despir-se na frente de alguém. Nove destes participantes foram homens e 8 mulheres; 50% eram adultos jovens ou adultos (32-42 ou 43 a 53 anos); 62% eram casados; 87% (14) com lesões expostas em contextos específicos e 75% apresentavam a doença há mais de quatro anos.

Oito por cento dos indivíduos com psoríase relataram que, ao serem criticados pela aparência da pele, agridem verbalmente outras pessoas (p. exemplo, culpam os pais), ou agridem o próprio corpo. Estes participantes foram mulheres adolescentes (10-20 anos), casadas, com lesões expostas em contextos específicos, faziam uso de medicação sistêmica e tiveram a doença diagnosticada há mais de quatro. Por sua vez, apenas 21% dos participantes relataram que, diante da reação de pessoas desconhecidas, eles explicam sobre sua doença, falam sobre seus sentimentos ao serem ofendidos, não evitam sair, nem encontrar outras pessoas ou agridem verbalmente quem os criticou. Dentre eles, 80% eram adultos (43-53) anos; 40% (2) homens e 50 % (3) mulheres; todos casados; 80% (4) com lesões expostas em contextos específicos e 80% (4), com doença há mais de três anos.

Dos 24 indivíduos que já sofreram algum tipo de reação negativa à sua aparência física, 75% deles (18) disseram que o comportamento de seus familiares não contribui para que eles aprendam a enfrentar tais situações, enquanto 25% (6) relataram que o comportamento de seus familiares auxilia-os a enfrentar tais reações.

Destes 18 participantes, 55% eram homens (10) e 44% mulheres (8); 33% eram adultos jovens (32-42 anos) e 33% na terceira idade (54-64 anos); 61% (11) casados e 22% (4) solteiros; 83% (15) apresentavam lesões expostas em contextos específicos; 55% (10) utilizavam medicação sistêmica; 44% (8), tópica e 83% (15) com a doença há mais de quatro anos.

Dentre os 25% cujos comportamentos dos familiares não os auxiliam a enfrentar as avaliações negativas, 80% eram mulheres (4) e 20% (1) homens. Destes indivíduos, 40% (2) eram adultos jovens (32-42anos); todos casados; 80% com lesões expostas em contextos específicos; 80% usavam medicação tópica e 60% apresentavam a doença há três anos ou mais.

DISCUSSÃO

A literatura sobre doença de pele é vasta em afirmar a respeito do impacto negativo da psoríase sob vários aspectos da vida do indivíduo acometido, destacando as dificuldades de interagir socialmente, as quais acarretam limitações e prejuízos profissionais e afetivos às vidas desses indivíduos. Tais comprometimentos pessoal, social, afetivo e profissional foram igualmente relatados pelos participantes na presente pesquisa e serão discutidos nas seções seguintes. Também serão debatidas as diferenças individuais no enfrentamento das problemáticas decorrentes da psoríase. Para fins de discussão, serão elencadas apenas algumas das características sócio-demográficas, quais sejam, a idade, o gênero e o estado civil, as quais serão analisadas em sua inter-relação com os aspectos clínicos da doença e com as dificuldades em interações sociais.

Severidade da Psoríase: Relação entre Aspectos Clínicos, Sócio-Demográficos e Dificuldades Interpessoais

A severidade da psoríase é uma condição bastante complexa que depende de inúmeros fatores. Alguns deles, como a extensão das lesões, o uso de medicação sistêmica, o tempo de diagnóstico e a presença de comorbidades (por exemplo, artrite psoriática) estão diretamente relacionados aos incômodos físicos produzidos pela psoríase, às limitações em atividades cotidianas e a dependência de outras pessoas na realização dessas tarefas (Abadie, Kent & Gawrodger, 1994; Kimball et al., 2005). Porém, para avaliar a severidade da psoríase, além do incômodo físico, devem-se considerar os prejuízos sócio-afetivos, sexuais e profissionais que a doença pode acarretar, já que os indivíduos com esta afecção

dermatológica freqüentemente se queixam de dificuldades ao interagir socialmente (Leary et al 1998; Whal et al., 2000; Vardy et al. 2002).

Desse modo, a localização das lesões, ou seja, a área do corpo atingida pelos sintomas inestéticos (em regiões do corpo mais ou menos expostas), assim como a idade, o gênero e o estado civil dos indivíduos com psoríase são condições relevantes para se avaliar a propensão às dificuldades interpessoais (Leary et al., 1998; Rap, Cottrell & Leary, 2001; Vardy et al. 2002; Gupta & Gupta, 2004; Kimball et al., 2005; Taborda; Weber & Freitas, 2005).

Segundo Leary et al. (1998), a severidade da psoríase depende da extensão, da localização e da conspicuidade dos sintomas desta doença. Quanto à extensão, os autores supramencionados discutem que pessoas com poucas lesões relatam menos dificuldades interpessoais do que aquelas cujo corpo é atingido por um amplo e disseminado eritema. No que tange à localização das lesões, quando a psoríase atinge áreas do corpo menos visíveis, como pernas, pés e dorso, a doença parece não incomodar muito, nem limitar a vida social e afetiva dos indivíduos que são acometidos por essa doença (Leary et al. 1998; Rap, Cotril & Leary, 2001). Porém, quando ela está localizada em áreas do corpo mais expostas, as quais são mais difíceis de se encobrir com vestimentas ou disfarçar com cosméticos, como cabeça, face e pescoço, os indivíduos relatam mais dificuldades em interagir socialmente. Conjuntamente à exposição das lesões, a severidade da psoríase pode se agravar se houver sintomas inestéticos conspícuos (visíveis) como sangramentos (Leary et al., 1998; Rap, Cottrell & Leary, 2001; Kimball et al., 2005).

Na atual pesquisa, no que se refere à severidade da psoríase, constatou-se, pela correlação estatística, que o uso de medicação sistêmica independe da localização das lesões, mas está relacionado ao tempo de diagnóstico. Neste sentido, a severidade de um caso de psoríase não pode se fiar apenas no tipo de medicação utilizada. É preciso também considerar

a localização das lesões, uma vez que críticas e brincadeiras ofensivas à aparência física dos indivíduos com psoríase costumam ser mais freqüentes quando as lesões são expostas.

Ainda sobre a localização das lesões, os participantes que relataram melhores desempenhos em interações sociais (escores acima de 50%) apresentavam lesões expostas em contextos específicos e mais tempo de diagnóstico (acima de três anos). Esses indivíduos eram homens, na terceira idade ou idosos e casados e, para eles, a localização das lesões não parece ter sido uma condição propícia para apresentarem dificuldades interpessoais porque, conforme as entrevistas, eles não apresentavam muitas preocupações com a aparência física. Por sua vez, as mulheres mais jovens relataram desempenhos reduzidos em interações sociais (escores abaixo de 50%), principalmente quando apresentavam lesões em regiões expostas do corpo. Desse modo, a localização das lesões é uma condição relevante para jovens e, particularmente, para as mulheres, em razão da preocupação com a avaliação negativa das pessoas à sua aparência.

Também foi observado, na presente pesquisa que, de acordo com os dados do Inventário de Habilidades Sociais IHS-Del Prette (2001), os participantes com mais de três anos de diagnóstico relataram melhores desempenhos em interação social (escores acima de 50%). Mesmo os adolescentes (10-20 anos), jovens (21-31 anos) e adultos jovens (32-42 anos), cujas queixas se centraram nas dificuldades interpessoais e preocupação com a aparência física, quando apresentavam a psoríase há mais de três anos relataram menos dificuldades em interagir socialmente (escores acima de 50%).

Tais dados contrastam-se com a literatura sobre doença de pele, pois para Abadie, Kent & Gawkrödger (1994), quanto maior o tempo de diagnóstico, os indivíduos, independente do gênero, da idade e do estado civil, apresentaram mais dificuldades interpessoais porque a psoríase acarretou danos cumulativos em sua vida social, profissional e afetiva. Contudo, esses estudos se centraram em pessoas cuja evolução da doença foi

gradativa, começaram com lesões tópicas e foram evoluindo em extensão, com comorbidades. Além disso, as dificuldades sociais, neste caso, se somavam aos incômodos físicos. Na presente pesquisa, porém, pelos dados obtidos nos prontuários médicos, a evolução da doença não é tão bem definida. Há casos em que a psoríase regrediu, assim como ela regrediu ou evoluiu intermitentemente.

Os dados da entrevista na presente pesquisa também demonstraram que os aspectos clínicos da psoríase eram preponderantes para avaliar a severidade da psoríase quando se mostravam críticos (elevada extensão das lesões e comorbidades que trouxessem limitações e dependência de terceiros). Nestas condições, independente dos aspectos sócio-demográficos, os participantes relatavam muitos incômodos físicos e prejuízos interpessoais, de modo que maior tempo de diagnóstico para esses indivíduos, representava mais danos cumulativos em suas vidas. Contudo, quando os aspectos clínicos não se mostravam acentuados, desconsiderar aspectos como localização das lesões, idade, gênero e estado civil na análise da severidade da psoríase suscitaria análises pouco precisas dos prejuízos na vida sócio-afetiva e profissional dos indivíduos com esta doença. Tanto os fatores clínicos, quanto os sócio-demográficos devem ser considerados em uma conjuntura, uma vez que, isoladamente não descrevem as condições enfrentadas pelos indivíduos com psoríase.

Psoríase e Dificuldades Interpessoais: Relação com as Faixas Etárias

A idade é tomada como parâmetro de análise nesta pesquisa porque há diferenças inclusive de ordem cultural nas contingências presentes nas vidas das pessoas de acordo com a sua faixa etária. Os princípios responsáveis pela aquisição e manutenção de comportamentos são os mesmos, independente da idade ou do gênero; portanto, as diferenças encontram-se nas

diferentes interações e contingências sociais às quais os indivíduos estão expostos. Apesar de os princípios comportamentais serem os mesmos, independente da faixa etária do indivíduo, as demandas sociais se diferenciam conforme a idade. Os diferentes grupos sociais constroem parâmetros dos comportamentos considerados desejáveis de acordo com a faixa etária, assim como atribuem graus diferenciados de responsabilidade civil, penal e social em função da idade dos indivíduos.

Desse modo, as diferenças quanto à idade podem ser observadas também entre os indivíduos com psoríase, cujas queixas alteram-se conforme sua faixa etária. Faz-se necessário, portanto, analisar algumas condições que diferenciam o comportamento dos indivíduos de gerações distintas.

Alguns estudos (Leary et al., 1998; Whal et al., 2000) discutem que as queixas dos indivíduos com psoríase diferem quanto à sua faixa etária. Pessoas abaixo dos 50 anos apresentam mais dificuldades em interagir socialmente, enquanto que as pessoas acima dessa faixa etária queixam-se dos incômodos físicos e das limitações que a psoríase acarreta em suas vidas.

Na presente pesquisa, conforme os dados da entrevista, dos 31% dos participantes que disseram nunca ter sofrido nenhuma reação negativa das pessoas à sua pele, 81% estavam na terceira idade (54-64 anos) ou eram idosos (acima dos 64 anos). Estes indivíduos relataram na entrevista menor preocupação com aparência física e suas dificuldades quanto à doença se concentraram no incômodo físico ocasionados pela psoríase (prurido, ardência, sangramentos, descamações). O prejuízo que a doença lhes acarretou foram as limitações quanto aos afazeres domésticos e cotidianos, as impossibilidades (caminhar) ou a dependência de outras pessoas, como familiares, filhos, marido, cujo auxílio necessitavam para que suas atividades fossem realizadas. Portanto, para eles, a psoríase é mais um agravante às já esperadas dores e dificuldades enfrentadas pelas pessoas acima dos cinquenta anos.

Também foi observado no atual estudo que, conforme os dados obtidos no IHS-Del Prette (2001), indivíduos na terceira idade ou idosos relataram bom desempenho em interações sociais (escore acima de 50%), a despeito da localização das manchas e lesões ocasionadas pela psoríase, principalmente nos fatores 1 e 4, que tratam respectivamente das habilidades em defender sua opinião a despeito de críticas e opiniões contrárias e em fazer perguntas a desconhecidos ou conversar com eles.

Por sua vez, pessoas abaixo dos 50 anos relataram desempenhos reduzidos (escores abaixo de 50%) nestas mesmas habilidades, principalmente se as suas lesões estivessem localizadas em áreas expostas do corpo. Deste modo, os dados parecem sugerir que indivíduos mais jovens mostraram-se muito preocupados com aparência física e, de acordo com a entrevista, eles tentam evitar as avaliações negativas às manchas e lesões em sua pele, esquivando-se dos contatos sociais.

Conforme os dados da entrevista, pessoas mais jovens relataram mais avaliações negativas à sua pele, pois dos 69% dos participantes que já sofreram avaliações negativas e reações de preconceito por parte de outras pessoas, 33% são adultos jovens. Indivíduos nesta faixa etária exercem atividades produtivas que exigem exposição social. Porém, para estes indivíduos, a exposição social é dificultada pela possibilidade de avaliação negativa de outras pessoas. Leary et al. (1998); Rapp et al. (1999); Whal et al. (2000) e Mingnorance, Loureiro & Okino (2002) afirmam que os indivíduos com psoríase com maiores dificuldades interpessoais são aqueles que constituem a faixa economicamente ativa (18 a 45 anos), na qual as exigências profissionais demandam mais exposição a situações novas e a pessoas desconhecidas.

De acordo com Del Prette & Del Prette (1999/2002), há diferenças de comportamento entre indivíduos de distintas faixas etárias, pois conforme a idade, as pessoas participam de diferentes contextos sociais, cujas exigências são diferenciadas. Na

adolescência, as demandas sociais são maiores e mais elaboradas do que as da infância, pois os grupos sociais, como família, escola e amigos exigem comportamentos elaborados de interação social, como iniciar, manter e encerrar conversas, recusar pedidos, sem prejudicar a relação interpessoal, ouvir atentamente, emitir opiniões, mostrar-se gentil, solícito, apresentar comportamentos referentes à sexualidade, como olhar e responder a olhares, convidar, ouvir, elogiar, falar de si e tocar outra pessoa (Del Prette & Del Prette, 2001/2002).

Na vida adulta, conforme Del Prette & Del Prette (1999/2002), é preciso realizar tarefas em grupo, exercer liderança, demonstrar habilidades sexuais com seu par, constituir família, e manter contatos com diferentes grupos culturais, seja no exercício profissional ou no lazer. Por isso, alguns problemas como timidez, ansiedade e dificuldades na solução de problemas em grupo são comuns para os indivíduos de ambos os gêneros nesta faixa etária. Por sua vez, a terceira idade propicia a diminuição das capacidades sensoriais, a redução da prontidão para a resposta e dificuldades de estabelecer e manter contatos sociais e lidar com comportamentos sociais decorrentes de preconceitos contra a velhice, como evitação de contato, reações agressivas e proteção excessiva (Del Prette & Del Prette, 1999/2002).

Embora a aquisição de comportamentos sociais envolva um processo de aprendizagem ininterrupto, a transição entre a adolescência e a vida adulta é bastante delicada porque as demandas sócio-profissionais passam a exigir comportamentos elaborados. Conforme Del Prette & Del Prette (2001/2002), para a atuação profissional não basta apenas a competência técnica, devem-se desenvolver habilidades complexas de interação com grupos sociais diversificados, como as de coordenar atividades e pessoas, de resolver problemas, de falar em público, de argumentar e de tomar decisão. A complexidade destas habilidades não decorre apenas porque a maioria apresenta dificuldades em executá-las, mas também porque os comportamentos que as compõem têm alta probabilidade de serem punidos por outras pessoas (críticas, oposição, rejeição).

Além da possibilidade de punição, tais comportamentos são diferentes daqueles esperados na família e na escola, especialmente se a educação nestes contextos seguir os moldes tradicionais, nos quais pais e professores são tomados como figuras de autoridade inquestionáveis ou se for uma educação superprotetora que não dê condições para que os jovens e adolescentes desenvolvam tais habilidades. Desse modo, tanto a educação tradicional, quanto a superprotetora corroboram para a falta de repertório em interação social entre os adolescentes e jovens, pois dificilmente contribuem para que eles tenham tais habilidades modeladas.

Se a atuação profissional já se constitui um grande desafio para a maioria dos jovens e adolescentes por exigir habilidades elaboradas de interação social, para aqueles com psoríase, tais interações são particularmente dificultadas pela possibilidade de críticas e de brincadeiras ofensivas à sua pele, principalmente porque tais indivíduos, conforme os dados da entrevista, mostraram-se muito preocupados com a avaliação de outras pessoas à sua aparência física. Essa preocupação dificilmente ocorre entre indivíduos idosos e na terceira idade com psoríase, que relataram bom desempenho em interações sociais (scores acima de 50%), assim como as pessoas com mais tempo de diagnóstico, que, mesmo sendo jovens, relataram bom desempenho, a despeito da avaliação negativa das pessoas à sua aparência física e da complexidade das habilidades que a atuação profissional exige. Pode-se supor que tais indivíduos ou já eram mais habilidosos socialmente e continuaram assim, ou aprenderam a enfrentar as críticas e avaliações negativas nas próprias interações sociais, não se esquivando delas.

Desse modo, quando os indivíduos, independente da idade, interagem em contextos sociais diversificados, é mais provável que eles aprendam habilidades sociais cada vez mais elaboradas, pois a variedade de interações oferece mais oportunidades para que aprimorem comportamentos, desenvolvam novos relacionamentos e, conseqüentemente, obtenham mais

possibilidades de acesso a reforçadores. Para Del Prette & Del Prette (1999/2002), esse processo de aprendizagem ocorre pelo exercício crescente de novas funções e papéis sociais, nos quais há assimilação de normas culturais que definem demandas e expectativas diversificadas.

Psoríase e Dificuldades Interpessoais: Relação com Gênero e Estado Civil

De acordo com a presente pesquisa, além da idade, o gênero e o estado civil foram variáveis relevantes ao relatar desempenhos em interações sociais. Indivíduos casados, independente do gênero, relataram melhor desempenho (escores acima de 50%) que os solteiros ou viúvos (escores abaixo de 50%). Há algumas pesquisas cujos dados são semelhantes. Leary et al. (1998) descrevem que pessoas solteiras apresentam mais dificuldades sociais que as casadas, pois provavelmente o casamento constitua uma possibilidade de desenvolver relacionamentos afetivos e, neste contexto, desenvolver comportamentos mais complexos de interação social.

Conforme Del Prette & Del Prette (2002/2001), para manter a qualidade nos relacionamentos conjugais, é necessário que os parceiros se engajem no aperfeiçoamento de habilidades sociais extremamente complexas e fundamentais nas interações sociais, tais como as habilidades de resolução de conflitos, de validar o sentimento do outro e acalmá-lo, de admitir o próprio erro, de partilhar decisões, de desculpar-se ou de pedir mudança de comportamento. *“Bom humor, gentileza mútua, carinho e atenção precisam ser cultivados no cotidiano da relação. Para isso é muito importante a habilidade de prover conseqüências positivas quando o cônjuge apresenta esses comportamentos”* (Del Prette & Del Prette, 2001/2002, pp.50-51). Além dessas habilidades importantes também em outras interações

sociais, os relacionamentos conjugais proporcionam o desenvolvimento de habilidades específicas de relacionamento íntimo, no qual, a linguagem não vocal, como gestos, olhares e contato físico é especialmente importante.

Portanto, para Del Prette & Del Prette (2001/2002), construir um relacionamento conjugal de qualidade exige um exercício constante de aperfeiçoamento de habilidades sociais. Desse modo, é mais provável que as pessoas casadas apresentem um repertório de interação social mais desenvolvido e, portanto, menos dificuldade em interações sociais.

Porém, cabe discutir que, embora as pessoas casadas na presente pesquisa tenham relatado melhores desempenhos em interações sociais que as solteiras ou as viúvas, não necessariamente tais pessoas desenvolveram as habilidades relatadas no contexto do relacionamento conjugal, já que é provável que muitas delas já apresentassem o repertório relatado mesmo antes do casamento. Neste caso, os desempenhos independeriam de seu estado civil.

No que concerne às diferenças quanto ao gênero no relato do desempenho em interações sociais, na atual pesquisa, os homens descreveram melhores desempenhos que as mulheres (escores acima de 50%). Conforme os dados da entrevista, mulheres solteiras, abaixo dos 50 anos, cujas lesões estivessem em áreas expostas do corpo, relataram desempenhos mais baixos de interação social (escores abaixo de 50%). Nas entrevistas elas se queixaram principalmente de dificuldades nos relacionamentos sexuais com parceiros.

Além disso, dos 69% de pessoas que já sofreram avaliações negativas, 83% apresentavam lesões expostas, 54% eram mulheres e 33% eram jovens ou adultos jovens. Essas mulheres relataram na entrevista que se mantinham em isolamento social, evitando contatos e interações com outras pessoas para evitar as avaliações negativas à sua pele. Tais dados sugerem a vulnerabilidade das mulheres jovens às dificuldades interpessoais, principalmente quando as lesões são expostas.

A aparência anti-estética da pele parece trazer problemas especialmente para a vida social e afetiva das mulheres quando a maioria das comunidades verbais das quais ela participa elege padrões nos quais a pele lisa e sem manchas é sinônimo de beleza, sendo as mulheres valorizadas quase que exclusivamente pelos atributos físicos e, tal valorização de si mesma geralmente atrelada à avaliação masculina. E se a aparência física é particularmente relevante para as mulheres, utilizar cosméticos pode ser um comportamento incompatível com tratar da psoríase, porque ao utilizar tais produtos, a pele pode ficar mais sensível, mais fragilizada, aumentando a possibilidade de crises de psoríase. Neste sentido, a mulher pode perder a disposição para se arrumar e cuidar do corpo. Conseqüentemente, há mais probabilidade de que ela também evite ver o seu próprio corpo desnudo, assim como expô-lo. A recusa em expor o corpo também pode ser uma tentativa de evitar a possibilidade de ser rejeitada ou criticada pelo parceiro em função das marcas e lesões na pele.

A recusa em expor o corpo incide diretamente na relação sexual, pois em geral, as mulheres com dificuldade de expor seu corpo dificilmente mantêm relacionamentos sexuais e, geralmente, apresentam anorgasmia (Nasser & Vandenberghe, 2005). Conseqüentemente a frequência de relacionamentos sexuais diminui e aumentam os desentendimentos nos relacionamentos conjugais (Cordova & Scott, 2001). Dessa forma, não só a exposição do corpo que é punida, mas também a proximidade física do casal, as confidências íntimas, as conversas, o relatar sentimentos. Além disso, não necessariamente a punição é evidente, pois o parceiro pode não declarar vocalmente, criticar a sua parceira, por exemplo, mas pode demonstrar sutilmente seu desagrado com o corpo dela, ao olhar as lesões e ao não procurá-la para relacionamento sexual (Cordova & Scott, 2001).

Os resultados da presente pesquisa também demonstraram que apresentar dificuldades em interação social não é uma condição inerente da psoríase ou das doenças de pele em geral. É preciso considerar as interações sociais e os contextos nos quais a pessoa

interage. De acordo com a entrevista, dos indivíduos que continuam interagindo socialmente, a despeito das avaliações negativas à sua pele, 80% eram adultos (43-53) anos; 40% homens e todos casados e 80% com lesões expostas em contextos específicos.

Neste sentido, para avaliar a gravidade da psoríase e a propensão às dificuldades interpessoais, não poderiam ser considerados apenas os aspectos clínicos da doença (dores, ardência, extensão das lesões e comorbidade), mas também uma conjuntura de fatores relacionados à sua interação com a doença, ao desenvolvimento de atividades, às relações sociais, afetivas, sexuais e à interação deste indivíduo com diversos contextos de sua vida, como os profissionais, amizade e família, seus relacionamentos sociais e interpessoais.

Análise das Diferenças Pessoais Quanto ao Enfrentamento dos Incômodos Físicos e Avaliações Negativas das Pessoas

Alguns autores citam que há diferenças individuais no enfrentamento da doença (Abadie, Kent & Gawkrödger, 1994; Leary et AL., 1998, Kimball et al., 2005), mesmo quando os aspectos clínicos dela são semelhantes. Essas diferenças consistem em formas singulares de enfrentar a psoríase. Algumas pessoas apresentam muitas dificuldades interpessoais, limitações e problemas emocionais em função de sua doença; outras, porém, não apresentam tanto comprometimento em sua vida. Primeiramente serão analisadas as dificuldades enfrentadas pelos indivíduos e as conseqüências para sua vida e posteriormente, serão discutidas como possivelmente ocorrem diferenças individuais.

Pode-se considerar que a psoríase produz um conjunto de estimulações aversivas: acarreta incômodo físico (prurido, ardência e sangramentos); é uma doença crônica, cuja aparência é inestética (manchas, lesões e descamações); muitas vezes atinge regiões do corpo

expostas (cabeça, face); portanto, dificulta a exposição às situações de interação social, em razão das críticas e brincadeiras ofensivas à sua pele. Por conseguinte, a psoríase pode ser um evento na vida da pessoa que funciona como uma operação supressora (Catania, 1999), pois diminui o valor reforçador da exposição do corpo e do contato interpessoal e sexual, diminuindo a probabilidade de comportamentos relacionados a esses contextos como arrumar-se; participar de reuniões com amigos; despir-se, entre outros.

Como se trata de uma doença crônica, as manchas, feridas, lesões e prurido estão presentes o tempo todo na vida do indivíduo com psoríase; portanto, ele fica exposto freqüentemente a estimulações aversivas. Algumas delas incidem diretamente sobre a pele e são ocasionadas pelo incômodo da doença (lesões e prurido), não sendo possível fugir ou se esquivar deste tipo de estimulação aversiva. Os medicamentos contêm o prurido e as lesões, mas não os eliminam, já que se trata de uma doença crônica.

Outro tipo de estimulação aversiva que acomete os indivíduos com psoríase é social (críticas e ofensas à sua aparência). Esta estimulação pode ser direta, por exemplo, críticas à sua pele ou sutil, como as pessoas se afastarem dele, ou evitar compartilhar objetos. Deste tipo de estimulação aversiva, os indivíduos conseguem fugir ou se esquivar, por exemplo, evitando contatos sociais; porém, esses comportamentos, principalmente quando se tornam generalizados para muitos contextos, podem acarretar conseqüências prejudiciais à vida social, profissional e afetiva dos indivíduos com doença de pele, como o isolamento social, as dificuldades interpessoais, tão corriqueiramente descritas na literatura sobre doença de pele.

Quando um indivíduo apresenta lesões em regiões expostas de seu corpo, evitar contato social é uma forma de também evitar críticas e brincadeiras ofensivas à sua aparência. Assim, a pessoa pode estar se comportando de forma generalizada, ou seja, pode ter vivenciado uma situação na qual seu contato social foi punido e agora ela evita a maioria das situações sociais. Contudo, ao evitar, perde-se a oportunidade de ter os comportamentos de

interação social modelados (reforçados diferencialmente) e, neste sentido, evitam-se as situações sociais não só pelas críticas, mas também por não saber como se comportar nelas. Assim, a psoríase acaba funcionando como uma desculpa para evitar situações sociais ou contatos íntimos, situações nas quais ela apresenta dificuldade em interagir. Nestes casos, o problema não é necessariamente a psoríase, e sim, a interação social ou sexual.

Além disso, ao recusar convites freqüentemente, tal indivíduo manteria o isolamento social e perderia a oportunidade de interagir em contextos variados e possivelmente reforçadores, ficando quase que exclusivamente sob o controle das estimulações aversivas da doença. A falta de contextos reforçadores e a exposição freqüente a estimulações aversivas da doença poderiam produzir efeitos sobre a subjetividade do indivíduo, que se sente feio, inseguro, constrangido, rejeitado. Desse modo, ele possivelmente continuará evitando interações sociais, interpessoais e sexuais ou apresentará comportamentos de ansiedade e nervosismo nestas situações ou ainda, comportamentos depressivos, pela falta constante de reforçadores contingentes ao seu comportamento.

A subjetividade é socialmente construída, por meio das práticas das comunidades verbais nas quais o indivíduo interage. Entende-se por subjetividade a idiosincrasia dos indivíduos, o que os torna únicos, singulares, humanos. Nesta perspectiva, é nos contextos sociais que os indivíduos se tornam humanos, aprendem a responder discriminativamente a seus sentimentos, pensamentos, enfim, aos seus eventos públicos e privados, nomeando-os. Dessa forma, nas relações sociais, aprende a como se comportar no ambiente físico e no social, aprende sobre si, seus pensamentos, seus modos de ação. Desse modo, quanto mais variados forem os contextos de interação dos indivíduos (família, grupos de amigos, colegas de trabalho, namorados), há mais possibilidade de que ele desenvolva diferentes habilidades, principalmente no tocante às interações sociais e de exposição a reforçadores.

Exposição a contextos variados aumenta as possibilidades de acesso a reforçadores, por exemplo, quem se dedica a diversas atividades apresenta mais oportunidades para conhecer outras pessoas e locais diferentes, para aprender sobre assuntos diversificados e para aprimorar seus conhecimentos. Dessa forma, expande-se o seu círculo de amizades, de contatos sociais e aumentam a suas possibilidades de ações em diversos ambientes.

Além disso, interagir em contextos variados contribui substancialmente para a modelagem dos repertórios de enfrentamento das estimulações aversivas decorrentes da doença de pele, sejam elas os incômodos físicos ou as críticas à sua aparência física. Nesta perspectiva, é provável que os indivíduos em isolamento social estejam mais vulneráveis à depressão e à ansiedade, porque dispõem de menos contextos reforçadores e de menos possibilidades de enfrentar as situações aversivas em vez de fugir ou se esquivar delas. Por isso, o convívio com outras pessoas que também apresentem psoríase pode ser uma possibilidade de aprender a enfrentar os incômodos e as dificuldades da doença.

É importante salientar que contextos sociais reforçadores não são aqueles que eliminam as dificuldades na vida dos indivíduos, mas sim aqueles que os ensinam a enfrentá-las, por meio de interações nas quais incentivam o indivíduo a expor-se a atividades, valorizando as suas tentativas e auxiliando-o em suas dificuldades. Interações reforçadoras são aquelas que favorecem a discussão acerca da doença, que reconhecem as limitações dos indivíduos com psoríase, mas que o valorizam a despeito de sua aparência física e, acima de tudo, valorizam as suas potencialidades em outras atividades compatíveis com suas limitações. Neste sentido, desenvolver habilidades e ser socialmente competente é um passo fundamental para prevenir o isolamento social e contribuir para o engajamento em variados contextos sociais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As dificuldades em interagir socialmente não são exclusividade dos indivíduos com doença de pele, mas tais indivíduos mostram-se especialmente vulneráveis a elas, visto que a pele é o órgão do corpo mais exposto e extremamente importante para a construção da identidade pessoal e da subjetividade.

A inter-relação entre psoríase e dificuldades sociais, já bastante mencionada nas pesquisas sobre doença de pele, merece aprofundamento teórico que culmine em ações integradas entre Psicologia e Medicina na promoção de melhores condições de vida dos indivíduos acometidos por afecções dermatológicas e no desenvolvimento de ações preventivas às dificuldades em interações sociais. Essa doença não pode ser avaliada apenas pelos aspectos clínicos, mas também pelo comprometimento que ela acarreta nas atividades cotidianas e nos relacionamentos sócio-afetivos e profissionais dos indivíduos que a apresentam. Portanto, conjuntamente aos aspectos clínicos (tipo de medicação, localização das lesões, tempo de diagnóstico e presença de comorbidades), devem ser considerados alguns dados sócio-demográficos como a idade, gênero e o estado civil para avaliar a severidade de um caso de psoríase.

Mulheres mais jovens e solteiras relataram ser o grupo mais vulnerável às dificuldades interpessoais, especialmente quando as lesões estavam em regiões expostas do corpo. Em contrapartida, homens mais velhos e casados descreveram melhores desempenhos em interações sociais. O tempo de diagnóstico também foi uma condição importante para relatar dificuldades interpessoais, pois indivíduos com mais tempo de diagnóstico mencionaram menos dificuldades interpessoais, ainda que fossem mulheres mais jovens. Porém, quando havia a presença de comorbidades, independente da idade e do tempo de diagnóstico, os indivíduos relatavam baixo desempenho em interações sociais.

Os comprometimentos causados pela doença também se mostraram bastante diferenciados conforme a idade dos participantes. Quanto aos indivíduos mais idosos, os incômodos físicos como prurido, sangramento, descamações, as limitações nas atividades cotidianas e a dependência de terceiros para o desempenho destas atividades foram as principais queixas. Por sua vez, os mais jovens queixaram-se das críticas e avaliações negativas das pessoas à sua aparência física; portanto, eles evitavam o contato social e, conseqüentemente, apresentavam dificuldades quando tinham de interagir socialmente. Essas dificuldades se acirravam na faixa etária economicamente ativa, pois a inserção em atividades produtivas exige exposição social e a apresentação de habilidades sociais extremamente elaboradas.

A avaliação das habilidades deve considerar não só a apresentação do comportamento, mas também a relação com o contexto sócio-cultural no qual o comportamento foi emitido, assim como a idade e o gênero dos indivíduos. Desse modo, aliam-se os conceitos de habilidade e de competência social, uma vez que a análise de um comportamento que desconsidere o contexto no qual ele ocorre torna-se reducionista e classificatória, porque não apreende o significado do comportamento em foco.

Ao considerar o contexto no qual o comportamento ocorre, pode-se identificar as condições que possibilitam diferenças individuais no enfrentamento da doença. Essas diferenças não decorrem apenas dos aspectos clínicos, mas também estão relacionadas às diferentes interações que as pessoas estabelecem em contextos variados. Nestas interações, as pessoas com psoríase podem desenvolver atividades e relacionamentos sociais, afetivos e profissionais, assim como desenvolver e/ou aprimorar habilidades importantes no convívio social; dessa forma, a doença não lhes acarretaria tantas limitações em suas vidas. Porém, quando as pessoas se mantêm em isolamento social, elas continuam com as mesmas

dificuldades que, somadas aos prejuízos sócio-afetivos e profissionais, constituem profundo sofrimento.

Ao compreender as condições mais propícias às dificuldades sociais e desenvolver ações integradas, tanto a Psicologia quanto a Dermatologia potencializam e aperfeiçoam procedimentos conjuntos em benefício destes indivíduos.

ENCAMINHAMENTOS PARA FUTURAS PESQUISAS E/OU PRESTRAÇÃO DE SERVIÇOS

A presente pesquisa ressaltou algumas condições que poderiam interferir no desempenho em interações sociais, dentre as quais idade, gênero, estado civil e tempo de diagnóstico. Considerando que o estudo foi exploratório, a presente pesquisa ressaltou algumas relações entre condições que merecem ser discutidas e investigadas mais detalhadamente.

Quanto à relação entre gênero e desempenho em interações sociais, conforme os dados da atual pesquisa, as mulheres, principalmente as mais jovens e solteiras se mostraram o grupo mais vulnerável à apresentação de dificuldades interpessoais, relatando muita preocupação com a aparência física e com a avaliação negativa. Desse modo, seriam necessários estudos que pudessem esmiuçar as variáveis envolvidas nesta preocupação com avaliação, investigando os aspectos culturais envolvidos no desempenho das mulheres em interações sociais e, dentre tais aspectos, a relevância da valorização ou da avaliação masculina sobre as atividades femininas.

Outra relação que merece mais detalhamento é entre estado civil e desempenho em interação social. Segundo os resultados da pesquisa, os indivíduos casados relataram melhores desempenhos em interações sociais. Ocorre, porém, que tais indivíduos poderiam mostrar-se mais habilidosos antes do casamento e justamente por isso, conseguiram parceiros afetivos. Dessa forma, não seria o casamento em si a interação responsável pela modelagem de comportamentos importantes em relacionamentos interpessoais e íntimos. De outro modo, se o casamento for sim uma interação importante, na qual há a modelagem destes comportamentos, seria interessante detalhar de que forma o casamento contribui para essa modelagem, ou seja, quais os comportamentos dos parceiros que contribuem para que tais

habilidades sejam aprendidas e/ou aperfeiçoadas e de que modo os indivíduos casados poderiam modelar esses comportamentos em seus parceiros afetivos.

Uma terceira relação a ser verificada é entre idade e tempo de diagnóstico. Conforme o atual estudo, pessoas com mais tempo de diagnóstico relataram melhores desempenhos do que aquelas com menos tempo. Ocorre, todavia, que aquelas com mais tempo de diagnóstico foram as mais idosas. Nesse sentido, não se pode precisar se é o tempo de diagnóstico que contribui para que as pessoas aprendam a interagir com a doença ou o fato de as pessoas mais velhas não se preocuparem tanto com aparência física e, portanto, apresentarem melhores desempenhos sociais, ou se são ambas as condições- mais idade e mais tempo de diagnóstico – que, em conjunto, contribuem para melhores desempenhos em interações sociais. Desse modo, investigar esses aspectos isoladamente esclareceria os resultados.

Ainda sobre o tempo de diagnóstico, seria interessante discutir sobre os parâmetros para se considerar o que seria “muito ou pouco” tempo de diagnóstico. Essa atribuição é relativa, visto que a mesma decorrência temporal poderia assumir distintas avaliações, dependendo do caso. Por exemplo, um ano na vida de uma criança de dois anos pode ser considerado um tempo de diagnóstico bastante prolongado, enquanto para uma pessoa com sessenta anos, o mesmo tempo de diagnóstico talvez não pudesse ser considerado elevado. Além disso, um ano, para quem apresenta a doença há mais de vinte anos poderia também não representar muito tempo transcorrido.

Além de detalhar sobre os aspectos culturais que poderiam afetar o desempenho social feminino, sobre as relações entre desempenho social e estado civil e entre idade e tempo de diagnóstico, caberia investigar também outras variáveis não sugeridas pela pesquisa que possam estar relacionadas às dificuldades de interação apresentadas pelos indivíduos com psoríase.

A respeito dos encaminhamentos para prestação de serviços, na presente pesquisa, as pessoas mais jovens (abaixo dos 50 anos) mostraram desempenho reduzido em habilidades de auto-afirmação com risco e de exposição a desconhecidos, referentes respectivamente, a apresentar opiniões, a despeito de críticas, reprovação ou opinião contrária e realizar perguntas a desconhecidos e manter conversa com eles. Desse modo, de acordo com os resultados da pesquisa, modelar essas habilidades nos indivíduos que já apresentam essas dificuldades pode ser uma forma de auxiliá-los a enfrentar problemas comuns em suas vidas. Por outro lado, para prevenir que esses problemas aconteçam, caberia orientar os pais e/ou familiares de que sua postura perante a doença de seu filho é de suma importância, principalmente quando eles incentivam-nos a se engajarem em diversas atividades, a se exporem a contextos diferenciados e a manterem contatos sociais variados. Dessa forma, os pais evitam que seus filhos se isolem socialmente e podendo, então, desenvolver um repertório de interação social variado e evitar prejuízos pessoais, sociais e afetivos.

Ressalta-se, por fim, que a pesquisa, como um estudo inicial e exploratório, destacou algumas classes de comportamento citadas como problemáticas pelos indivíduos com psoríase. Contudo, a pesquisa centrou-se no relato de comportamentos, sendo, portanto, necessários estudos posteriores que pudessem desenvolver observações diretas dos comportamentos relatados. Uma opção viável para observar diretamente como é a interação social de indivíduos com psoríase poderia ser a montagem de situações específicas de role-play, baseadas nas situações relatadas, tais como, interações que envolvam tomada de decisões, defesa de opinião quando há críticas ou reprovação, aproximação do sexo oposto, manutenção de conversas com desconhecidos, entre outras.

Como um estudo inicial, a pesquisa não pode apresentar resultados categóricos, contudo, ela pode chamar a atenção para tendências de comportamento dos indivíduos com psoríase e para algumas condições que se relacionam com tais tendências, as quais merecem

ser investigadas, detalhadas e discutidas em maiores minúcias. Para que tais condições fossem destacadas elas submeteram-se a um debate consistente e aprofundado, caso contrário, poderiam ser propostos outros direcionamentos de estudo, entretanto, eles derivar-se-iam de impressões ou suposições não necessariamente consistentes.

REFERÊNCIAS

- Andery, M. A. P. A. (1999). O Modelo de Seleção pelas Conseqüências e Subjetividade. In R. A. Banaco (org.) *Sobre Comportamento e Cognição: Aspectos Teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e em terapia Cognitivista*: ESETEC, Santo André, pp. 199-208.
- Abadie, M. S. A.; Kent, G. G. & Gawkrödger, D. J. (1994). The relationship between stress and the onset and exacerbation of psoriasis and other skin conditions. *British Journal of Dermatology*. Sheffield, U K, 130, pp. 199-203.
- Abib, J. D. (2004). O que é comportamentalismo?. M. Z .S. Brandão et. al (Orgs.). *Sobre Comportamento e Cognição: Contingências socioverbais e o comportamento do terapeuta*. Santo André: ARBytes, pp. 52-61.
- Amaral, V. L. A. R. do; Bravo, M. C. M. & Messias, T. C. (1996). Desenvolvimento de habilidades sociais em adolescentes portadores de deformidades faciais. *Estudos de Psicologia*, Campinas, 13, (3), pp. 31-47.
- Azambuja, R. D. (2000). Dermatologia Integrativa: A pele em novo contexto. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, Rio de Janeiro, 75, 4, pp. 393-420
- Bandura, A.; Caprara, G. V.; Pastorelli, C.; Barbaranelli, C. & Regalia, C. (2001). Sociocognitive self-regulatory mechanisms governing transgressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*. California, Rome and Milan, 80, (1), pp. 125-135.
- Baum, W. M. (1999). *Compreender o behaviorismo: ciência, comportamento e cultura*. M. T. A. Silva, M. A. Matos, G. Y. Tomanari, & E. Z. Tourinho (Trad.). Porto Alegre: Artmed. (Originalmente publicado em 1994)
- Benrud-Larson, L.; Heinberg, L. J.; Boling, C.; Reed, J.; White, B.; Wigley, F. & Haythornthwaite, J. A. (2003). Body image dissatisfaction among women with

- escleroderma: extent and relationship to psychosocial function. *Health Psychology*, Minnesota, 22, (2), pp. 130-139.
- Bilkis, M. R. & Mark, K. A. (1998). Mind-body Medicine: Pratical Applications in Dermatology. *Archives in Dermatology*. New York , November 134, pp. 1437-1441.
- Bussab, W. O. & Morettin, P. A. (2003). *Estatística Básica*. 5. ed. São Paulo: Saraiva.
- Capoore, H. S.; Payne, C. M. E. R. & Goldin, D. (1998). Does psychological intervention help chronic skin conditions. *The Fellowship of Postgraduate Medicine*, Canterbury, UK, 74, pp. 662-664.
- Castro, M. da G. de; Andrade, T. M. R. & Muller, M. C. (2006). Conceito Mente e Corpo através da História. *Psicologia e Estudos*, Maringá, Janeiro/Abril 11, (1), pp.39-43.
- Catânia, A. C. (1999). *Aprendizagem: Comportamento, linguagem e cognição*, 4.^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Chiesa, M. (1994). *Radical behaviorism: The philosophy and the science*. Boston: Authors Cooperative.
- Cordova, J. V. L. & Scott, R. (2001). Intimacy, a Behavior Interpretation. *The Behavior Analyst*, 24, (1), pp. 75-86.
- Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (2001). *Inventário de Habilidades Sociais*. (IHS-Del Prette): Manual de aplicação, apuração e interpretação. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (2002). *Psicologia das habilidades sociais: Terapia e educação*. Petrópolis: Vozes, 3.a. ed. (Originalmente publicado em 1999).
- Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (2002). *Psicologia das relações interpessoais: Vivências para o trabalho em grupo*. Petrópolis: Vozes, 2.a. ed. (Originalmente publicado em 2001).
- Finlay, A. (2001). Psoriasis from the patient's point of view. *Archives in Dermatology*, Wales, United Kingdom, March, 137, pp. 352-353.

- Fortune, D. G.; Richards, H. L.; Main, C. J. & Griffiths, C. E. M. (1998). What patients with psoriasis believed about their condition. *Journal of the American Academy of Dermatology, Manchester, United Kingdom*, 39, (2), Part 1, pp.196- 201.
- Fried, R. G.; Gupta, M. A. & Gupta, A. K. (2005). Depression and Skin Disease. *Dermatologic Clinics Toronto, London, Canada*, 23, pp. 657-664.
- Ginsburg, I. H. & Link, B. G. (1988). Feelings of stigmatization in patients with psoriasis. *Journal of the American Academy of Dermatology*. pp. 53-63.
- Gupta, M. A. & Gupta, A. K. (1996). Psychodermatology: An update. *Journal of the American Academy of Dermatology, London and Toronto, Ontario, Canada*, 34, (6), pp. 1030-1046.
- Gupta, M. A. & Gupta, A. K. (2004). Stressful major life events are associated with a higher frequency of cutaneous sensory symptoms: an empirical study of non-clinical subjects. *Journal European Dermatology and Venereology, Ontario and London, Canada, September*, 18, (5), pp. 565-570.
- Hayes, S. C. A (1987). Contextual approach to therapeutic change. N. Jacobson (Ed.). *Psychotherapists in Clinical Practice: Cognitive and Behavioral Perspectives*. New York: Guilford, pp. 327-387.
- Heward, W.L. (1987). Selecting and defining target behavior. J. O. Cooper, T. E. Heron, W. L. Heward (Eds.), *Applied Behavior Analysis*. New Jersey: Merrill. pp 35-38.
- Hoffman, F. S.; Zogbi, E.; Fleck, P. & Muller, M. C. (2006). A integração mente e corpo em psicodermatologia. *Psicologia Teoria e Prática*, 7, 1, pp. 51-60.
- Kimball, A. B.; Jacobson, C.; Weiss, S.; Vreeland, M. G. & Wu, Y. (2005). The psychosocial burden of psoriasis. *American Journal Clinical Dermatology, Massachusetts, Califórnia, Illinois, Pennsylvania* 6, (6), pp. 383-392.

- Knobe, M. M. (2004). A Palavra da Pele. *Revista FAMECOS: Mídia, cultura e tecnologia*, Porto Alegre, 1, 25, pp. 127-137.
- Koblenzer, C. (1995). Psychoterapy for intractable inflammatory dermatoses *Journal of the American Academy of Dermatology*, Pennsylvania, Abril, 32, (4), pp. 609-612.
- Koblenzer, C. (1996). Psychological Aspects of Skin Disease. *Noncutaneous manifestations of skin diseases*, New York, 41, pp. 475-486.
- Koo, J. Y. M.; Do, J. H. & Lee, C. S. (2000). Psychodermatology. *Journal of the American Academy of Dermatology*, Sam Francisco, california and St Louis Missouri, 43 (5), pp. 848-853.
- Krueger, G.; Koo, J.; Lebwohl, M.; Menter, A; Stern, R. S. & Rolstad, T. (2001). The Impact of psoriasis on quality of life. *Archives in Dermatology*, San Francisco, New York and Boston, March, 137, pp 280-284.
- Leary, M. R.; Rapp, S. R.; Herbst, K. C.; Exum, M. L. & Feldman, S. R. (1998). Interpersonal concerns and psychological difficulties of psoriasis patients: Effects of disease severity and fear of negative evaluation. *Healthy Psychology*, Winstom-Samel, North Carolina, 17, (6), November, pp. 530-536.
- Mahoney, J. L.; Cairns, B. D. & Farmer, T. W. (2003). Promoting interpersonal competence and educational success through extracurricular activity participation. *Journal of Educational Psychology*. 95, (2) , pp. 409-418.
- Marot, R. S. V. (1993). Distúrbios de ansiedade e depressão na dermatologia. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, Rio de Janeiro, Setembro/Outubro, 68, (5), pp. 251-253.
- Micheletto, N. (2000). Bases filosóficas da noção de relação funcional. Em *Revista Brasileira de terapia Comportamental e Cognitiva*. São Paulo, 2 (2), pp. 115-122.

- Michael, J. (1975). Positive and negative reinforcement, a distinction that no longer necessary; or a better way talk about bad things. E. Ramp. e G. Semb (Eds.), *Behavior Analysis: Research and Application*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice Hall, pp.33-44.
- Millenson, J. R. (1975). Comportamento Emocional *Princípios de análise do comportamento*. A. A. Souza e D. Rezende (Trads.). Brasília: Coordenada. (Originalmente publicado em 1967).
- Mingnorange, R. C; Loureiro, S. R.; Okino, L. & Foss, N. T. (2001). Pacientes com psoríase: Adaptação social e características de personalidade. *Medicina*. Ribeirão Preto, 34, pp. 315-324.
- Mingnorange, R. C.; Loureiro, S. R. & Okino, L. (2002). Pacientes com psoríase: Qualidade de vida e adaptação psicossocial. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. Rio de Janeiro, março/abril, 77 (2), pp. 147-159.
- Montagu, A. (1986). *Tocar: O significado humano da pele*. M. S. M. Netto (Trad.) Summus Editorial: São Paulo. (Originalmente publicado em 1971).
- Nasser, K. C. F. de Oliveira & Vandenberghe, L. (2005). Anorgasmia e esquiva experiencial, um estudo de caso. *Psicologia Clínica*, 17(1), pp. 163-175.
- Ongena, K; Beelaert, L.; Geel, N. V. & Naeyaert, J. M. (2006). Psychosocial effects of vitiligo. *Journal of European Academy of Dermatology and Venereology*. Belgium, 20, (1-8) pp.1-8.
- Patrus, O. A. (1991). Fatores psicogênicos em psoríase: Argumentos favoráveis. *Anais Brasileiros de Dermatologia*: Editora Científica Nacional, 66, pp. 31-33.
- Perone, M. (2003). Negative effects of positive reinforcement. *The Behavior Analyst*, 1,(1), pp.1-14.
- Picardi, A. & Abeni, D.(2001a). Can cognitive-behavioral therapy help patients with vitiligo? *Archives in Dermatology*, 137, (6) pp. 788.

- Picardi, A. & Abeni, D. (2001b). Stressfull life events and skin diseases: disentangling evidence from myth. *Psichoterapy and Pshysicosomatics*, 70, pp.118-136.
- Picardi, A; Mazzotti E; Gaetano P.; Cattaruzza, M. S.; Baliva, G.; Melchi, C. F.; Biondi, M. & Pasquini, P. (2005). Stress, social support, emotional regulation, and exacerbation of diffuse plaque psoriasis. *American Psychiatric Publishing*, 46 (6), p. 9
- Porter, J. R.; Beuf, A. H.; Lerner, A. B. & Nordlund, J. J. (1990). The Effect of vitiligo on sexual relationships. *Journal American Academy of Dermatology*, 22, pp. 221-222.
- Rapp, S. R. Feldman S. R.; Exum, M. L.; Fleischer, A. B. J. & Reboussin, D. M. (1999). Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases. *Journal of American Academy of Dermatology*, 41, pp. 401-407.
- Rapp, S. R.; Cottrell, C. A. & Leary, M. R. (2001). Social Coping strategies associated with quality of life decrements among psoriasis patients. *British Journal of Dermatology*. Winston- Salem, USA, 145, pp. 610-616.
- Renzi, C.; Abeni, D.; Picardi, A.; Agostini, E.; Melchi, C. F.; Pasquini, P.; Puddu, P. & Braga, M. (2001). Factors associated with patient satisfaction with care among dermatological outpatients *British Journal of Dermatology*, 145, pp. 617-623.
- Rosmaninho, I.; Fernandes, L.; Miranda, M.; de Olivera, J. F; Lopez, J. M. & Vaz, M. (2003). Dermatose Neuropsicogênica. *Revista Portuguesa de Psicossomática*. 5, 1, pp.101-104.
- Savin, J. A. & Cotterill, J. A. (1992). Psychocutaneous Disorders. R. H. Champion, et. al (Eds.). *Textbook of Dermatology*. Oxford: Blackwell, Scientific Publications, 4, pp. 2479-2496.
- Seng, T. K. & Nee, T. S. (1997). Group therapy: a useful and supportive treatment for psoriasis patients. *Blacwell Science*, Singapore, 36, pp. 110-112.

- Sidman, M. (1995). *Coerção e suas implicações*. M. A. Andery e M. T. Sérgio (Trads.). Campinas: Psy II. (Originalmente publicado em 1989)
- Silva, K. de S. & Silva, E. A. T. (2007). Psoríase e sua relação com aspectos psicológicos, stress e eventos da vida. *Estudos de Psicologia*, Campinas, 24, (2), pp1-13.
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal Behavior*. Appletton Century Crofts Meredith Corporation, New York.
- Skinner, B. F. (1965). *Science and human behavior*. A division of Macmillan Publishing Co. Inc. New York. (Originalmente Publicado em 1953)
- Skinner, B. F. (1974). *About Behaviorism*. Alfred A. Knopf, Inc. New York.
- Skinner, B. F. (1987). *Upon Further Reflection*. New Jersey: Prentice-Hall (Original publicado em 1981).
- Skinner, B. F. (1989). *Recent issues in the analysis of behavior*. Columbus: Merril Publishing Company.
- Taborda, M. L. V. V.; Weber, M. B. & Freitas, E. S. (2005). Assessment of the prevalence of psychological distress in patients with psychocutaneous disorder dermatoses. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 80, 4, pp.351-354.
- Takahashi, M. D. F. (1991). Influência dos fatores psicogênicos na psoríase. *Anais Brasileiros de Dermatologia*: Editora Científica Nacional, Outubro, 66, (5A) pp 34.
- Taylor, S. E. & Repetti, R. L. (1997). What is an unhealthy environment and how does it get under the skin? *Annual Review of Psychological*. Los Angeles, California, February, 48, pp. 411-447.
- Tanner, J. L.; Dechert, M. P. Frieden, I. J. (1998). Growing up with a facial hemangioma: Parent and child coping and adaptation. *Pediatrics*, California, San Francisco, March, 101 (3), pp. 446-452.

- Vardy, D. Besser, A.; Amir, M.; Gesthater, B.; Biton, A. & Buskila, D. (2002). Experiences of stigmatization play a role in mediating the impact of disease severity on quality of life in psoriasis patients. *Journal of British Association of Dermatology*, Israel, October, 147, (4), pp. 736-742.
- Verschueren, K.; Buyck, P. & Marcoen, A. (2001). Self-representations and socioemotional competence in young children: *Developmental-Psychology*. 37, (1), pp.126-134.
- Whal, A.; Loge, J. H.; Wiklund, I. & Hanestad, B. R. (2000). The burden of psoriasis: A study concerning health-related quality of life among Norwegian adult patients with psoriasis compared with general population norms. *Journal American Academy of Dermatology*, Oslo and Thordheim, Norway, November, 43, (5), pp.803-808.
- Winchell, S. A. & Watts, R. A. (1988). Relaxation therapies in the treatment of psoriasis and possible pathophysiologic mechanisms. *Journal American Academy of Dermatology*, January, Houston, TX, 18 (1), Part 1, pp. 101-104
- World Health Organization (1993). WHOQOL rating scales. Geneva:WHO;
- World Health Organization (1995). Resources for new WHOQOL centers. Geneva: WHO;. MNH/PSF/95.2
- Zachariae, R.; Oster, H; Bjerring, P. & Kragballe, K.; (1996). Effects of Psychologic intervention on psoriasis: A preliminary report. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 34, 6, pp.1008-1015.
- Zamignani, D. R. & Banaco, R. A. (2004). An Analytical behavioral panorama on the anxiety disorders. T. C. Grassi (Org.) *Contemporary challenges in the behavioral approach: A Brazilian overview*. Santo André: Esetec.

ANEXOS

ANEXO A
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARTICIPANTES

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARTICIPANTES

Prezado (a) sr (a).

Sou psicóloga pesquisadora do Mestrado em Análise do Comportamento na Universidade estadual de Londrina e estou desenvolvendo uma pesquisa sobre doença de pele e interação social. Meu objetivo é verificar se indivíduos com psoríase apresentam dificuldades nas interações sociais. Deste modo, a pesquisa dedica-se a contribuir para que as pessoas com psoríase possam lidar melhor com essa doença de pele.

Para isso, gostaria de sua participação, em uma entrevista gravada em fita K-7 e respostas em um questionário padronizado. Informamos que, apesar de envolver gravação, sua participação será sigilosa, ou seja, seu nome será mantido em segredo. Ao final, os resultados deste trabalho deverão ser apresentados em eventos e revistas científicas, respeitando-se o anonimato de todas as pessoas envolvidas. A coleta de dados não envolve riscos físicos, nem psicológicos ao participante e você poderá desistir da pesquisa em qualquer momento, sem prejuízos financeiros.

Agradecemos desde já por sua confiança e colaboração.

O PARTICIPANTE concorda em:

- a- Participar de entrevista gravada em fita K-7 como forma de registro;
- b- Responder a um questionário padronizado sobre habilidades sociais
- c- Que os dados coletados com suas avaliações sejam apresentados e divulgados em eventos e revistas científicas, respeitando o anonimato de todas as pessoas envolvidas.

A **PESQUISADORA** e sua equipe se comprometem a:

- a- Realizar o trabalho nos moldes éticos e visando a melhor qualidade possível dentro das possibilidades técnicas e de recurso humano e material.
- b- Manter sigilo quando à divulgação dos dados coletados e suas análises em eventos e revistas científicas

Atenciosamente,

 Profa. Dra. Márcia Cristina Caserta Gon
 Orientadora da Pesquisa

 Carolina Martinez Sampaio Mota
 Mestranda (tel. 9128-7348)

Concordância do participante: _____

Local e data: Londrina, ____ de _____ de _____

ANEXO B
DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS DOS PARTICIPANTES

ANEXO B – DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS DOS PARTICIPANTES

Dados Pessoais:

1-) Nome (Siglas):

2-) Idade:

3-) Sexo:

F M

4-) Profissão:

5-) Há quanto tempo trabalha no total?

E no último emprego?

6-) Estado Civil

7-) Tem filhos? Quantos?

8-) Renda Familiar:

até um salário mínimo

1-5 salários mínimos

6-10 salários mínimos

11-15 salários mínimos

16-20 salários mínimos

acima de 20 salários mínimos. Quantos?

9-) Nível de Escolaridade.

sem alfabetização

ensino fundamental incompleto (até quarta série)

ensino fundamental incompleto (quinta à oitava)

ensino fundamental completo

ensino médio incompleto

ensino médio completo

ensino superior incompleto

ensino superior completo