



A QUESTÃO DA SAÚDE MENTAL DE PACIENTES DERMATOLÓGICOS EM ATENDIMENTO HOSPITALAR

DOI: 10.22289/2446-922X.V8N1A25

Amanda Gimenes Pacheco **Diniz**¹
Andriely Nascimento dos **Santos**
Laysa Stahlhauer Dalle **Nogare**
Stefanie de Souza **Dias**
Thainara Silva **Oshiyama**
Fernanda Maria Munhoz **Salgado**

RESUMO

Delimitando e protegendo a individualidade, a pele é o principal meio de contato do sujeito com o mundo exterior. Conflitos e emoções podem se manifestar através do corpo e da pele, tornando-se visíveis e suscetíveis às reações sociais que muitas vezes são de preconceito e discriminação. O impacto dessas relações pode intensificar sintomas psicossomáticos e desencadear comorbidades como ansiedade e depressão, interferindo diretamente na qualidade de vida dos pacientes dermatológicos. Mesmo que as manifestações dermatológicas não sejam desencadeadas por fatores psíquicos, podem ser agravadas por estes, alterando a resposta do organismo a tratamentos. Há que se considerar ainda, que algumas doenças podem resultar da pobreza e prevalecer nestas condições, ou ainda gerar pobreza, colaborando para a manutenção da desigualdade social. Uma revisão bibliográfica foi realizada com o intuito de compreender o impacto psicológico das dermatoses na qualidade de vida dos acometidos. Considerando o cuidado que estes pacientes devem receber para que tenham uma melhora em sua relação consigo e com o meio social, contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida, a revisão bibliográfica abrangeu os métodos de intervenção psicossocial de Cinematerapia e de Rodas de Conversa, como estratégia terapêutica complementar dentro do ambiente hospitalar. Por meio de filmes que são ferramentas acessíveis, é possível propor reflexões sobre o tema, com debates sobre autoimagem, autoestima e aceitação, permitindo espaço para acolhimento e troca de vivências.

422

Palavras-chave: Dermatoses; Qualidade de Vida; Intervenção Psicossocial.

THE MENTAL HEALTH ISSUE OF DERMATOLOGICAL PATIENTS IN HOSPITAL CARE

ABSTRACT

Delimiting and protecting the individuality, the skin is the main means of contact of the subject with the outside world. Conflicts and emoticons may manifest themselves through the body and skin, becoming visible and susceptible to social reactions that are often of prejudice and discrimination. The impact of these relations can intensify psychosomatic symptoms and trigger comorbidities such

¹ Endereço eletrônico de contato: amandadiniz@gmail.com

Recebido em 22/03/2022. Aprovado pelo conselho editorial para publicação em 04/05/2022.



as anxiety and depression, directly interfering in the quality of life of dermatological patients. Even if the dermatological manifestations are not triggered by psychic factors, they can be aggravated by these, altering the body's response to treatments. It should also be considered that some diseases may arise from poverty and prevail in these conditions, or even generate poverty, contributing to the maintenance of social inequality. A literature review was carried out in order to understand the psychological impact of dermatosis on the quality of life of those affected. Considering the care these patients should receive to improve their relationship with themselves and with the social environment, contributing to the improvement of their quality of life, the literature review covered the psychosocial intervention methods of Cinematherapy and Dialogue circles, as complementary therapeutic strategies within the hospital environment. Through films that are accessible tools, it is possible to propose reflections on the theme, with debates about self-image, self-esteem and acceptance, allowing space for welcoming and exchanging experiences.

Keywords: Dermatoses; Quality of Life; Psychosocial Intervention.

LA SALUD MENTAL DE PACIENTES DERMATOLÓGICOS EN ATENDIMIENTO HOSPITALAR

RESUMEN

Delimitando y protegiendo la individualidad, la piel es el principal medio de contacto del sujeto con el mundo exterior. Conflictos y emociones pueden manifestarse a través del cuerpo y de la piel, tornándose visibles y susceptibles a reacciones sociales en muchos casos perjudiciales y discriminatorias. El impacto de estas relaciones puede intensificar síntomas psicossomáticos y desencadenar comorbilidades como ansiedad y depresión, de esta forma impactando directamente en la calidad de vida de los pacientes dermatológicos. Aun en los casos en que las manifestaciones dermatológicas no tengan como causa factores psíquicos, pueden ser agravadas por los mismos, alterando la respuesta del organismo a los tratamientos. Se debe considerar también que algunas enfermedades pueden ser resultado de condiciones de pobreza y prevalecer en estas condiciones, o en algunos casos intensificar estas condiciones de vulnerabilidad, colaborando para el mantenimiento de la desigualdad social. Fue realizada una revisión de bibliografía con la intención de comprender el impacto psicológico de las dermatosis en la calidad de vida de los afectados. Considerando el cuidado que estos pacientes deben recibir para que evidencien una mejora en su relación consigo e con su medio social, contribuyendo para una mejora de su calidad de vida, la revisión bibliográfica abarcó los métodos de intervención psicosocial de Cinematerapia y Rondas de conversación, como estrategia terapéutica complementar dentro del ambiente hospitalar. A través de películas, que son recursos accesibles, es posible proponer reflexiones sobre el tema, incluyendo debates sobre auto-imagen, autoestima y aceptación, promoviendo un espacio de acogida e intercambio de vivencias.

423

Palabras clave: Dermatitis; Calidad de Vida; Intervención Psicosocial.

1 INTRODUÇÃO

A pele é o primeiro meio de contato do indivíduo com o mundo exterior, é o órgão que delimita e protege a individualidade, e por onde conflitos e emoções podem se manifestar de forma visível. Strauss (1989), traz a relação do interno com o externo ao se referir a pele como limite do



eu e o outro, ao mesmo tempo que protege, também expõe ao contato com o ambiente e age como um abrigo da nossa individualidade.

Tanto o meio e suas estruturas sociais podem influenciar o interior das pessoas, como questões internas podem se expressar através do corpo e da pele, devido à sua “função mediadora na relação intersubjetiva do indivíduo em sua totalidade e o contexto social ao qual está inserido” (Bú, 2018, p. 22).

As manifestações cutâneas, desencadeadas por doenças dermatológicas (dermatoses) ou não, carregam em sua construção histórica estigmas de discriminações e preconceitos. Segundo Goffman (1988), a visibilidade dessas manifestações, produz reações sociais de preconceito e discriminação e isso aumenta o sofrimento dos acometidos por essas condições.

Buscando compreender o impacto psicológico das dermatoses na qualidade de vida dos pacientes dermatológicos, uma revisão bibliográfica foi realizada e constatou-se que no Brasil não existem muitos estudos nesta área, e os artigos consultados trazem, muitas vezes, os mesmos teóricos.

Segundo Azambuja (1992), as questões psicológicas podem agir de forma a desencadear, manter ou agravar quadros clínicos. De acordo com Romiti, Carvalho e Duarte (2021), tem-se que algumas das comorbidades da psoríase, por exemplo, são a depressão (16%), ansiedade (15,4%) e tentativa de suicídio (2,9%). Observa-se na literatura, que esse quadro de sofrimento psíquico existe, em maior ou menor grau, seja qual for o tipo de dermatose estudada.

Para contribuir com a melhoria da qualidade de vida dos acometidos por dermatoses, a revisão bibliográfica observou os métodos de intervenção psicossocial de Cinematerapia e de Rodas de Conversa, como estratégia terapêutica complementar dentro do ambiente hospitalar. Com o objetivo de propor reflexões sobre o tema da pele e sua relação com o psiquismo, por meio de debates sobre autoimagem, autoestima e aceitação, e permitir espaço para acolhimento e troca de vivências.

Análise sobre Pele e Dermatoses

A pele é o maior órgão do corpo humano e se constitui de três camadas, que de fora para dentro são, epiderme, derme e hipoderme. Segundo Azambuja (2000), dermatologista reconhecido na área, a pele tem íntimas ligações com o sistema nervoso central, visto que embriologicamente ambas surgem de uma mesma região, o ectoderma, o que a torna sensível às emoções. Ademais, segundo Azambuja (1992), as situações psicológicas podem ter influências de desencadear ou manter quadros clínicos.

Como existe uma “permanente conexão mente - sistema nervoso - pele e uma relação recíproca entre essas três áreas” (Oliveira, Trindade, Ribeiro, Farias, & Nascimento, 2020, p. 2)



algumas dermatoses têm origem a partir de condições psíquicas dos sujeitos. Esta relação se mostra de diferentes formas, tanto o meio e suas estruturas sociais podem influenciar o interior do sujeito, como questões internas podem se expressar através do corpo, afetando tanto órgãos internos como se mostrando através da pele. Nos dias atuais, o termo psicossomático diz respeito à relação entre o psicológico e o biológico e como estes se relacionam e se influenciam (Castro, Andrade, & Muller, 2006).

McDougall diz que “nos estados psicossomáticos é o corpo que se comporta de maneira delirante, é o corpo que ‘enlouquece’” (em Dias, Rubin, Dias, & Gauer, 2007, p. 3). As doenças psicossomáticas vêm em virtude das dificuldades que o sujeito tem com relação aos externos. É possível observar através da literatura, como situações e ambientes estressores desencadeiam ou intensificam as psicossomáticas, em virtude disso, se faz necessário que o sujeito seja entendido em sua integralidade, como um sujeito biopsicossocial, como ressalta Campos e Rodrigues (2005):

Daí a tendência de compreender o processo de adoecer não como um evento casual na vida de uma pessoa, mas como representação ou resposta do organismo, como uma pessoa que vive em sociedade em relação recíproca com outras pessoas e é parte ativa de uma microestrutura familiar inserida na macroestrutura social e cultural, situada em determinado ambiente físico, procurando resolver do melhor modo possível os problemas de sua existência no mundo (Campos & Rodrigues, 2005, pp. 11-12).

425

Quando se trata de dermatoses as condições socioculturais também devem ser consideradas, pois certas doenças têm incidência relativa às condições de vida dos indivíduos. Em áreas com precárias condições de higiene pessoal, por exemplo, são mais comuns doenças como o Impetigo (Brasil, 2002). Doenças podem ser resultado da pobreza, prevalecendo nessas condições, ou ainda geradoras de pobreza, contribuindo para a manutenção do quadro de desigualdade social (Bedoya, da Costa Martins, Pimentel, & de Souza, 2017).

Dados sobre Dermatoses

De modo a dimensionarmos a questão das dermatoses que mais prevalecem na sociedade brasileira, foi analisada a pesquisa realizada pela Sociedade Brasileira de Dermatologia no ano de 2006, essa que ocorreu mediante um mapeamento das consultas na especialidade de dermatologia no território nacional durante o período de uma semana, através de 57 mil laudos, foram apresentadas as 25 dermatoses que mais acometem os brasileiros e, após a apresentação, sendo separadas em aparecimento por idade, macrorregião, e quais estão mais ligadas às instituições públicas e privadas (Brasileira de dermatologia, 2006).



A partir desses dados, vemos a maior busca por tratamento vinda das mulheres, correspondendo a 66,5% dos pacientes, 77,9% das pessoas eram brancas e 72,3% foram atendidas em instituições privadas, é destacado também que a prevalência de pessoas brancas é menor nas instituições públicas, e a escolaridade dos pacientes do setor público se mostrou mais baixa, onde 65,7% não haviam cursado o segundo grau. Com relação às doenças que possuem maior continuidade no tratamento temos a hanseníase, psoríase e vitiligo, com maior atendimento no setor público (Brasileira de dermatologia, 2006).

Em entrevista realizada com profissional da Psicologia de um complexo hospitalar especializado na área de dermatologia do Estado de São Paulo, foi constatado que existe uma alta demanda de atendimento para pacientes acometidos por: acne, dermatite atópica, pênfigo, psoríase e vitiligo.

Mediante essa informação, foi realizado um levantamento sobre cada dermatose, para melhor entendimento e verificação de sua prevalência no Brasil, com isso, tem-se que: a acne é a doença mais frequente, afetando de 85% a 100% da população, se sobressai na face e na parte superior e dorso do tórax, seu pico de aparecimento ocorre entre os 12 e 24 anos e seu agravamento é mais comum no sexo masculino (Santos et al., 2020). A acne também aparece como sendo a doença cutânea mais comum nos EUA, em virtude do potencial estresse psicológico que ela causa, principalmente na fase da adolescência, suas cicatrizes que podem permanecer na pele e os conhecimentos equivocados sobre o que à causa, pode ser vista como pauta de educação sanitária ao público jovem (Brasileira de dermatologia, 2006).

A dermatite atópica (DA) é uma doença inflamatória que se apresenta na forma de eczema, que seria a irritação, coceira e crostas na pele, sua ocorrência é multifatorial, mas na maioria dos casos existe certa hereditariedade, pode se apresentar em todas as idades, porém acomete principalmente as crianças antes do primeiro ano de vida, com uma média de 60% dos casos. Apesar de seu caráter genético, tem-se aumentado o número dos casos possivelmente em decorrência da poluição, clima, vida urbana, e em 70% dos pacientes existe uma correlação da DA com o estresse (Antunes et al., 2017). Na pesquisa de mapeamento a DA se destacou tendo um custo relevante para o sistema de saúde, ocupou a 11ª colocação das dermatoses com maior registro no setor público de atendimento, e tendo uma maior incidência na região norte do país (Brasileira de dermatologia, 2006).

Quanto ao pênfigo e psoríase temos uma certa semelhança em relação ao olhar das pessoas, visto que muitas veem estas doenças como contagiosas, podendo prejudicar o convívio social de quem as possui e o fato delas causarem lesões mais severas na pele podendo prejudicar na rotina desses pacientes. O pênfigo é caracterizado por uma doença autoimune de condição rara que causa bolhas na pele, e possui quatro segmentos que seriam, o pênfigo vulgar, sendo a mais comum dentre elas, pênfigo vegetativo, pênfigo eritematoso e pênfigo foliáceo (Cruz, Pinheiro &



Cabral, 2018). Cunha et al. (2018) ressalta que o pêfingo vulgar tem incidência de 0,75 a 14 casos dentre 1 milhão de habitantes ao ano, acometendo mais a faixa etária de 40 a 60 anos, e o aparecimento da doença se inicia nas mucosas, passando para a pele nas regiões da face, axilas, couro cabeludo, virilha e tronco (em dos Reis, Leonel & Pereira, 2021).

Já a psoríase é uma doença autoimune de caráter inflamatório da pele, na pesquisa da Sociedade Brasileira de Dermatologia ela apareceu em 10º lugar das dermatoses mais registradas (2,48%), e em 4º lugar quanto ao aparecimento no setor público de saúde, tendo maior ocorrência na região sul do país (Brasileira de dermatologia, 2006). Analisando dados mais atuais, tem-se uma estimativa que a psoríase tem prevalência de 1,31% no Brasil, podendo aparecer em qualquer faixa etária, mas, comumente aparece na população entre 30 a 70 anos, nas regiões como joelhos, cotovelos couro cabeludo, região lombosacra, umbilical, palmas e plantas, tem-se uma questão genérica relacionada a doença, mas seu agravamento ocorre em decorrência de fatores ambientais ou comportamentais, após seu aparecimento à mesma somente irá amenizar ou intensificar as lesões, normalmente ocorrendo em paralelo as estações do ano. Em virtude do impacto que causa as relações sociais, tem-se que algumas das comorbidades da psoríase são a depressão (16%), ansiedade (15,4%) e tentativa de suicídio (2,9%) (Romiti et al., 2021).

Já o vitiligo, trata-se de uma doença que causa a despigmentação da pele. Em 2017 a Sociedade Brasileira de Dermatologia publicou em seu site (<https://www.sbd.org.br>) um levantamento realizado com 17.004 pessoas onde foi constatado 97 casos (0,57%), nota se também que o vitiligo normalmente aparece na juventude (de Dermatologia, 2017). Em 2006 ela ocupou o 12º lugar quanto ao seu aparecimento no setor público de saúde, notou-se também que as pessoas negras eram as que mais procuravam tratamento e ela ficou entre as 3 dermatoses onde mais se tinha continuidade do tratamento (Brasileira de dermatologia, 2006). Tem-se por alguns profissionais da saúde que o tratamento ao vitiligo tem um caráter estético, visto que o aparecimento das manchas não causa lesões, irritações ou problemas que dificultem a rotina, porém, principalmente quando as manchas aparecem em regiões mais expostas elas podem prejudicar psicologicamente as pessoas que a possuem. Uma autoimagem depreciativa, expressão de sentimentos de medo que as manchas aumentem, vergonha, insegurança, tristeza, desgosto, dentre outros sentimentos, são demonstrados em 75% dos pacientes; alguns estudos demonstram que 7,2% das pessoas que possuem o vitiligo relatam que as alterações se iniciaram mediante algum estresse emocional (Nogueira, Zancanaro, & Azambuja, 2009).

Considerando que o complexo hospitalar mencionado acima teve uma forte influência no tratamento da hanseníase no decorrer de sua história, informações quanto à essa doença também foram levantadas.

A hanseníase, conhecida antigamente como lepra, é uma doença infecto contagiosa causada pela bactéria *Mycobacterium leprae*, se caracteriza por lesões cutâneas com diminuição



da sensibilidade térmica e tátil podendo acometer órgãos internos, gerar paralisias musculares, atrofia e incapacidades físicas permanentes, a doença possui cura, porém o tratamento precisa ocorrer em seus estágios iniciais para que os sintomas não se agravem, chegando até as incapacidades físicas (Eidt, 2004). Através do Boletim Epidemiológico Hanseníase 2020, realizado com dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e disponibilizado pelo Ministério da Saúde, conseguimos analisar que o Brasil se encontra contendo o maior número de casos registrados da doença dentre os países da América, onde foram reportados, em 2018, 30.957 casos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e destes, 28.660 correspondiam ao Brasil; entre 2014 e 2018 foram registrados 140.578 novos casos no Brasil, desses, 55,2% correspondiam ao sexo masculino, quanto a raça/cor, 58,3% do total de casos eram pessoas pardas seguidos de 24,6% de pessoas brancas (Brasil, 2020). Verificou-se também que 43,3% das pessoas diagnosticadas não haviam completado o ensino fundamental, seguidas de 13,9% que haviam completado o ensino médio, porém tinham o superior incompleto (Brasil, 2020).

Eidt (2004) traz em seu estudo sobre a história da hanseníase, que ela é uma das doenças mais antigas já registradas, e há indícios de vários relatos em diferentes regiões do mundo. No Brasil, tem-se que seu início ocorreu com a colonização, se espalhando para o território nacional. Antigamente as pessoas acometidas pela doença eram isoladas da sociedade em hospitais, com o intuito de diminuir sua proliferação, causando assim um estigma das pessoas que a possuíam. Havia-se restrições quanto à profissão, locais e até mesmo cônjuges que as pessoas com hanseníase podiam ter; em 1941 em decorrência de uma reforma pública, tem-se a criação do Serviço Nacional de Leprosia, possibilitando um olhar mais amplo da doença, tendo um registro mais preciso e possibilitando uma educação sanitária, de modo a combatê-la. De acordo com Rotberg (1977) o termo hanseníase surge em 1960, com o intuito de quebrar os estigmas e preconceitos que o nome lepra trazia (em Eidt, 2004).

Verificando os casos de internação por dermatoses no Brasil, foi feito um levantamento no site do Banco de Dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS (<https://datasus.saude.gov.br>), segmentando os dados por internação ao ano, de 2018 a 2020, macrorregiões, atendimento de caráter eletivo, e com enfoque no capítulo XII do CID-10 - Doenças da pele e do tecido subcutâneo, havendo uma análise também quanto a características como gênero e raça/cor. Verificou-se que o ano de 2019 se destacou sendo o que mais apresentou internações, destacando as regiões sudeste e nordeste, onde ocuparam, respectivamente o 1^a e 2^a lugar com mais internações (39.646 e 28.695); houve também 5.110 casos a mais de internações por mulheres e quanto a raça/cor, temos que, 33.121 das pessoas eram brancas, 32.344 pardas, 3.359 pretas, 1.999 amarelas e 125 indígenas (Brasil, s.d.). Em virtude da pandemia que se iniciou no Brasil no ano de 2020, verificou-se uma redução considerável das internações, tendo-se aproximadamente uma queda de 50% das



internações em comparação ao ano de 2019, visto que boa parte da porcentagem de leitos hospitalares ficou dedicada ao tratamento da COVID-19 (Brasil, s.d.).

Qualidade de Vida

A literatura traz distintas definições para o termo qualidade de vida. Este conceito pode ser amplo, abrangendo a satisfação geral com a vida, ou fragmentado em componentes que se aproximam do conceito geral, mas com ligação aos interesses políticos e científicos de cada área de estudo (Pereira, Teixeira & Santos, 2012).

As matérias associadas à qualidade de vida, vêm de um movimento das ciências humanas e biológicas, que visam valorizar mais do que o controle de sintomas. Assim, para alguns autores, a qualidade de vida é sinônimo de saúde e, para outros, um conceito mais abrangente, no qual as condições de saúde são consideradas (Fleck et. al., 1999).

Segundo Gill e Feisntein (1994), qualidade de vida envolve a saúde como bem-estar físico, emocional e mental, além da inserção do indivíduo na sociedade, considerando suas relações familiares, com amigos, no trabalho, e outros temas que integrem o cotidiano do sujeito. Portanto, é importante analisar a percepção pessoal de quem se investiga, uma vez que este é um fator primordial.

Day e Jankey (1996), identificam os estudos sobre qualidade de vida de acordo com quatro abordagens gerais: econômica, psicológica, biomédica e geral ou holística.

A abordagem socioeconômica tem os indicadores sociais como fator principal. Nesta concepção, assegurar uma vida de qualidade depende de garantir estruturas sociais para que as pessoas possam alcançar a felicidade (Day & Jankey, 1996).

Na abordagem psicológica, o foco é direcionado para as reações subjetivas do indivíduo às suas vivências, e na sua percepção sobre sua própria vida, satisfação e felicidade. Os indicadores sociais, nesta abordagem, funcionam como indicadores indiretos da qualidade de vida, e esta é a grande limitação dessa linha de pensamento (Day & Jankey, 1996).

Segundo Minayo, Hartz e Buss (2000), a abordagem médica visa melhorias nas condições de vida dos enfermos. Ainda que não devam ser empregados como sinônimos, os conceitos de saúde e de qualidade de vida têm grande relação entre si, apesar de suas especificidades. Buss (2000), aborda que é preciso ter mais do que acesso a serviços médico-assistenciais. É necessário ter políticas públicas coesas, mobilização popular e eficaz articulação intersetorial do poder público, para que seja possível enfrentar os determinantes da saúde em sua total dimensão.

Para a abordagem geral ou holística, o conceito de qualidade de vida é multidimensional, e varia de pessoa para pessoa conforme seu ambiente e contexto. Além disso, qualidade de vida é



um aspecto fundamental para se ter uma boa saúde e não o contrário (Renwick, Brown, & Nagler, 1996).

Como uma maneira de analisar a qualidade de vida de maneira mais abrangente, Minayo et al. (2000), abordam o tema como uma representação social gerada com base em parâmetros subjetivos, como bem-estar, realização pessoal, prazer e felicidade, e também parâmetros objetivos, nos quais as referências são a satisfação das necessidades básicas, e das necessidades geradas pelo grau de desenvolvimento econômico e social de determinada sociedade.

Minayo et al. (2000), apontam que a qualidade de vida é um construto cultural, assim, deve ser constantemente revisado e transformado, conforme há progresso do conhecimento científico e da sociedade. Ao se investigar sobre os elementos significativos na percepção sobre o que é uma boa qualidade de vida, é necessário que haja uma reflexão sobre como esses elementos se tornaram relevantes, tendo em conta aspectos históricos, socioculturais, psíquicos, do ambiente e da inserção no mundo do trabalho.

Impacto Psicológico das Dermatoses na Qualidade de Vida dos Pacientes

Dermatoses contagiosas ou não, dificultam as relações sociais. Devido à categorização social que ocorre pela percepção de atributos, criam-se expectativas normativas. Alguns atributos podem ser considerados depreciativos, desqualificando os indivíduos para a aceitação social de forma plena (Goffman, 1988).

Lesões cutâneas podem provocar reações como evitações, rejeições, insultos, entre outros. O sujeito estigmatizado se torna alvo de discriminação devido ao preconceito que sua marca social carrega (Bedoya et al., 2017). Além disso, este sujeito tende a ter as mesmas crenças sobre identidade que a sociedade da qual faz parte, assim, “pode perceber, geralmente de maneira bastante correta que, não importa o que os outros admitam, eles na verdade não o aceitam e não estão dispostos a manter com ele um contato em “bases iguais” “ (Goffman, 1988, p.17).

Por meio da discriminação, distinções e separações criam desigualdades, que podem afetar a qualidade de vida das pessoas e, conseqüentemente, a saúde mental. Segundo Isidorio et al. (2020), até a forma mais leve de uma doença dermatológica pode afetar gravemente o psicológico dos pacientes, pois a reação de outras pessoas pode interferir mais do que a doença em si.

A preocupação com o que as outras pessoas pensam sobre sua aparência, pode causar ansiedade, raiva, depressão e constrangimento, levando os indivíduos acometidos por dermatoses ao isolamento social e a um grau de incapacidade tão elevado quanto o de doenças crônicas graves (Oliveira et al., 2020). Como traz Isidorio, et al “as doenças de pele estão intimamente relacionadas com a alta taxa de problemas psicológicos (como depressão, fobia social, ansiedade e alexitimia),



por consequência, principalmente, da estigmatização desses pacientes, o que intensifica a falta de autoconfiança e de autoestima” (2020. p. 16).

Sintomas psicológicos podem surgir, ou ainda se agravarem, contribuindo para a diminuição da qualidade de vida, uma vez que esta tem relação com a percepção do indivíduo acerca de questões, como: bem-estar social, condições de saúde, estado emocional, sua posição em seu contexto cultural e de valores, entre outras. Nessa relação entre o corpo e a mente, é necessário considerar as experiências vivenciadas pelos indivíduos, nas questões sociais, emocionais e psicológicas. Observa-se que maiores são os sintomas psiquiátricos, quanto maior for o efeito das lesões na qualidade de vida dessas pessoas (Isidorio et al., 2020).

De forma a se pensar a temática da qualidade de vida na prática é necessário considerar como os pacientes dermatológicos percebem esse conceito e sua relação com a doença. Na literatura intitulada “Qualidade de vida de pacientes acometidos de dermatoses”, foi realizado um estudo transversal de novembro de 2018 a março de 2019, com 165 pacientes dermatológicos em uma clínica-escola, localizada em João Pessoa, Paraíba. Os critérios de inclusão foram pacientes de qualquer sexo, etnia, com idade entre 18 e 75 anos, capazes de responder sobre o Índice de Qualidade de Vida para Dermatologia (DLQI), que procuraram o serviço por qualquer queixa dermatológica (Oliveira et al. 2020). No estudo, após a consulta dermatológica de rotina, o pesquisador convidava os pacientes a participar da pesquisa com a aplicação do DLQI, no qual o próprio paciente respondia ao questionário e entregava ao avaliador após término.

431

O DLQI consiste em dez perguntas divididas em seis categorias: “sintomas e sentimentos”, “atividades diárias”, “lazer”, “trabalho e escola”, “relações interpessoais” e “tratamento”. As respostas geram escores entre zero e três e o cálculo final é um somatório simples desses escores que variam de 0 a 30. Quanto maior o escore, pior a qualidade de vida relacionada à doença. Um escore de 0-1 indica que não há impacto na vida do paciente; 2-5, o impacto é pequeno; 6-10, o impacto é moderado; 11-20, é grande impacto e, 21-30, impacto é extremo (Tejada, Mendoza-Sassi, Almeida Jr, Figueiredo, & Tejada, 2011).

Para os 165 pacientes, avaliados no período do estudo, foi constatado que o tempo médio de doença é de $3,6 \pm 4,0$ anos e a população foi composta predominantemente por mulheres (70,3%), com média de idade $35,25 \pm 15,7$ anos. As dermatoses mais prevalentes entre os pacientes foram acne (24,2%), micoses (13,3%), tricoses (12,7%), Melasma (7,9%), tumores cutâneos (6,1%). Na análise do DLQI, verificou-se que 80,6% dos pacientes relataram algum efeito da doença sobre a qualidade de vida, sendo que 31,5% demonstraram efeito grande ou extremo. Não houve efeito da doença dermatológica na qualidade de vida em 19,4% dos doentes. Nos demais pacientes, a dermatose provocou algum efeito, sendo que 24,9% deles apresentaram "pouco efeito", 24,2%, "efeito moderado", 28,5%, "grande efeito" e 3% obtiveram DLQI >20, ou seja, efeito extremo sobre a qualidade de vida (Oliveira et al., 2020).



Os pacientes relatam que a acne e micoses apresentam efeito moderado sobre a qualidade de vida. A acne foi a dermatose que apresentou maior dano à qualidade de vida entre as analisadas. Foi verificado graus variáveis da dermatose, além de alguns pacientes estarem em vigência de tratamentos. Os pacientes com maior quantidade de nódulos, pápulas e pústulas, sem estarem em vigência de tratamento, apresentaram grande efeito na qualidade de vida e os pacientes com menor quantidade de lesões e em acompanhamento dermatológico demonstraram efeito pequeno a moderado em sua qualidade de vida (Oliveira et al, 2020).

Os pacientes acometidos por tumores cutâneos, Melasma e tricoses demonstraram que esses apresentam pequeno efeito sobre sua qualidade de vida. Os tumores cutâneos apresentaram baixo impacto na qualidade de vida, o que pode estar relacionado a ausência de sintomatologia, além da suposição de que alguns deles ainda desconheciam a repercussão do diagnóstico na sua saúde ao responderem ao questionário. O Melasma pode ter um efeito grande para o paciente dependendo da extensão, pois, mesmo não sendo ameaçador à vida, tem efeito inestético. Entretanto, em conflito com outras pesquisas, no estudo em questão, o Melasma teve a menor média do DLQI o que leva a crer que a maior parte dos pacientes estudados já estivesse em vigência de tratamento e com acometimento mínimo (Oliveira et al., 2020).

Katoulis et al. (2015) demonstra que as alopecias geram uma carga psicológica mais pesada, afetando a qualidade de vida severamente, principalmente nos pacientes com alopecia cicatricial. Entretanto, em conflito com a literatura, o DLQI dos pacientes com tricoses mostrou impacto baixo na qualidade de vida, o que pode ter relação com a pequena extensão do dano no couro cabeludo dos pacientes avaliados.

Segundo Oliveira et al. (2020), esse estudo permite uma compreensão do quanto e de que formas a doença dermatológica pode prejudicar a qualidade de vida dos pacientes e demonstra que da mesma maneira que a pele é intensamente afetada pelo que ocorre na mente, ela provoca pensamentos e emoções que podem contribuir para a piora dos problemas dermatológicos existentes. Por essa razão, é necessário avaliar com cuidado o impacto psicológico gerado por uma dermatose, uma vez que há influência na evolução da doença e na resposta terapêutica.

Psicodermatologia e Tratamento

Questões dermatológicas causadas e/ou influenciadas por fatores psicológicos, afetam negativamente a autoimagem, a autoestima e a autoconfiança dos pacientes. A autoimagem tem caráter subjetivo, pois o indivíduo leva em consideração a imagem que tem de si por meio das formas que seu corpo se apresenta, e das suas interações com o contexto social e dos relacionamentos com terceiros e consigo mesmo. Pessoas acometidas por dermatoses tendem a ter uma percepção distorcida de sua autoimagem. A autoestima traz juízo de valor e de adequação,



que reflete a aprovação ou não, de si mesmo. Pessoas que têm autoestima rebaixada demonstram maior afeto negativo e menores perspectivas de gerar mudanças que são necessárias à própria recuperação e melhoria da qualidade de vida.

A autoimagem serve como base para a construção da autoestima, sendo ambas, importantes parâmetros da saúde mental, uma vez que traduzem sentimentos de confiança, valor, adequação, entre outros. Considerando a saúde mental dessas pessoas, destacam-se os problemas com ansiedade e depressão (Leite, 2019).

A psicodermatologia é um elo entre a psicologia e a psiquiatria, com a dermatologia, cuja finalidade é uma melhor compreensão da complexidade do vínculo entre a pele e a mente (Leite, 2019). “Neste contexto percebemos a existência de conteúdos psíquicos profundos e confusos, que ao não se expressarem a nível verbal se manifestam a nível mental” (de Souza et al., 2020, p. 3).

Neste sentido, as doenças psicodermatológicas são divididas em quatro grupos: desordens psicofisiológicas, em que as condições da pele são acentuadas por questões psicoemocionais; desordens psiquiátricas primárias, que ocorrem quando não há um quadro primário da pele e as manifestações cutâneas são autoinduzidas; desordens psiquiátricas secundárias, em que devido às doenças de pele os indivíduos desenvolvem problemas psicoemocionais; e distúrbios sensoriais cutâneos, quando a queixa é sensorial, mas não existem sintomas visíveis de doenças na pele ou outras questões médicas (Leite, 2019).

A intensidade e a duração também são fatores importantes a se considerar, uma vez que o estresse psicossocial pode ser agudo, variando de minutos a horas, ou crônico, durando vários dias, semanas ou meses. Para que haja uma melhor escolha da terapêutica, é necessário o entendimento a respeito desta classificação. E para um tratamento com resultados mais efetivos e duradouros, que visam a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, é fundamental o desenvolvimento de trabalhos com abordagem multidisciplinar (de Souza et al., 2020).

É de grande importância o papel do dermatologista no atendimento aos pacientes dermatológicos, já que estes geralmente buscam tratamento para a pele, mas tendem a recusar tratamentos psicológicos e psiquiátricos. O profissional deve estar preparado para acolher e reconhecer os estados mentais e emocionais que acompanham as doenças de pele, e prestar suporte aos pacientes. Assim, o dermatologista deve estimular o tratamento psiquiátrico e/ou psicológico. O psiquiatra atua no diagnóstico do transtorno de base e no acompanhamento dos medicamentos (de Souza et al., 2020). O psicólogo pode trabalhar com abordagens de tratamentos individuais e/ou grupais.

Dentre as intervenções psicológicas, estão o treinamento de reversão de hábitos e a terapia cognitivo-comportamental, que promovem diminuição na frequência e na gravidade da coceira em diferentes dermatoses. “O objetivo do treinamento de reversão de hábitos (TRH) é alterar o



comportamento disfuncional, ensinando os pacientes a substituir pensamentos e comportamentos negativos, por neutros” (de Souza et al., 2020, p. 6).

Por meio da reflexão sobre a autoimagem, visando a recuperação da autoestima, e a promoção da motivação, o psicólogo também pode promover intervenções psicossociais. Estas, visam contribuir para o bem-estar psicossocial tanto de indivíduos, quanto de grupos, seja em instituições, organizações ou em comunidades (Neiva, 2010).

Porém, para que mudanças ocorram, faz-se necessária a percepção de sua necessidade, para que exista consciência e desejo de mudança. O que pode ser identificado como um problema para o interventor, pode não ser para o grupo, portanto é necessário compreender os valores e a ética adotados a fim de se determinar quais mudanças são aspiradas pelo grupo, e assim, é possível definir o foco da intervenção.

Sistema de Saúde

O SUS (Sistema Único de Saúde) é um sistema de extrema relevância quando se fala em saúde no Brasil e no mundo, as suas diretrizes de universalidade, equidade e integralidade são a garantia de que as pessoas serão assistidas como seres biopsicossociais, além de ser resultado da luta e união dos cidadãos brasileiros.

Regulamentado pela Constituição Federal de 1988 conforme o Art. 1 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (do Brasil, 1988), o SUS compreende a saúde do sujeito para além dos prédios dos hospitais. Com isso, o foco passa a considerar questões que compõem o contexto do indivíduo como, por exemplo, habitação, alimentação, saneamento básico, qualidade da água, violência, entre outros. Portanto, não somente a doença é considerada, mas também, as variáveis que causam a doença (Brasil, 2010).

A assistência hospitalar no SUS é estruturada conforme as necessidades da população, para assegurar o atendimento aos usuários, e com apoio e assistência de uma equipe multiprofissional. Esta equipe é responsável pelo cuidado, pela segurança e pela regulação do acesso do usuário, também pela qualidade da assistência prestada (Brasil, 2017).

O atendimento básico de saúde deve estar preparado para a correta identificação e necessidades de encaminhamentos dentro da rede de atendimento. O NIR (Núcleo Interno de Regulação), estabelecido através da PNHOSP (Política Nacional de Atenção Hospitalar), é responsável por nortear os protocolos de atendimentos considerando sua gravidade e complexidade (Brasil, 2017).

No entanto, para o tratamento de dermatoses não há definição de um protocolo específico. Informação ratificada com profissional de psicologia atuante no atendimento aos pacientes



dermatológicos. De qualquer maneira, algumas têm notificação compulsória, como a Hanseníase (Brasil, 2002).

De acordo com de Souza Brandão, Lima e Leidenz (2020), na prática as dermatoses não são assistidas com relevância pelas políticas públicas. Tal fato ocorre, pois a taxa de letalidade baixa, faz com que as doenças dermatológicas não tenham a visibilidade que deveriam, o que acaba por refletir no atendimento prestado aos pacientes. Queixas que poderiam ser sanadas em nível primário não o são, e por isso, se faz necessário consulta especializada o que por sua vez causa aumento de custos do atendimento. A falta de pesquisas e treinamentos dos profissionais na assistência básica referente às dermatoses contribui para a manutenção de problemas como déficit na execução dos protocolos de atendimentos dessas doenças.

Cinematerapia e Roda de Conversa como Recurso Terapêutico a Pacientes Dermatológicos

De modo a se pensar no cuidado que os pacientes dermatológicos devem receber para que tenham uma melhora em sua relação consigo e com o meio social, contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida, podemos pensar na utilização da Cinematerapia, que é um conceito cunhado por Berg-Cross, Jennings e Baruch (1990), trazendo a proposta da utilização das mídias cinematográficas para a prática terapêutica, como um recurso, onde através da visualização e posteriormente discussão do filme, tem-se benefícios terapêuticos ao paciente (Rocha, de Oliveira, & Gonçalves, 2016). O recurso além de fácil acesso e adesão pode contribuir no sentido que, ao acompanharmos um personagem que possui questões semelhantes às nossas, conseguimos ter uma visão diferenciada, podendo analisar o meio de uma forma que antes, através do olhar em primeira pessoa, não era possível.

435

Através da análise de uma revisão sistemática conseguimos avaliar estudos onde esta técnica foi utilizada, quais foram seus objetivos e resultados apresentados. A pesquisa, que se deu em 2020, realizou a análise de onze estudos, e dentre esses temos que, nove eram em inglês, um em espanhol e um em português, a demanda dos pacientes era variável dentre os artigos, tinha-se desde estresse pós-traumático, relacionamento conjugal, relação familiar, ampliação de repertório de enfrentamento e identificação e expressão de emoções (Lima, Toledo, Lizardo & da Silveira Madalena, 2020).

A pesquisa sistemática destaca que a utilização dos filmes cumpriu com os objetivos propostos, auxiliando o paciente em suas relações, autoestima, melhor enfrentamento das situações, maiores comunicações entre ele e o terapeuta, e dentre os grupos de intervenção, uma melhor relação entre os pares, todas essas mudanças foram avaliadas a partir do relato dos pacientes, e em alguns casos com contribuição do cônjuge e família, porém, para a utilização adequada deste recurso, vale ressaltar as falas de Lima et, al onde destaca que:



É necessário ter em vista que a exibição dos filmes por si só não promove mudanças, é preciso que o terapeuta esteja engajado nas questões apresentadas pelo paciente para possibilitar a mediação adequada entre a produção cinematográfica e as demandas clínicas. (Lima et al., 2020, p. 12)

Diante disso, é necessário que a escolha dos filmes esteja de acordo com a demanda do paciente ou grupo, visando promover uma melhora terapêutica eficaz. Quando a utilização desse recurso for através de encontros de grupos, possuímos mais benefícios aos pacientes, visto que o “aspecto importante e indispensável na psicoterapia de grupo é a igualdade de status dos membros” (Bechelli & Santos, 2005, p.2), deste modo, o paciente também se beneficiará dos relatos e convívio com os colegas.

A construção desse meio irá proporcionar benefícios, como uma melhor relação social, aumento de repertório, melhor enfrentamento das adversidades, e alívio emocional (Guanaes, Japur; Contel, Vilas-Boas, em Benevides, Pinto, Cavalcante, & Jorge, 2010).

Uma maneira de trabalhar em grupo as questões suscitadas pelo filme, é a Roda de Conversa, que proporciona momentos de debate sobre um tema, em que a troca de experiências permite a aproximação entre as pessoas. Para que os participantes se sintam seguros e confortáveis, é necessário manter um ambiente de respeito e acolhimento (Soares, 2019).

No decorrer da intervenção, o psicólogo deve permanecer atento aos processos grupais, considerando as interações, os papéis, as lideranças. É importante também considerar que o psicólogo não deve se colocar no papel de salvador, apto a solucionar o desamparo, especialmente ao trabalhar com camadas menos favorecidas da população (Neiva, 2010).

436

2 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do levantamento bibliográfico realizado, identificou-se que as doenças da pele podem ser originadas por eventos externos, como por exemplo doenças decorrentes de condições de vulnerabilidade social, bem como por fatores psíquicos. Ainda que as manifestações dermatológicas não sejam provocadas por condições psíquicas, podem ser agravadas por estas, o que interfere na resposta do organismo aos tratamentos.

Assim, é imprescindível considerar a saúde mental dos pacientes dermatológicos, que sofrem com reações sociais de preconceito e discriminação, como evitações, rejeições, insultos, entre outros. O impacto dessas relações pode intensificar sintomas psicossomáticos e desencadear comorbidades como ansiedade e depressão, interferindo diretamente na qualidade de vida dos pacientes dermatológicos.

O atendimento básico de saúde deve estar preparado para identificar e encaminhar corretamente os pacientes dentro da rede de atendimento, conforme suas necessidades. No



entanto, para o tratamento de dermatoses não há definição de um protocolo específico, fato que pode estar associado a baixa taxa de letalidade dessas doenças. Com isso, as dermatoses não são assistidas com relevância pelas políticas públicas, faltam pesquisas na área e treinamentos dos profissionais.

São importantes parâmetros da saúde mental, a autoimagem e a autoestima. Por meio da reflexão sobre a autoimagem, é possível favorecer a recuperação da autoestima e estimular a motivação. Considerando-se que pacientes dermatológicos têm autoimagem distorcida, demonstram menores perspectivas para promover as mudanças necessárias à própria recuperação, e, conseqüente melhoria da qualidade de vida, é necessário que esses parâmetros sejam trabalhados no tratamento.

Como estratégia terapêutica complementar dentro do ambiente hospitalar, buscou-se demonstrar o uso das técnicas de Cinematerapia de Berg-Cross, Jennings e Baruch (1990) aliada a técnica de Rodas de Conversas, para trabalhar reflexões acerca do tema pele e psiquismo, abrindo-se assim, espaço para trocas de vivências e apoio, e promovendo acolhimento.

A presente pesquisa procurou demonstrar, por meio de revisão bibliográfica, a importância da saúde mental de pacientes dermatológicos, com relação à qualidade de vida, ao bem-estar consigo e no mundo, e conseqüentemente, o impacto destes fatores na evolução do tratamento. Um apontamento importante, é a necessidade do desenvolvimento de mais estudos sobre o tema, proporcionando embasamento para viabilização de mudanças significativas na área.

437

3 REFERÊNCIAS

- Antunes, A. A., Solé, D., Carvalho, V. O., Bau, A. E. K., Kuschnir, F. C., Mallozi, M. C., Silva, L. R. (2017). Guia prático de atualização em dermatite atópica-Parte I: etiopatogenia, clínica e diagnóstico. Posicionamento conjunto da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia e da Sociedade Brasileira de Pediatria. *Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia*, 1(2), 131-156.
- Azambuja, R. D. (1992). A conexão psiconeuroimunológica em dermatologia. *Anais brasileiros de dermatologia*, 67(1), 3-6.
- Azambuja, R. D. (2000). Dermatologia integrativa: a pele em novo contexto Integrative dermatology: the skin in a new context. *An Bras Dermatol*, 75(4), 393-420.
- Bechelli, L. P. D. C., Santos, M. A. D. (2005). O paciente na psicoterapia de grupo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13, 118-125.
- Bedoya, S. J., da Costa Martins, A. C., Pimentel, M. I. F., de Souza, C. T. V. (2017). Estigmatização social pela leishmaniose cutânea no estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, 11(3).
- Benevides, D. S., Pinto, A. G. A., Cavalcante, C. M., Jorge, M. S. B. (2010). Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 14, 127-138.



- Brasil, M.S. (2002). Dermatologia na Atenção Básica de Saúde. *Caderno de Atenção Básica nº 9 Série A*.
- Brasil. M.S. (2020). *Secretária da Vigilância em Saúde*. Boletim Epidemiológico de Hanseníase 2020. 1º ed. Brasília.
- Brasil, M.S. *Banco de dados do Sistema Único de Saúde- DATASUS*.
- Brasil. M.S. (2017). *Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP)*.
- Brasil. M.S. (2010). *Política Nacional de Promoção da Saúde*. 3º ed. Brasília - DF.
- Brasileira de dermatologia, S. (2006). Perfil nosológico das consultas dermatológicas no Brasil. *Anais brasileiros de dermatologia*, 81(6), 549-558.
- Bú, E. A. D. (2018). Representações sociais do vitiligo: dimensões simbólicas da marca branca.
- Buss, P. M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & saúde coletiva*, 5, 163-177.
- Campos, E. M. P., Rodrigues, A. L. (2005). Mecanismo de formação dos sintomas em psicossomática. *Mudanças: Psicologia da saúde*, 13(2), 299-312.
- Castro, M. D. G. D., Andrade, T. M. R., & Muller, M. C. (2006). Conceito mente e corpo através da história. *Psicologia em estudo*, 11, 39-43.
- Cruz, A. B. S., Pinheiro, T. N., & Cabral, L. N. (2018). PÊNFIGO VULGAR EM PACIENTE TABAGISTA: Relato de Caso. *Revista da AcBO-ISSN 2316-7262*, 8(2).
- Day, H., Jankey, S. G. (1996). Lessons from the literature toward a holistic model of quality of life In: Renwick R, Brown I, Nagler M, eds. *Quality of Life in Health Promotion and Rehabilitation. Conceptual Approaches, Issues, and Applications*.
- Dermatologia, S.B. (2017). Sociedade Brasileira de Dermatologia alerta a população a procurar um dermatologista sempre que perceber alguma mancha branca na pele.
- Souza Brandão, M. P. A., Lima, J. A., Leidenz, F. A. B. (2020). Prevalência de dermatoses atendidas em um ambulatório universitário. *Revista Interdisciplinar Ciências Médicas*, 4(1), 31-36.
- Souza, I. H., Gandra, M. F., Ribeiro, P. A. P., da Rocha Pereira, B. C., de Paula, C. G., Pires, C. B., de Abreu Carvalho, P. C. (2020). Psicodermatoses: uma análise dos aspectos fisiopatológicos, sociais e dos tratamentos multidisciplinares. *Revista Eletrônica Acervo Científico*, 16, e5552-e5552.
- Dias, H. Z. J., Rubin, R., Dias, A. V., Gauer, G. J. C. (2007). Relações visíveis entre pele e psiquismo: um entendimento psicanalítico. *Psicologia clinica*, 19, 23-34.
- Reis, B. D. S., Leonel, D. B. G., Pereira, D. G. (2021). Pênfigo vulgar: revisão de literatura. *Humanidades e Tecnologia (FINOM)*, 30(1), 132-143.
- Brasil, S. F. (1988). Constituição da república federativa do Brasil. *Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico*.



- Eidt, L. M. (2004). Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. *Saúde e sociedade*, 13, 76-88.
- Fleck, M., Lousada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., Pinzon, V. (1999). Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Revista de Saúde Pública*, 33, 198-205.
- Gill, T. M., Feinstein, A. R. (1994). A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *Jama*, 272(8), 619-626.
- Goffman, E. (1988). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade*. Tradução: Mathias Lambert, 4.
- Isidorio, E. C., Guido, J. V. G., Sena, B. L. T., de Oliveira, A. S., dos Santos, R. M. S. M., Camargo, C. A. C. M., Camargo, M. A. F. (2020). O uso do tratamento psicológico na melhora da qualidade de vida de pacientes dermatológicos: uma revisão integrativa da literatura. *Research, Society and Development*, 9(10), e7699109191-e7699109191.
- Katoulis, A. C., Christodoulou, C., Liakou, A. I., Kouris, A., Korkoliakou, P., Kaloudi, E., Rigopoulos, D. (2015). Quality of life and psychosocial impact of scarring and non-scarring alopecia in women. *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, 13(2), 137-141.
- Leite, G. D. Q. C. (2019). *Psicodermatologia: autoestima e autoimagem na relação entre doenças de pele, ansiedade e depressão*.
- Lima, C. F., Toledo, J. L., Lizardo, M. B., da Silveira Madalena, T. (2020). Cinematerapia como proposta de intervenção: uma revisão sistemática. *ANALECTA-Centro Universitário Academia*, 5(5).
- Minayo, M. C. D. S., Hartz, Z. M. D. A., Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & saúde coletiva*, 5, 7-18.
- Neiva, K. M. (2010). Intervenção psicossocial: aspectos teóricos, metodológicos e experiências práticas. *São Paulo: Vetor*, 13-24.
- Nogueira, L. S., Zancanaro, P. C., Azambuja, R. D. (2009). Vitiligo e emoções. *Anais brasileiros de dermatologia*, 84, 41-45.
- Oliveira, F. F., Trindade, L. C., Ribeiro, N. G., Farias, S. P., do Nascimento, K. P. M. (2020). Qualidade de vida de pacientes acometidos de dermatoses. *Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança*, 18(2), 73-80.
- Pereira, É. F., Teixeira, C. S., Santos, A. D. (2012). Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Revista brasileira de educação física e esporte*, 26, 241-250.
- Renwick, R. E., Brown, I. E., Nagler, M. E. (1996). Quality of life in health promotion and rehabilitation: Conceptual approaches, issues, and applications. *Sage Publications, Inc.*
- Rocha, V. V. S., de Oliveira, M. C. F. A., Gonçalves, F. F. G. (2016). O uso de filmes como estratégia terapêutica na prática clínica. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 18(1), 22-30.



- Romiti, R., Carvalho, A. V. E. D., Duarte, G. V. (2021). Consenso Brasileiro de Psoríase 2020 e Algoritmo de Tratamento da Sociedade Brasileira de Dermatologia. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 96(6), 778-781.
- Santos, P. R., Sena, N. V., Pontes, L. M., de Souza, M. L. P., Alves, A. F. V., Amarante, M. S. D. L. D., Brandão, B. J. F. (2020). Perfil epidemiológico dos pacientes com acne vulgar atendidos na BWS, São Paulo-SP. *BWS Journal*, 3, 1-7.
- Soares, A.P.C. (2019). Roteiro para Roda de Conversa sobre PNAES.
- Strauss, G. (1989). *Skin disorders*. Baltimore: Williams Wilkins.
- Tejada, C. D. S., Mendoza-Sassi, R. A., Almeida Jr, H. L. D., Figueiredo, P. N., Tejada, V. F. D. S. (2011). Impact on the quality of life of dermatological patients in southern Brazil. *Anais brasileiros de dermatologia*, 86, 1113-1121.