

DM
FLAM.1

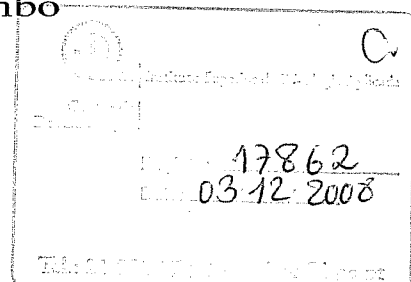
INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA
MESTRADO DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

**AVALIAÇÃO DO BEM-ESTAR PSICOLÓGICO EM
SUJEITOS COM PSORÍASE**



Paulo A. Dias Gomes Flambó

Lisboa, 2004/2006



Dissertação de Mestrado realizado sob orientação do Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro, apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia da Saúde, conforme portaria nº 107/97 de 17 de Fevereiro, para dar satisfação à alínea b) do ponto nº 2 do artigo 5º do Decreto-Lei nº 216/92 de 13 de Outubro.

“A pele aprecia o tempo (não tão bem quanto a orelha) e o espaço (não tão bem quanto o olho) mas só ela combina as dimensões espaciais e temporais (...) A pele não pode recusar um sinal vibrotátil ou electrotátil: ela não pode fechar a boca nem tapar os ouvidos ou o nariz.”

(Didier Anzieu, O Eu-pele, 1989)

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar aos doentes que anuíram participar neste estudo que, mesmo se encontrando numa situação de doença e de sofrimento, possibilitaram a realização do mesmo.

Ao Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro estou imensamente agradecido pela preciosa orientação, pela partilha de conhecimento e pela disponibilidade e compreensão demonstrada durante todo o percurso de construção deste trabalho.

À Paula Inês pelo amor, coragem e espírito de sacrifício demonstrado.

Aos meus filhos: Anita Raquel; Diogo André e José Dinis pelo amor, carinho e orgulho que sempre me demonstraram, mesmo com o sacrifício do tempo a que têm direito.

Aos meus pais, pois sem eles não seria possível isto acontecer

Aos funcionários, em geral, do Centro de Reconhecimento, Validação e Certificação de Competência de Mafra, pelo apoio que me deram na obtenção dos dados da população normativa; bem como a todos os indivíduos que acederam a participar no preenchimento dos questionários.

Às minhas colegas de Mestrado pelo carinho e apoio que ao longo de quase dois anos me demonstraram.

A todos os Professores do Mestrado pelos ensinamentos ministrados.

A todos aqueles que tenho a certeza de estar a omitir, mas que contribuíram de forma directa ou indirecta para este trabalho.

O meu Muito Obrigado!

ÍNDICE

CAPÍTULO I	
Introdução	10
Psoríase	12
Investigação em Psoríase	18
Bem-Estar Psicológico	20
Objectivos	24
CAPÍTULO II	
Metodologia	25
Sujeitos	25
Instrumentos	
Ficha Sócio-demográfica	26
Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP)	26
Procedimento	
Estudo Piloto	29
Recolha de Dados	29
Análise de Dados	30
Procedimentos éticos	30
CAPÍTULO III	
Apresentação dos resultados	32
CAPÍTULO IV	
Discussão dos Resultados	59
Conclusões	61
Referências	66
Referências webgráficas	69
Anexos	
A – Termo de Consentimento Informado	71
A – Ficha Sócio-Demográfica	72
B – Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP)	74
C – Site Publicitário da PSOPortugal	81

LISTA DE QUADROS

- Quadro nº 1 - Percentagem e Frequência da Amostra com e sem Psoríase, **Pág. 33**
- Quadro nº 2 – Estatística da População com Psoríase quanto à Idade, **Pág. 34**
- Quadro nº 3 – Frequência e Percentagem quanto ao Género na amostra com Psoríase, **Pág. 35**
- Quadro nº 4 – Estado Civil da População com Psoríase, **Pág. 35**
- Quadro nº 5 – Estatística quanto à Escolaridade da amostra com Psoríase, **Pág. 36**
- Quadro nº 6 - Contribuição para o rendimento familiar na amostra com Psoríase, **Pág. 36**
- Quadro nº 7 - Número de Filhos na amostra com Psoríase, **Pág. 37**
- Quadro nº 8 – Percentagem e Frequência do número de filhos na população com Psoríase, **Pág. 37**
- Quadro nº 9 – Número de vezes que vai a consulta médica com Psoríase, **Pág. 38**
- Quadro nº 10 – Número de tomas diárias de medicamentos com Psoríase, **Pág. 38**
- Quadro nº 11 – Percentagem e Frequência de tomas diárias de medicamentos na amostra com Psoríase, **Pág. 39**
- Quadro nº 12 – Número de baixas na amostra com Psoríase, **Pág. 39**
- Quadro nº 13 – Estatística relativa aos seis domínios da Escala de Bem-Estar Psicológico em Psoríase, **Pág. 40**
- Quadro nº 14 – Estatística quanto à Idade na população sem Psoríase, **Pág. 41**
- Quadro nº 15 – Frequência e Percentagem quanto ao Género na população sem Psoríase, **Pág. 42**
- Quadro nº 16 - Estado Civil na população sem Psoríase, **Pág. 42**
- Quadro nº 17 – Escolaridade da População sem Psoríase, **Pág. 43**
- Quadro nº 18 - Contribuição para o rendimento familiar na população sem Psoríase, **Pág. 43**
- Quadro nº 19 - Número de Filhos na população sem Psoríase, **Pág. 44**
- Quadro nº 20 – Frequência e Percentagem de Número de Filhos Na população sem Psoríase, **Pág. 44**
- Quadro nº 21 – Número de vezes que vai a consulta médica na amostra sem Psoríase, **Pág. 45**
- Quadro nº 22 – Número de tomas diárias de medicamentos sem Psoríase, **Pág. 45**

- Quadro nº 23 – Percentagem e Frequência de tomas diárias de medicamentos na amostra sem Psoríase, **Pág. 46**
- Quadro nº 24 – Número de baixas na amostra sem Psoríase, **Pág. 46**
- Quadro nº 25 – Estatística relativa aos seis domínios da Escala de Bem-Estar Psicológico sem Psoríase, **Pág. 47**
- Quadro nº 26 - Teste da Normalidade, **Pág. 48**
- Quadro nº 27 – Distribuição da dimensão Aceitação de Si (Indivíduos com Psoríase e Indivíduos sem Psoríase), **Pág. 49**
- Quadro nº 28 - Comparação múltipla de médias da dimensão Aceitação de Si (Indivíduos com Psoríase e Indivíduos sem Psoríase), **Pág. 49**
- Quadro nº 29 - Distribuição da dimensão Crescimento Pessoal (Indivíduos com Psoríase e Indivíduos sem Psoríase), **Pág. 50**
- Quadro nº 30 – Comparação múltipla de médias da dimensão Crescimento Pessoal (Indivíduos com Psoríase e Indivíduos sem Psoríase), **Pág. 50**
- Quadro nº 31 - Distribuição da dimensão Objectivos na Vida (Indivíduos com Psoríase e Indivíduos sem Psoríase), **Pág. 50**
- Quadro nº 32 - Comparação múltipla de médias da dimensão Objectivos na Vida (Indivíduos com Psoríase e Indivíduos sem Psoríase), **Pág. 51**
- Quadro nº 33 – Distribuição da dimensão Relações Positivas com os Outros (Indivíduos com Psoríase e Indivíduos sem Psoríase), **Pág. 51**
- Quadro nº 34 - Distribuição da dimensão Domínio do Meio (Indivíduos com Psoríase e Indivíduos sem Psoríase), **Pág. 51**
- Quadro nº 35 – Distribuição da dimensão Autonomia (Indivíduos com Psoríase e Indivíduos sem Psoríase), **Pág. 52**
- Quadro nº 36 – Correlação quanto à Idade na amostra de Indivíduos com Psoríase, **Pág. 53**
- Quadro nº 37 – Correlação quanto ao Género na amostra de Indivíduos com Psoríase, **Pág. 53**
- Quadro nº 38 – Correlação entre as seis dimensões da Escala de Bem-Estar Psicológico na amostra de indivíduos com Psoríase, **Pág. 54**
- Quadro nº 39 – Correlação entre as seis dimensões da Escala de Bem-Estar Psicológico na amostra de indivíduos sem Psoríase, **Pág. 57**

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico nº 1 – Histograma da Frequência das Idades, **Pág. 34**

Gráfico nº 2 – Número de vezes que vai a consulta médica sem Psoríase, **Pág. 45**

Gráfico nº 3 – Número de baixas na amostra sem Psoríase, **Pág. 47**

RESUMO

Independentemente da abordagem teórica, muitos autores consideram a pele como o primeiro meio de contacto do indivíduo com o meio. Partindo desta posição, podemos pensar nos prejuízos causados no Bem-estar Psicológico de indivíduos acometidos por este tipo de doença. Este trabalho pretende apresentar os resultados da avaliação do Bem-Estar Psicológico em doentes com Psoríase, obtidos a partir da aplicação de um instrumento: a EBEP, uma escala de bem-estar psicológico.

A Psoríase tem suscitado interesse na investigação por causa dos aspectos psicológicos e sociais de seus portadores. Objectivou-se avaliar as condições psicológicas e adaptativas de pacientes com Psoríase e suas relações com variáveis demográficas e condições clínicas. Foram avaliados, através de um questionário enviado pela Associação Portuguesa de Psoríase (PSOPortugal) para os domicílios dos pacientes, 43 mulheres e 52 homens com idade entre 18 e os 65 anos com diagnóstico de Psoríase vulgar. Procedeu-se à aplicação individual da Escala de Bem-Estar Psicológico e de uma Ficha Sócio-demográfica, conforme as recomendações técnicas. Os protocolos foram cotados e comparados aos dados normativos, procedeu-se à quantificação e tratamento estatístico. Observou-se que a dimensão Autonomia parece ser a que mais influencia o Bem-Estar Psicológico dos indivíduos com Psoríase.

PALAVRAS-CHAVE: Psoríase; Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP); Ficha Sócio-demográfica.

ABSTRACT

Independently of the theoretical boarding, many authors consider the skin as the first one half of contact of the individual with the way. Leaving of this position, we can think about the damages caused in Psychological Well-being of individuals with this type of illness. This work intends to present the results of the evaluation of Psychological Well-being in sick people with Psoriasis, gotten from the application of an instrument: the EBEP, a scale of psychological well-being. The Psoriasis has excited interest in the inquiry because of the psychological and social aspects of its carriers. The propouse of this study is to evaluate the psychological and adaptative conditions of patients with clinical Psoriasis and its relations with demographic 0 variable and conditions. They had been evaluated, through a questionnaire sent for the Portuguese Association of Psoriasis (PSOPortugal) for the domiciles of the patients, 43 women and 52 men with age between the 18 and 65 years with diagnosis of vulgar Psoriasis. It was proceeded the individual application from Well-being Psychological Scale and a Partner-demographic Fiche, as the recommendations techniques. The protocols had been quoted and compared with the normative data, it was proceeded the quantification and statistical treatment. It was observed that the dimension Autonomy seems to be the one that more influences Psychological Well-being of the individuals with Psoriasis.

KEY-WORDS: Psoriasis; Scale of Psychological Well-being (EBEP); Partner-demographic fiche.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

A importância da Pele

A pele é, se não o principal, certamente o primeiro meio de contacto do sujeito com o mundo. Cada vez mais, somos levados a considerar que um corpo, são ou doente, é sempre um corpo em relação, contido por emoções, articulado por movimentos afectivos.

Assim, dever-se-á ponderar a relação existente entre as doenças dermatológicas e o impacto psicológico, social, ambiental e físico entre o sujeito afectado e o seu grupo social.

Em muitos casos, não há possibilidade de esconder, dissimular os problemas dermatológicos, vista encontrarem-se em zonas corpóreas bastante visíveis (por exemplo, a cara). Dependendo do tipo de enfermidade específica que acometa ao sujeito é possível até induzir sentimentos de repúdio e de nojo por parte dos outros.

Esse facto traduz prejuízos nos contactos (físicos ou não) no trabalho, e/ou ainda nas acções mais simples como vestir-se ou tomar banho em público ou simplesmente olhar-se ao espelho.

A pele pode ser caracterizada como uma membrana limitadora do eu e do não-eu, isto é, uma bolsa que retém, uma superfície que marca e uma barreira que protege, e um lugar e um meio de troca (Winnicott, 1983). Anzieu (1989) incorpora as ideias de Winnicott e reforça ainda o facto de que a pele é o meio relacional para o estabelecimento das primeiras vivências do bebé.

Perante este enfoque, percebe-se a importância que a pele tem no contacto com a construção de todo o psiquismo do sujeito e não apenas numa visão de saúde física.

A importância em elaborar estudos sobre a temática pele, torna-se bastante evidente ao considerarmos que se trata do maior órgão do corpo, e por esse facto são muitas as implicações, tanto a nível psíquico como da sua vida quotidiana, quando considerada a existência de problemas.

Também Montagu (1988) se relaciona à pele como o mais extenso órgão dos sentidos, e o primeiro a tornar-se funcional em todas as espécies – humana e animal. Este autor considera a pele como o órgão mais importante de todo o sistema de órgãos, depois do cérebro.

Por fim, de salientar que recentemente a pele passou a ser considerada como o órgão componente do sistema imunitário (Azambuja, 2000).

O estudo do Bem-Estar Psicológico, perante o atrás exposto, reflecte apenas uma parte ínfima do quão abrangente é o estudo das doenças de pele, e neste caso, da Psoríase. Para contemplar tal estudo, propomos uma medida que possa avaliar o Bem-estar Psicológico em indivíduos com diagnóstico de Psoríase, a Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP).

Este instrumento propõe-se medir o impacto da Psoríase na vida dos indivíduos afectados, visto que a maioria dos trabalhos encontrados sobre doenças de pele, e que embasam este estudo, concordam que de um modo geral as doenças de pele caracterizam um tipo de enfermidade que causa os mais diferentes prejuízos no bem-estar psicológico.

PSORÍASE

A palavra *psoríase* vem do grego e significa *erupção sarnenta*.

A Psoríase é uma doença de origem multifactorial, isto é, não é devida a um único factor, mas a vários. Certos papilomavirus poderiam representar o seu papel no aparecimento da doença. Integrando-se no património celular, estes vírus muito particulares provocam uma mutação genética que poderá ser favorável ao desenvolvimento da psoríase. (Descoberta nova causa para a psoríase, 2005).

Os efeitos da doença na vida dos pacientes podem ser profundos e podem interferir com todos os aspectos da vida. As doenças de pele afectam muitas dimensões da qualidade de vida bem como as actividades físicas e sociais e o bem-estar psicológico dos indivíduos. (Taylor & Francis, 2005).

Tendo em consideração o facto do desenvolvimento da identidade do indivíduo passar também pelo reconhecimento do externo, assim, a pele desempenha um papel fundamental, pois uma das suas funções é representar o indivíduo como ser único. O descontentamento pessoal em não cumprir as exigências externas decretadas pela sociedade, pode-se refletir em dificuldades nos relacionamentos interpessoais, provocando elevados níveis de stress (Mingnorance R, Loureiro S, Okino L. 2002).

Contudo, a intensidade do impacto das doenças de pele, e neste caso a psoríase, depende de algumas variáveis, nomeadamente as características demográficas, de

personalidade, de caráter e valores em que o indivíduo acredita, a sua situação de vida (familiar, financeira e social) e as atitudes da sociedade como um todo quanto ao significado das alterações de pele são aspectos fundamentais a serem analisados (Ginsburg IH, Link BH. 1993).

A psoríase é uma doença crónica de pele que afecta, igualmente, homens e mulheres em cerca de 1 a 3% da população mundial e, em geral, ocorre na segunda ou terceira década de vida. Essa dermatose emerge da interacção de uma base genética (herança poligénica) e factores ambientais e psicológicos (Fitzpatrick T, Johnson R, Woff K, Polano, M, Suurmond, D., 1997). É uma doença que afecta aproximadamente 4.5 a 7 milhões de pessoas nos EUA e aproximadamente 100 milhões em todo o mundo. (psoriasis connecting, 2006)

Dos vários aspectos responsáveis pelo aparecimento dessa dermatose, o stress é citado na bibliografia em geral como um factor importante que tanto influencia o aparecimento como o agravamento da lesão, sendo a psoríase classificada como uma psicodermatose. Também a estigmatização e o difícil tratamento contribuem para altos níveis de frustração e baixa auto-estima do indivíduo. (Fortune D. et al., 2003).

É uma doença hereditariamente transmissível pelos genes do psoriático, hiperproliferativa da pele, de etiologia desconhecida, mostrando uma grande variedade na severidade e na distribuição das lesões cutâneas. Existe uma probabilidade de 25% de adquirir psoríase no caso de um dos progenitores ser portador da doença. Se ambos os progenitores a tiverem, as probabilidades poderão atingir 50%, o que também se torna provável desenvolver mais cedo a psoríase e com sintomas mais severos (psoriasis

connections, 2006). Na maioria dos casos, apenas a pele é acometida, não sendo observado qualquer comprometimento de outros órgãos ou sistemas. Em pequenas percentagens de casos há artrite associada. Homens e mulheres são atingidos de igual forma, na faixa etária entre 20 e 40 anos, podendo, no entanto, surgir em qualquer fase da vida e com grande frequência em pessoas da pele branca, sendo raras em negros, índios, asiáticos e não existe entre esquimós. Por isso, a psoríase não é uma doença contagiosa e, como tal, o indivíduo psorítico não deve ser excluído mas antes, ajudado.

É uma doença de pele que altera os comportamentos sociais dos doentes, devido ao seu aspecto, evidenciado em lesões de pele muito visíveis. (Facilitar o trabalho dos médicos, 2005).

A Psoríase resulta de uma alteração na pele do indivíduo causada por factores do mesmo e não por qualquer agente infeccioso transmissível a outros indivíduos.

A Psoríase é uma dermatose eritemato-descamativa, ou seja, apresenta uma coloração avermelhada da pele que desaparece quando se faz pressão sobre ela e, ao nível da descamação, as camadas mais superficiais da pele destacam-se da superfície originando partículas semelhantes a “escamas” .

É caracterizada por uma mancha circular, com um bordo bem delimitado com fundo avermelhado (eritema) e escamas espessas à superfície. Estas lesões podem aparecer só em alguns locais do corpo, mais frequentemente nos cotovelos, joelhos, couro cabeludo e região lombar ou ser disseminadas por todo o corpo.

Também podem surgir alterações ao nível das unhas com vários aspectos possíveis, nomeadamente, picadas de alfinete, rugosidades, sulcos ou pregas superficiais, hipopigmentação ou manchas amarelas ou acastanhadas, descolamento da unha, espessamento da unha, destruição da unha.

A Psoríase surge porque as células da pele, que estão constantemente a ser destruídas à superfície e a multiplicar-se nas camadas mais inferiores, aumentam a sua velocidade de multiplicação, por isso, descamam mais rapidamente do que na pele normal. Além disso também há inflamação.

A Psoríase evolui por surtos ocasionais separados por períodos de remissão. É impossível prever a duração dessas remissões mas existem factores que podem desencadear novos surtos, tais como, infecções, traumatismos, intervenções cirúrgicas, stress, determinados medicamentos (bloqueadores dos receptores b-adrenérgicos – Simpaticolíticos, lítio, IECAs - Inibidores do Enzima de Conversão da Angiotensina, anti-maláricos) (Esteves, 1992).

Segundo o dermatologista Jorge Cardoso, do Hospital Curry Cabral, em Lisboa, "a forma mais grave da doença aparece nos jovens entre os 15 e os 17 anos que, do ponto de vista genético, é um pouco diferente da psoríase vulgar que aparece aos 50 anos. Esta última tem um curso mais indolente, com menos lesões cutâneas e de mais fácil controlo".

"Uma das formas graves desta doença é a artrite psoriática, pois implica envolvimento articular e assemelha-se à artrite reumatóide, embora a gravidade da

psoríase não seja paralela com a da artrite", explica o dermatologista. Isto quer dizer que pode haver um doente com duas ou três lesões de psoríase e ter uma artrite grave e haver casos em que as duas situações estão muito graves. (psoriasis connections, 2006)

A psoríase deve ser encarada na mesma perspectiva que outra doença crónica, como a diabetes ou hipertensão, atingindo cerca de 1 a 2 por cento da população portuguesa, cerca de 250 mil pessoas. "Destas, entre 75 a 80 por cento estão perfeitamente controlados com terapêuticas locais e não necessitam de cuidados especiais", explica Jorge Cardoso.

Quanto ao impacto que a doença tem na qualidade de vidas dos doentes, "há estudos em Portugal que revelam uma elevada morbilidade pelo facto de a doença não ter cura e de ter um longo período de existência, com interferência laboral e escolar", finaliza (Doença de jovens que os jovens desconhecem, 2005).

Portanto, a Psoríase é uma das doenças que mais afectam o bem-estar psicológico do doente. Causa um impacto maior do que algumas doenças crónicas como por exemplo a diabetes, mesmo nas pessoas que tem de tomar insulina diariamente.

Muitas vezes, os doentes que tem psoríase têm a sensação de que provocam repulsa nos outros, que um contacto mais íntimo se torna desagradável por ter que tocar em placas que são escamosas, rugosas e ásperas. Se tem lesões no couro cabeludo que invadem a região frontal ou nas unhas, torna-se ainda pior.

O funcionamento mental do indivíduo com Psoríase tem sido associado a correlatos psíquicos, tais como o impacto emocional da doença; a associação do

aumento de preocupações e ansiedades ao agravamento da lesão; a presença de distúrbios no meio familiar; a presença de indicadores de instabilidade emocional, insegurança, alto grau de neuroticidade, carácter esquizóide e de inibição da agressividade, resultando em depressão (Rubino, I.A.; Sonnino, A.; Pezzarossa, N.C. & Bassi, R., 1995). Em trabalhos com pacientes com Psoríase, detectou-se alto nível de depressão associada à alta percentagem de disseminação das lesões, além de vivências constantes de ansiedade (Scharloo, M., et al., 2000). Tais indicadores são sugestivos das dificuldades emocionais e de possível precariedade quanto ao funcionamento adaptativo.

Como é uma doença que afecta a pele, órgão externo e visível, esta doença tem efeitos psicológicos não negligenciáveis. Com efeito, e como cada vez mais a forma como cada indivíduo se vê a si mesmo está relacionada com a valorização pessoal numa sociedade que é, muitas vezes, mais sensível à aparência exterior que a outras características da personalidade, o psoriático isola-se entrando em depressão e por vezes terminando em suicídio (Psoríase, 2005).

Apesar do elevado impacto psicossocial, decorrente do desenvolvimento da doença, a intensidade do prejuízo adaptativo pode variar de acordo com a percepção do indivíduo (Root, S.; Kent, G. & Al'Abadie M. S. K., 1994). Portanto, as condições psíquicas do indivíduo com Psoríase podem desempenhar um papel importante na autopercepção quanto à condição física e na mediação da intensidade do impacto da doença no seu dia-a-dia.

INVESTIGAÇÃO EM PSORÍASE

Apesar da pouca investigação a nível mundial, acerca da problemática psicológica associada à Psoríase, tem vindo a aumentar o interesse tanto nos média como no campo científico, uma vez que o impacto social da doença tem sido vinculado a correlatos psíquicos relativos ao funcionamento mental do paciente com Psoríase, associado ao aumento de preocupações e ansiedades quanto ao agravar da(s) lesão(ões); a presença de distúrbios no ambiente familiar; a presença de indicadores de instabilidade emocional, insegurança, alto grau de neuroticidade, carácter esquizóide e de inibição da agressividade, resultando em depressão (Rubino et al., 1995).

Em investigações realizadas com indivíduos com Psoríase, foi possível denotar alto nível de depressão relacionada à alta percentagem de disseminação das lesões, além de vivências constantes de ansiedade. Tais indicadores são sugestivos das dificuldades emocionais e de possível precariedade quanto ao funcionamento adaptativo (Scharloo et al., 2000).

Num outro estudo clínico, com o objectivo de avaliar as dimensões de experiências estigmatizadoras do indivíduo com Psoríase, foram identificados problemas relativos à auto-estima, isolamento social, rejeição e diferenças quanto à idade, tempo de doença e género. Observou-se que indivíduos mais velhos, indivíduos do sexo feminino e indivíduos com longa história de doença referiram menos sentimentos de estigmatização (Schmid-Ot et al., 1996). Quanto à diferença encontrada entre género, foi relatada a presença de maior sentimento de culpa entre as mulheres com Psoríase do que entre os homens e maior susceptibilidade às vivências de

estigmatização entre as pessoas que desenvolveram a doença quando muito jovens (Perrot, S.B., 2000). Decorrente do desenvolvimento da doença e apesar do alto impacto psicossocial, a intensidade do prejuízo adaptativo pode variar de acordo com a percepção do paciente (Root, S., 1994).

Neste sentido, as condições psicológicas do indivíduo com Psoríase podem desempenhar um papel importante na autopercepção quanto à condição física e na mediação da intensidade do impacto da doença no cotidiano.

BEM-ESTAR PSICOLÓGICO

Torna-se, em primeiro lugar, necessário fazer a distinção entre os termos Bem-Estar Subjectivo e Bem-Estar Psicológico, que muitas das vezes são usados como sinónimos.

Bem-Estar Subjectivo está relacionado com uma avaliação que o indivíduo realiza acerca da sua própria vida, tendo em conta critérios globais e específicos. Essa avaliação é influenciada por valores pessoais, por padrões sociais e por aspectos históricos, possuindo componentes cognitivas e afectivas, nomeadamente, a avaliação da satisfação da vida (a saúde, as relações sociais) e a avaliação de estados emocionais (afectos positivos e afectos negativos) (Diener & Suh, 1998).

A designação de Bem-Estar Psicológico, advém do construto proposto por Carol Ryff (1985, 1989 a, b, c) a partir de duas assunções prévias. A primeira, baseada no modelo de *Subjective Well-Being* (SWB), refere que o bem-estar está relacionado à existência de recursos psicológicos efectivos e que o conhecimento adquirido pelo estudo da saúde mental não permite evidenciar um bom funcionamento psicológico positivo. A segunda, tem a ver com a inexistência de outras dimensões psicológicas importantes para além da Felicidade, isto é, para além de emoções positivas e satisfação, na concepção de bem-estar.

Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., Ryff, C. D. (2002) realizaram um estudo sobre os construtos de bem-estar subjectivo e bem-estar psicológico. Referiram que os construtos

estão conceitualmente relacionados, mas empiricamente separados e que diferem de aspectos sociodemográficos e de personalidade. Concluíram que as variáveis idade e nível de escolaridade exercem influência nas combinações de bem-estar.

Ou seja, Ryff replica uma ideia fundamental na filosofia aristotélica que relaciona ajustamento pessoal com felicidade, ao qual Aristóteles designou por Eudaimonia como busca de prazer ou de satisfação das necessidades pessoais.

O modelo SWB, não integra dimensões de funcionamento psicológico importantes, capazes de alcançar medidas para além da felicidade e satisfação, tendo em conta que tanto a felicidade e a satisfação constituem o maior bem que os seres humanos possuem.

Assim, a partir destes pressupostos, Ryff apresentou um novo modelo que designou por Bem-Estar Psicológico, baseado em três premissas fundamentais:

- Incluir as características mais comuns e relevantes aos modelos teóricos da psicologia clínica e da psicologia do desenvolvimento;
- Abranger dimensões caracterizadoras das diferenças interindividuais face aos valores, crenças e ideais a que se aplicam;
- Relacionar o bem-estar ao nível tanto da saúde mental como da saúde em geral.

Este modelo apresentado por Ryff, é suportado em fundamentos teóricos e empíricos, procurando definir o bem-estar psicológico a partir de diferentes perspectivas do desenvolvimento do *self*, da personalidade e da saúde mental (Novo, R., 2003).

O construto de Bem-Estar Psicológico tem sido utilizado para compreender o funcionamento psicológico positivo e o ajustamento psicológico (Ryff, 1989b).

Várias tem sido as concepções teóricas para operacionalizar o conceito de Bem-Estar Psicológico na idade adulta, nomeadamente, Erikson através da teoria dos estádios de desenvolvimento psicossocial; Neugarten sobre a personalidade e as mudanças na vida adulta; Maslow e Buhler sobre as tendências básicas para a realização.

As qualidades e as capacidades humanas no seu dia-a-dia desenvolvem-se quando são investidas por valores humanos universais de justiça, de igualdade, de fraternidade, de responsabilidade, de competência e de solidariedade ou de amor (Novo, R., 2003).

“Relativamente à vida individual, só artificialmente nos podemos abstrair da nossa condição existencial para nos olharmos de fora, ignorando os processos mentais que possibilitam uma compreensão de nós próprios, do passado e do futuro.” (Novo, R., 2003, pg 585).

Alguns autores destacam a saúde mental como contributo muito significativo para a identificação dos critérios específicos de bem-estar, apesar de predominantemente ser guiada por definições de ausência de doença, nomeadamente, Jung (1930/1991) através da sua teoria relativa ao desenvolvimento da personalidade adulta e da individuação; Maslow (1968/1972) sobre a Realização de Si; Allport (1961/1966) sobre a maturidade e Rogers (1961/1980) sobre o funcionamento psicológico integral e a realização pessoal, constituíram contributos importantes na definição dos critérios empregues no novo modelo de Bem-estar Psicológico de Ryff.

Ryff identificou as características comuns destas concepções e integrou-as empiricamente no novo modelo por esta investigadora definido. O Bem-Estar Psicológico é definido, assim, como um construto multidimensional que contempla um conjunto de dimensões do funcionamento psicológico positivo na idade adulta, dimensões avaliadas a partir de seis escalas, nomeadamente: Aceitação de Si, Relações Positivas com os Outros, Domínio do Meio, Crescimento Pessoal, Objectivos na Vida e Autonomia.

A concepção de bem-estar deste novo modelo não exclui as medidas de felicidade e satisfação de bem-estar do modelo SWB, podendo ser considerada como uma alternativa integradora da definição e avaliação de Bem-Estar Psicológico. Portanto, esta nova concepção de bem-estar permite descrever a relação da pessoa consigo mesma e com a sua vida no passado e no presente, a capacidade de definir objectivos próprios e orientar a sua vida nesse sentido através de relações qualitativas com o meio intersubjectivo e social. Tudo isto entenda-se como sendo componentes intrínsecos ao bem-estar.

OBJECTIVOS

Este estudo foca um campo inexplorado em Portugal e pouco testado na literatura internacional: estudar de que forma o construto Bem-estar Psicológico se manifesta em indivíduos com diagnóstico de Psoríase. Temos como segundo objectivo analisar as diferenças associadas ao género ou à idade em psoriáticos

Acreditamos que este estudo poderá agregar conhecimentos à promoção e desenvolvimento de políticas e de metodologias direccionadas à melhoria de vida destes indivíduos.

As questões orientadoras foram as seguintes:

- a) Será que existem diferenças entre a população normativa e os indivíduos com Psoríase relativamente ao Bem-Estar Psicológico?
- b) Será que existem diferenças associadas ao género ou à idade em relação ao Bem-Estar Psicológico em indivíduos com Psoríase?

Decorrente dessas questões, foram estabelecidos os seguintes objectivos:

- 1) Identificar e descrever as relações do construto Bem-Estar Psicológico em indivíduos com Psoríase.
- 2) Verificar as semelhanças e as diferenças entre os grupos etários e género quanto ao Bem-Estar Psicológico em indivíduos com Psoríase.

CAPÍTULO II

METODOLOGIA

Sujeitos

A pesquisa foi realizada com uma amostra composta por 181 sujeitos residentes no território português continental. Metade dos sujeitos eram homens e a outra metade eram mulheres.

Foram constituídos dois Grupos para a realização deste estudo. O Grupo Experimental, constituído por sujeitos com Psoríase indicados pela PSOPortugal (Associação Portuguesa de Psoríase); e o Grupo de Controlo constituído por uma amostra normativa, recolhida no CRVCC (Centro de Reconhecimento, Validação e

Certificação de Competências) de Mafra. A idade da amostra varia entre os 18 e os 65 anos, com a média de idade de 36 anos para o Grupo Experimental e 31 anos para o Grupo de Controlo.

Foram informados sobre a confidencialidade dos dados individuais e assinaram um termo de consentimento informado.

Devido à natureza dos instrumentos, os participantes da amostra deverão ter, no mínimo, quatro anos de escolaridade, por forma a permitir uma boa compreensão de texto e capacidade de resposta escrita.

Instrumentos

1. Ficha Sócio-Demográfica.

A Ficha Sócio-Demográfica teve o objectivo de recolher os dados pessoais, tais como: género, idade, estado civil, escolaridade, profissão e ocupação, que eram considerados como variáveis antecedentes em relação aos resultados das escalas.

2. Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP)

Esta amostra é avaliada quanto ao nível de Bem-Estar Psicológico através das escalas de C. Ryff (Ryff, 1989; Ryff & Essex, 1992) adaptadas à população portuguesa

pela Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP) (Novo, Duarte-Silva & Peralta, 1997; Novo, 2003).

Ryff ao propor o modelo teórico de Bem-Estar Psicológico apresentou-o com um conjunto de escalas que o operacionalizam, com um duplo objectivo. O primeiro objectivo, tem em vista perspectivar o funcionamento mental normal, baseado no reconhecimento da existência de recursos psicológicos efectivos; o segundo, procura abarcar amplas dimensões do funcionamento que tornem possível, para além da identificação da satisfação e da felicidade, comumente designadas por Bem-Estar Subjectivo, a identificação do construto bem-estar (Novo, R., 2003).

Assim, Ryff propôs um modelo que engloba um conjunto diverso de características, de natureza cognitiva e afectiva, como por exemplo, a avaliação positiva que cada pessoa faz de si mesma e da sua vida; o sentimento de contínuo desenvolvimento como pessoa; a crença de que a vida é importante, significativa e de que os objectivos e metas pessoais têm propósitos globais e unificadores do sentido de vida; o envolvimento em relações interpessoais positivas; a capacidade para gerir satisfatoriamente a vida própria, para enfrentar e responder eficazmente às exigências externas; o sentido de autodeterminação e de independência face às pressões exteriores. Ryff englobou estas características em seis dimensões distintas, que as designou por (Novo, R., 2003):

1. *Aceitação de Si*, esta dimensão permite identificar, especificamente, a atitude de aceitação dos múltiplos aspectos do *self*, da vida passada, das qualidades pessoais, negativas ou positivas.

2. *Crescimento Pessoal*, pretende identificar a percepção pessoal de um contínuo desenvolvimento, a abertura a novas experiências e o interesse pelo aperfeiçoamento e enriquecimento pessoal.
3. *Objectivos na Vida*, pretende identificar em que medida os sujeitos reconhecem objectivos a atingir, aspirações e metas a alcançar, e quão convictamente tais metas direccionam o comportamento e dão um sentido significativo à vida.
4. *Relações Positivas com os Outros*, procura identificar o interesse e a preocupação com a esfera interpessoal, a percepção pessoal de capacidades para estabelecer relações satisfatórias e calorosas com os outros e desenvolver laços interpessoais significativos.
5. *Domínio do Meio*, é uma dimensão que tem como objectivo captar o sentido de domínio e de competência na forma de lidar com o meio, a capacidade para criar contextos adequados aos valores e necessidades pessoais e o uso efectivo dessas capacidades para intervir ou modificar os contextos em que cada um vive.
6. *Autonomia*, procura avaliar a capacidade dos sujeitos para resistir às pressões sociais e a determinação para pensar, agir e avaliar-se, com base em padrões pessoais.

Procedimento

1. Estudo piloto. Foi realizado com o objectivo de avaliar a compreensão dos instrumentos pelos sujeitos. O formulário contendo a Ficha Sócio-Demográfica e a escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP) foi aplicado em 10 indivíduos – cinco homens e cinco mulheres, com idades compreendidas entre os 18 e os 40. Com este estudo foi possível avaliar o tempo médio da aplicação, aperfeiçoar as instruções e adequar a Ficha de dados Sócio-Demográficos.
2. Recolha de dados. Os sujeitos participaram voluntariamente da pesquisa, a partir de convites feitos directamente no CRVCC (para o Grupo de Controlo) e indirectamente, por correio, através da PSOPortugal (para o Grupo Experimental).

No início da sessão de recolha de dados na amostra normativa (Grupo de Controlo), os participantes receberam informações sobre a natureza, o formato e os objectivos da pesquisa. Os sujeitos tiveram garantia de confidencialidade dos dados individuais e possibilidade de abandonar a pesquisa a qualquer momento. Assinaram um termo de consentimento informado. De seguida, os formulários contendo os instrumentos eram distribuídos e passava-se para a fase de instrução para preenchimento, dada uma única vez, e de modo padronizado. Era enfatizada a necessidade de responder a todas as questões, de dirigir perguntas em voz baixa ao pesquisador. Em caso de engano foi recomendado que rasurem por completo a resposta errada e respondessem novamente à mesma pergunta. A recolha de dados foi

efectuada em várias sessões, de acordo com a possibilidade dos sujeitos se deslocarem ao CRVCC.

A amostra do Grupo Experimental, foi efectuada por correio através do envio de um subscrito, enviando cartas contendo os formulários dos instrumentos (Ficha Sócio-Demográfica, EBEP), sendo de igual modo informados por escrito da natureza, dos objectivos da pesquisa e ainda um contacto para, em caso de dúvidas no preenchimento, poderem contactar com o pesquisador.

3. Análise dos Dados. Para a análise dos dados foi utilizado o programa computacional SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 14.0. Para descrever o perfil da amostra segundo as diversas variáveis em estudo, foram realizadas tabelas de frequência das variáveis categóricas (ex.: escolaridade, estado civil).

PROCEDIMENTOS ÉTICOS

É importante, em primeiro lugar, salientar que o consentimento informado, tal como é concebido no Código de Nuremberg, refere-se à investigação e não à intervenção terapêutica.

Uma vez que em Portugal não existem procedimentos éticos claros e universais desenhados especificamente para a investigação em psicologia, os psicólogos portugueses recorrem a dois códigos de ética de duas associações reconhecidamente

bem estruturadas: a Associação Americana de Psicologia (APA) e a Associação Britânica de Psicologia (BPS).

No que se refere à protecção das pessoas em investigação, a Lei de Bases Portuguesa referente à Saúde (Lei nº 48/90 de 24 de Agosto), é omissa. Refere, na base XIV “Estatuto dos Utentes”, no ponto b), ”Decidir receber ou recusar a prestação de cuidados que lhe é proposta, salvo disposição especial da lei”. Portanto, a Lei portuguesa, não contempla o consentimento informado para outro tipo de intervenção que não os ensaios com medicamentos, não fazendo referência específica às áreas da investigação.

A figura do consentimento informado foi pensada para garantir os direitos dos utentes do campo da saúde à autodeterminação, e constitui um marco e um desenvolvimento importantes para o sistema de saúde, embora ainda existam inúmeros problemas e se reconheça a necessidade de aperfeiçoamento continuado. (Ribeiro, J. L., 2002)

Tendo em consideração ao atrás exposto, neste estudo foram resguardadas as questões éticas no que se refere aos dados recolhidos no preenchimento dos questionários e às informações ali contidas, bem como a identidade dos participantes.

Para participação na pesquisa, foram previamente esclarecidos os objectivos do trabalho, os passos a serem seguidos e, estando o participante de acordo, foi assinado o Termo de Consentimento Informado, garantindo o anonimato e o direito do participante a retirar-se da investigação a qualquer momento, caso viesse a ser de sua vontade.

CAPÍTULO III

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Com o intuito de testar as questões orientadoras deste estudo, recorreu-se a testes estatísticos que se inserem na estatística não-paramétrica, utilizando o programa SPSS, versão 14.0 (SPSS, 2005), tanto para a construção da base de dados, como também para a subsequente análise estatística.

Averiguou-se, utilizando o teste de *Kolmogorov-Smirnov*, que nenhuma das variáveis em estudo têm distribuição normal.

Assim, para verificar se existiam diferenças entre a população normativa e os indivíduos com Psoríase relativamente ao Bem-Estar Psicológico, no que concerne à distribuição das seis dimensões estudadas (Aceitação de Si, Crescimento Pessoal, Objectivos na Vida, Relações Positivas com os Outros, Domínio do Meio e Autonomia) recorreu-se à estatística não-paramétrica. Isto porque não se verifica o pressuposto da normalidade em todas as dimensões estudadas. Como tal, recorreu-se a um teste não-paramétrico, nomeadamente, o teste de Wilcoxon-Mann-Whitney¹ (Maroco, 2003).

De seguida, é feita uma breve apresentação das análises realizadas e do objectivo que norteou cada uma delas.

Com o intuito de verificar se existiam diferenças significativas entre população com Psoríase e população sem Psoríase, em relação às dimensões Aceitação de Si, Crescimento Pessoal, Objectivos na Vida, Relações Positivas com os Outros, Domínio do Meio e Autonomia, aplicou-se o teste Wilcoxon-Mann-Whitney (na medida em que se pretendiam comparar as médias de 2 amostras independentes).

¹ O teste de Wilcoxon-Mann-Whitney é a alternativa não-paramétrica ao t_Student de amostras independentes e, como tal, aplica-se quando se pretende comparar as medianas de duas amostras independentes (extraídas da mesma população ou de populações diferentes) (Maroco, 2003)

Dado que o Wilcoxon-Mann-Whitney não dá a indicação de qual é a média que é superior à outra, após cada teste executou-se um *Output* que permitiu verificar a média das ordens de cada uma dessas amostras.

Utilizou-se ainda o Kruskal-Wallis² (Maroco, 2003), para comparar os *scores* das seis dimensões do Bem-Estar Psicológico com a variável Estado Civil e variável Contribuição para o rendimento familiar.

Para estabelecer se existia ou não correlação entre diversas variáveis recorreu-se às seguintes medidas de associação paramétricas, nomeadamente para as escalas de idade, escolaridade, número de filhos, número de vezes que foi ao médico e número de medicamentos que toma por dia. Uma vez que as escalas em questão eram quantitativas, utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson (que é uma medida de associação paramétrica entre duas variáveis quantitativas).

Na aplicação da Ficha Sócio-demográfica foram registados uma amostra total de 181 (N=181) indivíduos, dos quais 86 não apresentam diagnóstico de Psoríase ($n=86$) e 95 indivíduos que estavam diagnosticados com a doença ($n=95$).

O Quadro a seguir apresenta as frequências e as percentagens da amostra com e sem doença.

Quadro 1 – Percentagem e Frequência da Amostra com e sem Psoríase

	Frequência	Percentagem
Sem doença	86	47,5
Psoríase	95	52,5
Total	181	100,0

² O teste de Kruskal-Wallis é a alternativa ao teste paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney e, como tal, aplica-se quando se pretende testar mais de duas amostras independentes (extraídas da mesma população ou de populações diferentes) (Maroco, 2003)

Como se constata no Quadro acima, a percentagem de indivíduos sem Psoríase é de 47,5, enquanto que com Psoríase foi registado uma percentagem de 52,5.

Passemos agora a caracterizar ao pormenor a população com Psoríase quanto:

1. À Idade

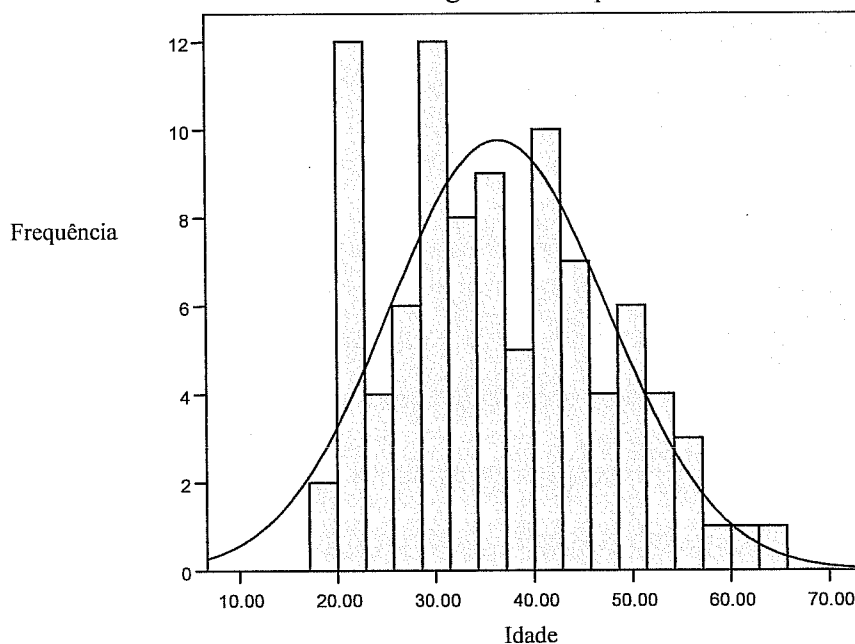
Como esta escala é quantitativa a medida de tendência central mais adequada é a média, e a de dispersão o desvio padrão.

Quadro 2 – Estatística da População com Psoríase quanto à Idade

Amostra	95
Média	36,48
Desvia Padrão	11,10
Mínimo	19,00
Máximo	65,00

Do Quadro acima regista-se uma média de 36,48, um desvio-padrão de 11,10, um valor mínimo de 19,00 e um valor máximo de 65,00, na amostra de indivíduos com Psoríase.

Gráfico nº 1 – Histograma da Frequência das Idades



A amostra da população com Psoríase em termos de frequência varia entre a idade mínima de 19 anos e uma idade máxima de 60 anos. A idade média ronda os 36 anos.

2. Género

No Quadro abaixo verifica-se que existe sensivelmente o mesmo número de indivíduos quanto ao género. Ou seja, verifica-se uma percentagem de 45,3 do sexo feminino e de 54,7 do sexo masculino, na amostra com Psoríase.

Quadro nº 3 – Frequência e Percentagem quanto ao Género na amostra com Psoríase

	Frequência	Percentagem
Feminino	43	45,3
Masculino	52	54,7
Total	95	100,0

3. Estado Civil

Quadro nº 4 – Estado Civil da amostra com Psoríase

	Frequência	Percentagem
Casado	55	57,9
Solteiro	32	33,7
Divorciado	8	8,4
Total	95	100,0

Verifica-se que existe uma maior percentagem de indivíduos casados (57,9). Quanto à população solteira registou-se uma percentagem de 33,7 e de divorciados de 8,4%.

Perante os dados, podemos perceber o número significativo de indivíduos casados em relação aos solteiros e aos divorciados.

4. Escolaridade

A média de escolaridade da amostra com Psoríase é de aproximadamente 11 (Média =10,9), ou seja, a média dos indivíduos com Psoríase, nesta amostra, possuem o 11º ano de escolaridade.

Quadro nº 5 – Estatística quanto à Escolaridade da amostra com Psoríase

Amostra	95
Média	10,90
Desvia Padrão	3,83

5. Rendimento Familiar

Ao nível do Rendimento Familiar verifica-se o seguinte:

Quadro nº 6 - Contribuição para o rendimento familiar na amostra com Psoríase

	Frequência	Porcentagem
O Próprio(a)	27	28,4
Casal	47	49,5
Pais	18	18,9
Marido	3	3,2
Total	95	100,0

Na amostra com Psoríase, 28,4% é o próprio o responsável pelo rendimento familiar. O casal regista uma percentagem de 49,5, enquanto que alguns indivíduos vivem à custa dos pais (18,9%). Uma mínima parte (3,2%) vive à custa do marido.

6. Número de Filhos

Quadro nº 7 - Número de Filhos na amostra com Psoríase

Amostra	95
Média	1,01

Verifica-se no Quadro nº 7 que em média os indivíduos pertencentes à amostra com Psoríase têm apenas um filho.

Vamos ver de seguida no Quadro 8, a nível de frequência e de percentagem relativo ao número de filhos que os indivíduos com Psoríase referiram

Quadro nº 8 – Percentagem e Frequência do número de filhos na população com Psoríase

Filhos	Frequência	Percentagem
0	37	38.9
1	28	29.5
2	23	24.2
3	6	6.3
4	1	1.1
Total	95	100.0

Verifica-se assim que, a nível de percentagem, existem 29.5% de casais apenas com um filho, 24.2% com dois filhos, 6.3% com três filhos e 1.1% com quatro filhos. O gráfico nº 7 mostra claramente que a maioria dos inquiridos com Psoríase não tem filhos.

7. Estado de Saúde

À seguinte questão:

“Quantas vezes foi ao médico nos últimos 6 meses?”

Chegou-se aos seguintes resultados:

Quadro nº 9 – Número de vezes que vai a consulta médica com Psoríase

Amostra	95
Média	1,28

A média dos indivíduos com Psoríase quanto à ida ao médico registada é de uma vez em seis meses.

À questão “Quantos medicamentos toma por dia?”, os resultados foram os apresentados no Quadro 10:

Quadro nº 10 – Número de tomas diárias de medicamentos com Psoríase

Amostra	95
Média	1.38

A média dos indivíduos com Psoríase quanto à toma diária de medicamentos é de um medicamento por dia.

Vamos ver de seguida no Quadro 11, a nível de frequência e de percentagem relativo ao número de medicamentos que os indivíduos com Psoríase tomam por dia.

Quadro nº 11 – Percentagem e Frequência de tomas diárias de medicamentos na amostra com Psoríase

Nº Medicamentos	Frequência	Percentagem
0	32	33.7
1	38	40.0
2	14	14.7
3	3	3.2
4	3	3.2
5	1	1.1
6	2	2.1
7	1	1.1
20	1	1.1
Total	95	100.0

Na amostra com Psoríase, cerca de 35 indivíduos não tomam qualquer medicamento; 40 tomam um medicamento todos os dias; 15 tomam dois medicamentos; 5 tomam 3 e/ou 4 medicamentos diários; a partir de $\frac{3}{4}$ medicamentos diários o número de indivíduos é inferior a 4.

Relativamente à questão colocada na Ficha Sócio-demográfica “Quantas vezes meteu baixa durante o ultimo ano?”, responderam:

Quadro nº 12 – Número de baixas na amostra com Psoríase

Amostra	95
Média	0,45

Relativamente ao número de baixas verificadas na população com Psoríase, não se verificam valores altos; cerca de 18 indivíduos apresentaram uma baixa nos seus locais de trabalho e cerca de 4 apresentaram 2 dias de baixa.

Quanto à questão “Tem alguma doença?” não foi considerada, uma vez que todos os indivíduos responderam que sim, o que nos leva a deduzir que se referiam ao facto de possuírem Psoríase.

Para podermos proceder a uma boa análise descritiva da Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP) precisamos de ter a média como medida de tendência central, o desvio padrão como medida de dispersão e o mínimo e o máximo observado para cada uma das 6 dimensões.

Quadro nº 13 – Estatística relativa aos seis domínios da Escala de Bem-Estar Psicológico em Psoríase

	Autonomia	Domínio do Meio	Crescimento Pessoal	Relações Positivas	Objectivos na Vida	Aceitação de Si
Média	54.3263	56.6632	53.1789	53.9474	50.1158	50.9053
Desvio-padrão	4,09	3,80	4,18	5,00	4,60	4,75
Mínimo	43,00	47,00	43,00	45,00	37,00	41,00
Máximo	64,00	67,00	62,00	65,00	60,00	65,00

Do quadro 13 depreende-se que a média mais elevada corresponde à dimensão Domínio do Meio, enquanto que a média mais baixa diz respeito à dimensão de Objectivos na Vida.

Enquanto que a dimensão Domínio Meio tem resultados mais coesos, isto porque apresenta um Desvio-padrão mais baixo, a dimensão Relações Positivas com os Outros apresenta resultados mais dispersos.

Vamos agora analisar a população sem diagnóstico de Psoríase.

Começamos por verificar a variável:

1. Idade

Como esta escala é quantitativa a medida de tendência central mais adequada é a média e a de dispersão o desvio padrão.

Quadro nº 14 – Estatística quanto à Idade na população sem Psoríase

Amostra	86
Média	31,16
Mediana	28,50
Desvio-padrão	10,60
Mínimo	18,00
Máximo	65,00

Neste caso, a média de idades na amostra sem diagnóstico de Psoríase é de 31 anos. O desvio-padrão registou um valor de 10,60.

O valor mínimo é de 18,00 e o valor máximo para esta amostra é de 65,00.

Ou seja, a idade mínima desta amostra é de 18 anos e a idade máxima é de 65 anos.

2. Género

Quadro nº 15 – Frequência e Percentagem quanto ao Género na população sem Psoríase

	Frequência	Percentagem
Feminino	40	46.5
Masculino	46	53.5
Total	86	100.0

A variável Género na amostra da população sem diagnóstico de Psoríase, a percentagem de homens é de 53.5 e a percentagem de mulheres é de 46.5.

Ou seja, existem nesta amostra 53 homens e 46 mulheres.

3. Estado Civil

Quadro nº 16 - Estado Civil na população sem Psoríase

Estado Civil	Frequência	Percentagem
Casado	39	45.3
Solteiro	41	47.7
Divorciado	6	7.0
Total	86	100.0

Dos resultados espelhados no Quadro 16, verifica-se uma diferença mínima entre os Estado Civil casado (45.3%) e o Estado Civil solteiro (47.7%).

Não se registam dados relativos a viúvos e quanto a divorciados a percentagem é de 7%.

4. Escolaridade

Quadro nº 17 – Escolaridade da População sem Psoríase

Amostra	86
Média	8,95
Mediana	8,00
Desvio-padrão (<i>p</i>)	3,17

A média de escolaridade é de 8,95, ou seja, os indivíduos da amostra sem Psoríase possuem um nível de escolaridade médio de 8 anos.

5. Rendimento Familiar

Quadro 18 - Contribuição para o rendimento familiar na população sem Psoríase

	Frequência	Porcentagem
O Próprio(a)	19	22.1
Casal	30	34.9
Pais	25	29.1
Pai	1	1.2
Mãe	4	4.7
Avós	1	1.2
Marido	5	5.8
Mulher	1	1.2
Total	86	100.0

Na população sem diagnóstico de Psoríase, o Casal é, de um modo acentuado o sustento da família.

Apesar de a média de idades ser de 31 anos, existem 29.1% de indivíduos que vivem às custas dos pais.

Porém, também se registaram 22.1% de indivíduos que são os responsáveis pelo Rendimento Familiar. Isto poderá ter a ver com a percentagem de indivíduos solteiros (47.7%).

6. Número de Filhos

Quadro nº 19 - Número de Filhos na população sem Psoríase

Amostra	86
Media	0,84

Na amostra de indivíduos sem Psoríase não se registaram filhos em termos médios.

Importa, então perceber como se desenvolveu em termos percentuais e de frequência o número de filhos nesta população.

Quadro nº 20 – Frequência e Percentagem de Número de Filhos Na população sem Psoríase

Nº de Filhos	Frequência	Percentagem
0	44	51.2
1	18	20.9
2	18	20.9
3	6	7.0
Total	86	100.0

No Quadro 20 constata-se que a maior percentagem (51.2%) de indivíduos sem diagnóstico de Psoríase não têm filhos. Depois, indivíduos com 1 e 2 filhos são de 20.9%, respectivamente. Com 3 filhos apenas 7.0% de indivíduos responderam ter.

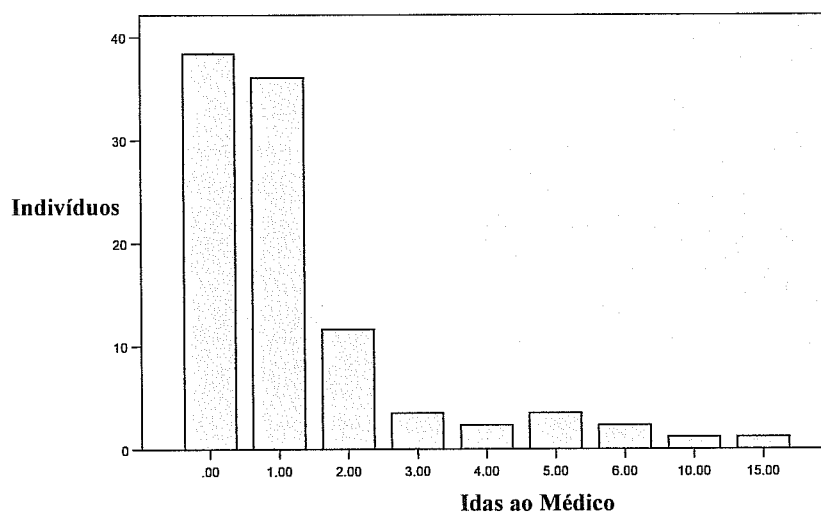
7. Estado de Saúde

À questão colocada à amostra sem Psoríase “Quantas vezes foi ao médico nos últimos 6 meses?”, responderam:

Quadro nº 21 – Número de vezes que vai a consulta médica na amostra sem Psoríase

Amostra	86
Média	1,40

Gráfico nº 2 – Número de vezes que vai a consulta médica na amostra sem Psoríase



Da análise da Quadro nº 21 e do Gráfico nº 2, cerca de 39 indivíduos sem Psoríase vão uma vez ao médico em seis meses; 11 vão duas vezes; os restantes vão mais de duas vezes em seis meses.

Relativamente à questão “Quantos medicamentos toma por dia?”, os sujeitos do Grupo de Controlo deram as seguintes respostas:

Quadro nº 22 – Número de tomas diárias de medicamentos sem Psoríase

Amostra	86
Média	0,85

Em média, os indivíduos sem Psoríase não tomam qualquer medicamento diariamente.

Vamos ver em termos percentuais a quantidade de medicamentos que esta amostra toma diariamente.

Quadro nº 23 – Percentagem e Frequência de tomas diárias de medicamentos na amostra sem Psoríase

Nº Medicamentos	Frequência	Percentagem
0	62	72.1
1	10	11.6
2	7	8.1
3	3	3.5
6	1	1.2
8	1	1.2
13	2	2.3
Total	86	100.0

Verifica-se no Quadro nº 23 que 72.1% dos indivíduos sem Psoríase não tomam qualquer tipo de medicamentos; enquanto que 11,6% tomam 1 medicamento diariamente; 8.1% tomam dois; 3.5% tomam 3 medicamentos; 1.2% tomam 6 e 8 medicamentos e 2.3% tomam 13 medicamentos no dia-a-dia.

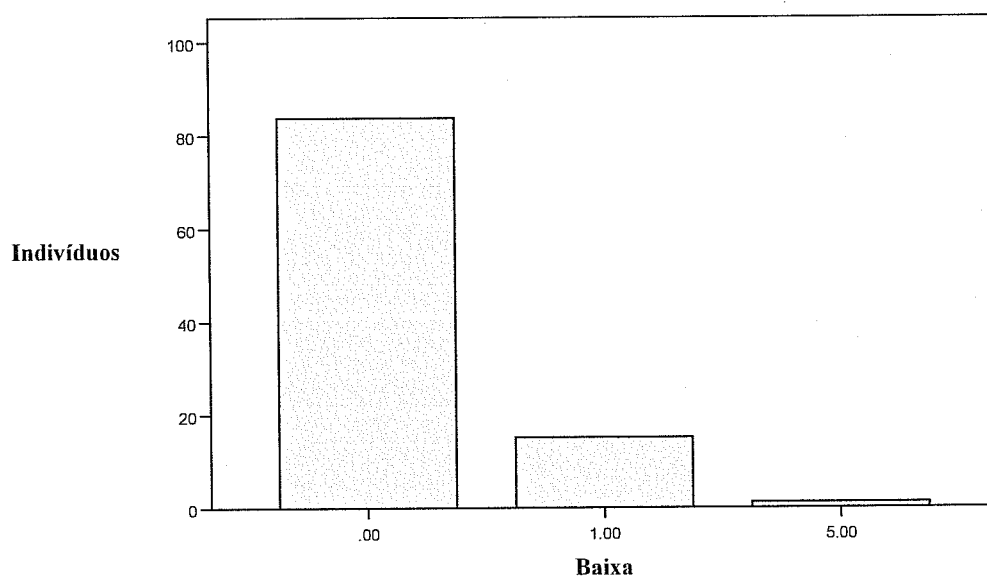
Segue-se a questão: “Quantas vezes meteu baixa durante o ultimo ano?”

Quadro nº 24 – Número de baixas na amostra sem Psoríase

Amostra	86
Média	0,21

A esta questão a grande maioria (superior a 80%) referiram nunca terem registado baixa durante o último ano no emprego. Apenas cerca de 18% referiram terem gozado baixa durante 1 dia. Um número insignificante (cerca de 1%) gozaram 5 dias de baixa.

Gráfico nº 3 – Número de baixas na amostra sem Psoríase



Para podermos proceder a uma boa análise descritiva da Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP) para a amostra sem diagnóstico de Psoríase, precisamos de ter a média como medida de tendência central, o desvio padrão como medida de dispersão e o mínimo e o máximo observado para cada uma das 6 dimensões.

Quadro nº 25 – Estatística relativa aos seis domínios da Escala de Bem-Estar Psicológico sem Psoríase

	Autonomia	Domínio do Meio	Crescimento Pessoal	Relações Positivas	Objectivos na Vida	Aceitação de Si
Média	53.0698	55.8953	56.4767	54.3023	52.3605	53.8488
Desvio-padrão	6,29	5,31	5,17	6,44	5,67	5,47
Mínimo	34,00	43,00	43,00	43,00	40,00	37,00
Máximo	71,00	75,00	70,00	74,00	64,00	63,00

De seguida iremos proceder à análise das variáveis quanto à normalidade para verificar se se pode aplicar os testes paramétricos, uma vez que este tipo de teste são mais potentes e conferem uma maior fidelidade às conclusões do nosso estudo.

Quadro nº 26 - Teste da Normalidade

BEP	Amostra	Kolmogorov-Smirnov(a)		
		Estatística	df	<i>p</i>
Autonomia	Sem doença	0,08	86	0,20
	Psoríase	0,11	95	0,005
Domínio do Meio	Sem doença	0,11	86	0,006
	Psoríase	0,15	95	0,001
Crescimento Pessoal	Sem doença	0,13	86	0,001
	Psoríase	0,10	95	0,01
Relações Positivas	Sem doença	0,11	86	0,006
	Psoríase	0,11	95	0,005
Objectivos na Vida	Sem doença	0,11	86	0,007
	Psoríase	0,09	95	0,04
Aceitação de Si	Sem doença	0,07	86	0,20
	Psoríase	0,08	95	0,06

O Quadro nº 26 diz-nos que não é possível utilizar testes paramétricos para a comparação das médias nas seis variáveis, devido ao facto de existirem valores de significância (*p*) inferiores a 0,05; o que significa que não seguem uma distribuição normal.

Assim todas as comparações que iremos efectuar são não paramétricas.

Comparação entre População com Psoríase e População Sem Psoríase em relação à dimensão Aceitação de Si, Crescimento Pessoal, Objectivos na Vida, Relações Positivas com os Outros, Domínio do Meio e Autonomia

No que concerne ao valor atribuído à Aceitação de Si e com uma probabilidade de erro de 5%, conclui-se que se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos com Psoríase e indivíduos sem Psoríase, no que diz respeito à distribuição desta variável.

Quadro 27 – Distribuição da dimensão Aceitação de Si (Indivíduos com Psoríase e indivíduos sem Psoríase)

	<i>Z</i>	<i>p</i>
Psoríase vs Sem Psoríase	-4,02	0,001

Em relação à dimensão Aceitação de Si, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de indivíduos com Psoríase e o grupo sem Psoríase ($Z=-4,02$; $p=0,001$).

Desta forma, a partir da comparação múltipla de médias, pode verificar-se que, através da diferença de médias, são os indivíduos sem Psoríase que manifestam *scores* mais elevados nesta variável.

Quadro 28 – Comparação múltipla de médias da dimensão Aceitação de Si (Indivíduos com Psoríase e indivíduos sem Psoríase)

Aceitação de Si		N	Comparação entre Médias
	Sem doença	86	107.45
	Psoríase	95	76.11
	Total	181	

Ao proceder à comparação entre indivíduos com Psoríase e indivíduos sem Psoríase, no que diz respeito à dimensão Crescimento Pessoal verifica-se, através da aplicação do teste Wilcoxon-Mann-Whitney, uma distribuição estatisticamente diferente desta dimensão.

Quadro 29 – Distribuição da dimensão Crescimento Pessoal (Indivíduos com Psoríase e indivíduos sem Psoríase)

	<i>Z</i>	<i>p</i>
Psoríase vs Sem Psoríase	-4,27	0,001

Para averiguar entre que grupos (com Psoríase e sem Psoríase) se verificavam as diferenças estatisticamente significativas, procedeu-se à comparação múltipla de médias.

Quadro 30 – Comparação múltipla de médias da dimensão Crescimento Pessoal (Indivíduos com Psoríase e indivíduos sem Psoríase)

Crescimento Pessoal		N	Comparação entre Médias
	Sem doença	86	108.44
	Psoríase	95	75.22
	Total	181	

Conclui-se que são os indivíduos sem Psoríase que apresentam um valor superior relativo à dimensão Crescimento Pessoal. Ou seja, verifica-se que os indivíduos sem Psoríase ($p=0,001$) apresentam níveis de Crescimento Pessoal significativamente mais elevados do que os indivíduos com Psoríase ($p<0,001$), manifestando os primeiros valores estatisticamente mais elevados, tal como se pode observar no Quadro 30.

No que diz respeito à distribuição da dimensão Objectivos na Vida verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos sem Psoríase e os indivíduos com Psoríase ($Z=-2,46$; $p=0,014$).

Quadro 31 – Distribuição da dimensão Objectivos na Vida (Indivíduos com Psoríase e indivíduos sem Psoríase)

	<i>Z</i>	<i>p</i>
Psoríase vs Sem Psoríase	-2,46	0,014

Assim, procedeu-se à comparação múltipla de médias das ordens para esta variável.

Quadro 32 – Comparação múltipla de médias da dimensão Objectivos na Vida (Indivíduos com Psoríase e indivíduos sem Psoríase)

Objectivos na Vida		N	Comparação entre Médias
	Sem doença	86	101.06
	Psoríase	95	81.89
	Total	181	

Relativamente aos Objectivos na Vida pode afirmar-se mais uma vez que são os indivíduos sem Psoríase que apresentam um valor significativamente mais elevado, tal como é evidenciado no Quadro 32.

De seguida, procedeu-se à comparação da dimensão Relações Positivas com os Outros, entre indivíduos com Psoríase e indivíduos sem Psoríase.

Quadro 33 – Distribuição da dimensão Relações Positivas com os Outros (Indivíduos com Psoríase e indivíduos sem Psoríase)

	Z	p
Psoríase vs Sem Psoríase	-0,18	0,857

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas quanto às Relações Positivas com os Outros ($p > 0,005$) entre a amostra com Psoríase e a amostra sem Psoríaseos.

Dado que não foram detectadas diferenças significativas entre as amostras não se procedeu à comparação múltipla de médias das ordens para esta variável.

No que respeita à dimensão Domínio do Meio, não se verificaram, também diferenças significativas entre a amostra com Psoríase e a amostra sem Psoríase ($p > 0,005$), conforme comprova o Quadro 34.

Quadro 34 – Distribuição da dimensão Domínio do Meio (Indivíduos com Psoríase e indivíduos sem Psoríase)

	Z	p
Psoríase vs Sem Psoríase	-1,63	0,101

Dado que não foram detectadas diferenças significativas entre as amostras não se procedeu à comparação múltipla de médias das ordens para esta variável.

Por último, a dimensão Autonomia também não apresenta diferenças significativas entre a amostra com Psoríase e a amostra sem Psoríase ($p>0,005$).

Quadro 35 – Distribuição da dimensão Autonomia (Indivíduos com Psoríase e indivíduos sem Psoríase)

	<i>Z</i>	<i>p</i>
Psoríase vs Sem Psoríase	-1,65	0,098

Dado que não foram detectadas diferenças significativas entre as amostras não se procedeu à comparação múltipla de médias das ordens para esta variável.

Portanto, quanto à nossa questão de investigação:

“Será que existem diferenças entre a população normativa e os indivíduos com Psoríase relativamente ao Bem-Estar Psicológico?”

Podemos afirmar que foram detectadas diferenças significativas nas dimensões Aceitação de Si, Crescimento Pessoal e Objectivos na Vida, tendo a amostra de indivíduos sem Psoríase apresentado um valor superior à amostra de indivíduos com Psoríase; o que segundo Scharloo et al. (2000) afirmam, é possível denotar em indivíduos com Psoríase um alto nível de depressão sugestivo de dificuldades emocionais e de possível precariedade quanto ao funcionamento adaptativo.

Comparação de Médias e Correlações para o Grupo Com Psoríase quanto à Idade e ao Género

Para aferir a existência de correlação entre a Idade e as seis dimensões de Bem-Estar Psicológico na amostra com Psoríase recorreu ao teste de Pearson.

Quadro 36 – Correlação quanto à Idade na amostra de Indivíduos com Psoríase

IDADE		Autonomia	Domínio do Meio	Crescimento Pessoal	Relações Positivas	Objectivos na Vida	Aceitação de Si
	Pearson	0,12	-0,09	0,06	0,19	0,12	0,11
	<i>P</i>	0,22	0,38	0,51	0,05	0,21	0,28

Tal como é mostrado no Quadro 36, todas as correlações são de intensidade fraca (correlações entre 0 e 0,3), o que quer dizer que a idade não influencia significativamente nenhuma das dimensões do Bem-Estar Psicológico.

Vamos agora verificar se existem diferenças significativas quanto ao Género relativamente à amostra com Psoríase.

Quadro 37 – Correlação quanto ao Género na amostra de Indivíduos com Psoríase

GÉNERO		Autonomia	Domínio do Meio	Crescimento Pessoal	Relações Positivas	Objectivos na Vida	Aceitação de Si
	<i>Z</i>	-0,92	-0,54	-1,25	-0,18	-0,93	-1,78
	<i>P</i>	0,35	0,58	0,21	0,85	0,35	0,07

Do Quadro 37 retira-se que a variável Género não influencia significativamente a sua percepção de Bem-Estar Psicológico, em nenhuma das suas 6 dimensões analisadas.

Portanto, face à questão orientadora deste estudo:

“Será que existem diferenças associadas ao Género e à Idade em relação ao Bem-Estar Psicológico em indivíduos com Psoríase?”

Chegou-se à conclusão que tanto a Idade como o Género não têm influência no Bem-Estar Psicológico em indivíduos portadores de Psoríase.

As variáveis estado civil, escolaridade, número de filhos, quantidade de medicamentos que toma diariamente e quantidade de vezes que vai ao médico não foram relevantes sob o ponto de vista estatístico em ambos os grupos.

Por fim, procedeu-se à comparação entre as seis dimensões para verificar se existiam correlações significativas na amostra com Psoríase.

Quadro 38 – Correlação entre as seis dimensões do Bem-Estar Psicológico na amostra de Indivíduos com Psoríase

		Autonomia	Domínio do Meio	Crescimento Pessoal	Relações Positivas com os Outros	Objectivos na Vida	Aceitação de Si
Autonomia	Pearson	1	0,46	0,20	0,46	0,55	0,22
	<i>p</i>		0,001	0,04	0,001	0,001	0,03
	N	95	95	95	95	95	95
Domínio do Meio	Pearson	0,46	1	-0,05	0,15	0,49	0,28
	<i>p</i>	0,001		0,61	0,14	0,001	0,006
	N	95	95	95	95	95	95
Crescimento Pessoal	Pearson	0,20	-0,05	1,0	0,21	-0,10	0,74
	<i>p</i>	0,04	0,61		0,03	0,29	0,09
	N	95	95	95	95	95	95
Relações Positivas com os Outros	Pearson	0,46	0,15	0,21	1,0	0,44	0,11
	<i>P</i>	0,001	0,14	0,03		0,001	0,25
	N	95	95	95	95	95	95
Objectivos na Vida	Pearson	0,55	0,49	-0,10	0,44	1,0	0,18
	<i>P</i>	0,001	0,001	0,29	0,001		0,07
	N	95	95	95	95	95	95
Aceitação de Si	Pearson	0,22	0,28	0,17	0,11	0,18	1,0
	<i>p</i>	0,03	0,006	0,09	0,25	0,07	
	N	95	95	95	95	95	95

Na amostra com Psoríase foram encontradas seis correlações com significado apreciável, nomeadamente:

- Correlação de valor 0,46 e altamente significativa ($p=0,001$) entre a dimensão Autonomia e a dimensão Domínio do Meio. Isto quer dizer que estamos perante uma correlação positiva de intensidade razoável. O que significa que 46,7% da variação da

Autonomia é explicada pelo Domínio do Meio e vice-versa, ou seja, quanto maior o *score* de autonomia maior o *score* de domínio do meio.

- Correlação de valor 0,46 e altamente significativa ($p=0,01$) entre a dimensão de Autonomia e a dimensão Relações Positivas com os Outros. Isto Quer dizer que estamos perante uma correlação positiva de intensidade razoável. O que significa que 46,4% da variação da Autonomia é explicada pelas Relações Positivas com os Outros e vice-versa, ou seja, quanto maior o *score* de autonomia maior o *score* de Relações Positivas com os Outros.

- Correlação de valor 0,55 e altamente significativa ($p=0,01$) entre a dimensão Autonomia e a dimensão Objectivos na Vida. Isto quer dizer que estamos perante uma correlação positiva de intensidade muito razoável quase forte. O que significa que 55,9% da variação da Autonomia é explicada pelos Objectivos na vida e vice-versa, ou seja, quanto maior o *score* de Autonomia maior o *score* de Objectivos na Vida.

- Correlação de valor 0,49 e altamente significativa ($p=0,01$) entre a dimensão de Domínio do Meio e a dimensão de Objectivos na Vida. Isto quer dizer que estamos perante uma correlação positiva de intensidade muito razoável. O que significa que 49,2% da variação do Domínio do Meio é explicada pelo *score* dos Objectivos na Vida e vice-versa, ou seja, quanto maior o *score* de Domínio do Meio maior o *score* de Objectivos na Vida.

- Correlação de valor 0,28 e altamente significativa ($p=0,01$) entre a dimensão de Domínio do Meio e a dimensão de Aceitação de Si. Quer isto dizer que estamos perante

uma correlação positiva de intensidade pouco fraca quase razoável. O que significa que 28,2% da variação do Domínio do Meio é explicada pelo *score* da Aceitação de Si e vice-versa, ou seja, quanto maior o *score* de Domínio do Meio maior o *score* de Aceitação de Si.

- Correlação de valor 0,44 e altamente significativa ($p=0,0$) entre a dimensão de Relações Positivas com os Outros e os Objectivos na Vida. Isto significa que estamos perante uma correlação positiva de intensidade razoável. O que quer dizer que 44,5% da variação da dimensão de Relações Positivas com os Outros é explicada pelo *score* da dimensão de Objectivos na Vida e vice-versa, ou seja, quanto maior o *score* de Relações Positivas com os Outros maior o *score* de Objectivos na Vida.

Assim, constata-se que a dimensão Autonomia é a que parece ser a que mais influencia o Bem-Estar Psicológico, uma vez que apresenta três correlações bastante significativas com as dimensões Domínio do Meio, Relações Positivas com os Outros e Objectivos na Vida.

Na literatura não foi possível encontrar estudos que evidenciem estas correlações, uma vez que não existem tanto a nível nacional como a nível internacional investigações quanto à relação existente entre Bem-Estar Psicológico e Psoríase; contudo, pode-se considerar que a Psoríase pelas características que apresenta é uma doença que já por si só dificulta o contacto, pelo constrangimento que causa ao portador.

Quanto à amostra de indivíduos sem Psoríase, a correlação entre as seis dimensões do Bem-Estar Psicológico encontrada é a que a seguir se descreve:

Quadro 39 – Correlação entre as seis dimensões do Bem-Estar Psicológico na amostra de Indivíduos sem Psoríase

		Autonomia	Domínio do Meio	Crescimento Pessoal	Relações Positivas com os Outros	Objectivos na Vida	Aceitação de Si
Autonomia	Pearson	1,0	0,007	0,10	0,03	0,15	0,41
	<i>p</i>		0,94	0,35	0,74	0,15	0,001
	N	86	86	86	86	86	86
Domínio do Meio	Pearson	0,007	1,0	0,45	0,61	0,16	0,24
	<i>p</i>	0,94		0,001	0,001	0,14	0,02
	N	86	86	86	86	86	86
Crescimento Pessoal	Pearson	0,10	0,45	1,0	0,66	0,25	-0,08
	<i>p</i>	0,35	0,001		0,001	0,01	0,42
	N	86	86	86	86	86	86
Relações Positivas com os Outros	Pearson	0,03	0,61	0,66	1,0	0,30	0,19
	<i>P</i>	0,74	0,001	0,001		0,005	0,06
	N	86	86	86	86	86	86
Objectivos na Vida	Pearson	0,15	0,16	0,25	0,30	1,0	0,21
	<i>P</i>	0,15	0,14	0,01	0,005		0,04
	N	86	86	86	86	86	86
Aceitação de Si	Pearson	0,41	0,24	-0,08	0,19	0,21	1,0
	<i>p</i>	0,001	0,02	0,42	0,06	0,04	
	N	86	86	86	86	86	86

- Correlação de valor 0,41 e altamente significativa ($p=0,01$) entre a dimensão Autonomia e a dimensão Aceitação de si. Isto quer dizer que estamos perante uma correlação positiva de intensidade razoável. O que significa que 41,5% da variação da Autonomia é explicada pela Aceitação de Si e vice-versa, ou seja, quanto maior o *score* de Autonomia maior o *score* de Aceitação de Si.

- Correlação de valor 0,45 e altamente significativa ($p=0,01$) entre a dimensão de Domínio do Meio e a dimensão de Crescimento Pessoal. Isto quer dizer que estamos perante uma correlação positiva de intensidade razoável. O que significa que 45,1% da

variação do Domínio do Meio é explicada pelo *score* de Crescimento Pessoal e vice-versa, ou seja, quanto maior o *score* de Domínio do Meio maior o *score* de Crescimento Pessoal.

- Correlação de valor 0,61 e altamente significativa ($p=0,01$) entre a dimensão Domínio do Meio e a dimensão Relações Positivas com os Outros. Isto quer dizer que estamos perante uma correlação positiva de intensidade forte. O que significa que 61,4% da variação do Domínio do Meio é explicada pelo *score* de Relações Positivas com os Outros e vice-versa, ou seja, quanto maior o *score* de Domínio do Meio maior o *score* de Relações Positivas com os Outros.

- Correlação de valor 0,66 e altamente significativa ($p=0,01$) entre a dimensão Crescimento Pessoal e a dimensão Relações Positivas com os Outros. O que quer dizer que estamos perante uma correlação positiva de intensidade forte. O que significa que 66,2% da variação do Crescimento Pessoal é explicado pelo *score* de Relações Positivas com os Outros e vice-versa, ou seja, quanto maior o *score* de Crescimento Pessoal maior o *score* de Relações Positivas com os Outros.

- Correlação de valor 0,30 e altamente significativa ($p=0,01$) entre a dimensão de Relações Positivas com os Outros e a dimensão de Objectivos na Vida. Significa que estamos perante uma correlação positiva de intensidade razoável. O que quer dizer que 30,2% da variação das Relações Positivas com os Outros é explicada pelo *score* de Objectivos na Vida e vice-versa, ou seja, quanto maior o *score* de Relações Positivas com os Outros maior o *score* de Objectivos na Vida.

Assim, relativamente à amostra da população sem Psoríase, verifica-se que a dimensão Domínio do Meio tem uma forte correlação com as dimensões Crescimento Pessoal e Relações Positivas com os Outros.

Quanto à autonomia nesta população apenas se verifica uma correlação com a dimensão Aceitação de Si.

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente trabalho apresentou os dados obtidos a partir da aplicação da Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP), instrumento específico para o bem-estar psicológico, adaptado e validado para uma amostra portuguesa, pela Professora Doutora Rosa Novo.

Foi no contexto da saúde mental e do funcionamento psicológico positivo que nos propusemos explorar as dimensões do bem-estar psicológico em indivíduos com diagnóstico de Psoríase.

O trabalho realizado procurou explorar a natureza do Bem-Estar Psicológico no contexto das doenças de pele, especificamente em Psoríase. Neste sentido, foram

analisados os aspectos de convergência e divergência das características da doença com o Bem-Estar Psicológico, através da aplicação da EBEP e da Ficha Sócio-Demográfica.

A opção pela faixa etária compreendida entre os 18 e os 65 anos de idade como período específico de estudo deveu-se ao facto de esta ser uma fase de vida suficientemente rica para permitir analisar um funcionamento psicológico consolidado.

Rosa Novo refere que “Os factores psicológicos cruzam-se com os culturais, sociais e biológicos que, interagindo de modo complexo, determinam a forma como cada género vive e se desenvolve ao longa da vida”. (Novo, R., 2003, pág. 577).

Os objectivos propostos neste estudo foram globalmente cumpridos, muito embora se reconheça criticamente que, em alguns aspectos, as respostas obtidas forma insuficientes e que poderiam ter sido tomadas outras opções. Por exemplo, teria sido desejável obter uma amostra mais ampla que permitisse uma maior representatividade de indivíduos com Psoríase. Contudo, isto só foi possível fruto do apoio da PSOPortugal e dos seus associados, pessoas anónimas que se prontificaram voluntariamente em colaborar com a investigação. Talvez, num trabalho futuro com uma divulgação nacional abrangente, se possa realizar um estudo com resultados mais próximos da realidade portuguesa.

Neste estudo não observamos associações específicas entre idade e género através dos valores fornecidos pela Ficha Sócio-demográfica nem a influência que a Psoríase tem no bem-estar psicológico dos indivíduos através dos valores fornecidos pela EBEP,

apenas pudemos apontar em qual das seis categorias há maior ou menor prejuízo no bem-estar psicológico.

As actividades de Autonomia que se encontram relacionadas com um *self* determinado e independente, capaz de realizar auto-avaliações com base em critérios pessoais e capaz de seguir as próprias opiniões, foram indicadas como as mais vulneráveis ao impacto da Psoríase na adaptação psicossocial, nomeadamente em ser capaz de administrar actividades complexas da vida, nos âmbitos profissional, familiar e pessoal; manter relações de satisfação, de confiança e de afectividade com outras pessoas e, por último, ter objectivos na vida, administrando o passado e o presente, criando metas significativas à vida no futuro.

CONCLUSÕES

Em jeito de síntese, gostaríamos de salientar que, de facto, a revisão da literatura demonstra que os problemas relacionados com doenças de pele, onde a Psoríase se enquadra, exercem uma influência significativa no bem-estar geral e no bem-estar psicológico dos indivíduos, podendo-se constituir modeladores das suas emoções e acções.

Acreditamos ter trazido uma contribuição, no sentido de que não há registos na literatura portuguesa de estudos correlacionais de bem-estar psicológico em Psoríase.

Todavia, as doenças de pele (dermatologia) ainda são pouco exploradas no que tange aos aspectos psicológicos, ambientais e sociais. E neste caso a Psoríase, a nível mundial em geral e em Portugal em especial, não existe estudos suficientes que permitam retirar grandes conclusões sobre a importância da doença no dia-a-dia dos indivíduos, nomeadamente a influência no seu bem-estar psicológico.

Cada vez mais temos a certeza de que os indivíduos com problemas de pele não podem ser tratados olhando apenas aos prejuízos físicos causados pela doença. Considerando a natureza biopsicossocial do adoecimento, a dermatologia não é uma área que possa ser excluída dessa natureza, visto que os contactos, principalmente os da pele, colaboram para a formação e estruturação do ego. Sendo assim, o bem-estar psicológico caracteriza-se como uma via de acesso, através da qual podemos antever as questões psicossociais envolvidas no surgimento e desenvolvimento das doenças de pele.

Isto, só por si, distingue a importância do estudo em causa. Entendemos esta investigação como uma contribuição nos estudos dermatológicos em psicologia, especialmente a Psoríase, demonstrando, assim, que os prejuízos dos pacientes situam-se muito para além do aspecto físico.

As investigações sobre o bem-estar psicológico têm revelado que alguns tipos de personalidade podem experimentar, com certa regularidade, tanto emoções positivas como negativas.

Um estudo realizado por Headey e Wearing (1989) demonstra que a dimensão extroversão é um factor preditor de situações positivas, especialmente na esfera das amizades e do contexto do trabalho; o neuroticismo, por sua vez, constitui um factor predisponente de situações negativas, sobretudo nas áreas de trabalho.

Ao procurar informações sobre os portadores de psoríase por uma perspectiva biopsicossocial e apontar para a necessidade de desenvolver conhecimentos interdisciplinares, o presente estudo sugere que a melhor abordagem do paciente com Psoríase é a que envolve uma perspectiva ampla de intervenções em saúde que possa embasar, tanto no contexto individual quanto no coletivo, acções para a promoção da saúde dessa população.

A questão do bem-estar psicológico em Psoríase parece ter demonstrado várias facetas neste estudo, a grande maioria semelhante aos poucos estudos que encontramos nos resultados obtidos em outros países. Sendo assim, poderíamos reflectir sobre a importância de replicar este estudo em Portugal numa escala mais abrangente a nível populacional, dadas suas características de validade, simplicidade e facilidade de aplicação.

Com o presente estudo, podemos concluir e concordar com a literatura revisada, relacionando o facto de que as doenças de pele são causadoras dos mais diversos tipos de prejuízos e impedimentos, em vários âmbitos da vida dos indivíduos.

Uma observação plausível é a de que a Psoríase apresentada neste estudo está intimamente relacionada com o aspecto psicológico.

Através deste estudo não podemos citar causas, mas sim, que prejuízos, em âmbito psicológico e de relações interpessoais, fazem parte das consequências do aparecimento da Psoríase.

Se a causa poderá também estar relacionada mais directamente a factores psicológicos, um estudo futuro poderá responder a essa e outras questões que tenham ficado sem conclusão.

Este estudo traz implicações teóricas no exacto sentido de que amplia a discussão sobre as relações entre bem-estar psicológico e Psoríase (e se quisermos alargar o âmbito, a dermatologia), bem-estar psicológico e psicologia, e Psoríase e psicologia.

Bem-estar psicológico e psicologia, cada vez mais são aspectos indissociáveis, e torna-se necessário clarificar a importância dos psicólogos na preocupação com o bem-estar psicológico dos sujeitos, principalmente para fins de prevenção de problemas futuros, especialmente quanto a manifestações de afecções físicas, nomeadamente, a Psoríase.

Como refere Rosa Novo (2003, pág. 575) “O Bem-Estar Psicológico não pretende ser um domínio de estudo de elites com vidas privilegiadas, mas sim uma área que agregue o conhecimento relativo à dinâmica psicológica que subjaz à satisfação e ao desenvolvimento pessoal e social, conhecimento que poderá potenciar o desenvolvimento psicológico de todos.”

Certamente a contribuição maior seja no que tange à Psoríase e psicologia, promovendo o estreitamento das relações, construindo ideias que, mais tarde, possam ser foco de outros estudos, principalmente aqueles que priorizem a investigação da gênese não apenas biológica do adoecimento.

Este foi um estudo preliminar, a despeito da relativa complexidade dos seus objectivos e de suas análises. Novos estudos deverão suprir as lacunas aqui encontradas, por exemplo, realizando pesquisas comparativas com amostras maiores, envolvendo várias faixas de idade e estilos de vida. Também será interessante realizar estudos longitudinais, que permitam controlar efeitos de variáveis educacionais e medicamentosa.

Notar os limites deste trabalho demonstra preocupação com a parcimónia, que deve nortear todo o trabalho científico. Publicitá-lo permite a crítica pelos iguais e a realização de novas investigações que irão refiná-lo ou contestá-lo.

REFERÊNCIAS

- Allport, G. W. (1961/1966). *Personalidade: Padrões e desenvolvimento*. S. Paulo: Helder.
- Anzieu, D. (1989). *O Eu-pele*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Azambuja, R. D. (2000). Dermatologia Integrativa: a pele em novo contexto. *Anais brasileiro de Dermatologia*, 75(4), 393-420.
- Diener, E. & Suh, E. M. (1998). Subjective well-being and age: An international analysis. In K. W. Schaie & M. P. Lawton (Eds.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*. New York: Springer. Vol 17,(304-324).
- Esteves, J. (1992). *Dermatologia*. Fundação Calouste Gulbenkian; 2ª ed.
- Fitzpatrick, T., Johnson, R., Woff, K., Polano, M., Suurmond, D. (1997). *Dermatology*. New York: Mc Graw-Hill.
- Fortune, D., Richards, H., Kirby, B., Mcelhone, K., Markham, T., Rogers, S. (2003). Psychological diestresse impairs clearance of psoriasis in patients treated with photochemotherapy. *Archives of Dermatology*, 139, 752-756.
- Ginsburg, I. H., Link, B. H. (1993). Psychosocial consequences of rejection and stigma feelings in psoriasis patients. *International Journal of Dermatology*, 32, 587-91
- Jung, C. G. (1930/1991). As etapas da vida humana. In *Obras Completas de C. G. Jung: A dinâmica do inconsciente*. Petrópolis: Vozes. VIII, 405-421.
- Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., Ryff, C. D. (2002). Optimizing Well-beig: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007-1022.
- Maroco, J. (2003). *Análise Estatística com utilização do SPSS (2ª Edição)*. Lisboa : Edições Sílabo.
- Maslow, A. H. (1968/1972). *Vers une psychologie de l'être*. Paris: Arthème Fayard.
- Mingnorange, R., Loureiro, S., Okino L. (2002). Pacientes com psoríase: qualidade de vida e adaptação psicossocial. *Anuário Brasileiro de Dermatologia*, 77, 147-59.
- Montagu, A. (1988). *Tocar o significado humano da pele*. São Paulo: Summus.

- Novo, R. F. (2003). *Para além da eudaimonia: O Bem-Estar Psicológico em Mulheres na Idade Adulta Avançada*. Lisboa: FCG/FCT.
- Novo, R. F., Duarte-Silva, M. E. & Peralta, E. (1997). O bem-estar psicológico em adultos: estudo das características psicométricas da versão portuguesa das escalas de C. Ryff. In M. Gonçalves, I. Ribeiro, S. Araújo, C. Machado, L. Almeida, M. Simões (Orgs.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses. V, 313-324.
- Ribeiro, J. L. P. (2002). O Consentimento Informado na Investigação em Psicologia da Saúde é necessário? *Psicologia, Saúde & Doenças*, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto. 3 (1), 11-22.
- Rogers, C. R. (1961/1980). *Tornar-se Pessoa*. Lisboa: Moraes Editores.
- Root, S., Kent, G. & Al'Abadie, M. S. K. (1994). The relationship between disease severity, disability and psychological distress in patients undergoing PUVA treatment for psoriasis. *Dermatology*, 189, 234-237.
- Rubino, I. A., Sonnino, A., Pezzarossa, N. C. & Bassi, R. (1995). Personality disorders and psychiatric symptoms in psoriasis. *Psychological Reports*, 77, 547-553.
- Ryff, C. D. (1985). Adult personality development and the motivation for personal growth. In D. Kleiber & M. Maehr (Eds.), *Advances in Motivation and Achievement: Motivation and Adulthood*. Greenwich, CT: JAI Press. 4, 55-92.
- Ryff, C. D. (1989a). Beyond Ponce de Leon and Life Satisfaction: New Directions in Quest of Successful Aging. *International Journal of Behavioral Development*, 12, 35-55.
- Ryff, C. D. (1989b). Happiness is Everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C. D. (1989c). In the eye of the beholder: Views of psychological well-being among middle-aged and older adults. *Psychology and Aging*, 4, 195-210.
- Ryff, C. D. & Essex, M. J. (1992). The interpretation of life experience and well-being: The sample case of relocation. *Psychology and Aging*, 7, 507-517.
- Scharloo, M., Kaptein, A. A., Weinman, J., Bergman, W., Vermeer, B. J. & Rooijmans, H. G. M. (2000). Patients' illness perceptions and coping as predictors of functional status in psoriasis: a 1-year follow-up. *British Journal of Dermatology*, 142, 899-907.
- Schmid-Ot, A., Jaeger, B., Kuensebeck, H. W., Ott, R. & Lamprecht, F. (1996). Dimensions of stigmatization in patients with psoriasis in a "Questionnaire on Experience with Skin Complaints". *Dermatology*, 193, 304-310.

Taylor & Francis. (2005). Psychometric Properties of the Dermatology Life Quality Index (DLQI) in 900 Italian Patients with Psoriasis. *Acta Dermatovenereologica Publisher* 85(5), 420-423.

Winnicott, D. (1983). O ambiente e os processos de maturação. Porto Alegre: Artes Médicas

REFERÊNCIAS WEBGRÁFICAS:

- http://www.psoriasisconnect.com/living/relating_someone_psoriasis.jsp. (2006). Relating to Someone With Psoriasis, retirado em 29.09.2006.
- <http://saude.sapo.pt/gkBZ0/233611.html>. (2005). Descoberta nova causa para a psoríase, retirado em 28.10.2005.
- http://urbi.ubi.pt/040302/edicao/213ubi_doutoramento.htm. (2005). Facilitar o trabalho dos médicos, retirado em 28.10.2005.
- <http://www.pcd.pt/noticias/ver.php?id=3759>. (2005). Psoríase, Doença de jovens que os jovens desconhecem, retirado em 27.10.2005.
- <http://pt.wikipedia.org/wiki/Psor%C3%ADase>. (2005). Psoríase, retirado em 28Out05.

ANEXOS

ANEXO A - CONSENTIMENTO INFORMADO

Se concordar em participar neste estudo cujo Objectivo é analisar a relação existente entre Bem-Estar Psicológico e Psoríase, entre homens e mulheres na faixa etária entre os 18 e os 65 anos, por favor, assine no espaço abaixo e obrigado por aceitar dar a sua importante contribuição para este estudo.

Eu,....., tomei conhecimento do objectivo do estudo e do que tenho de fazer para participar no estudo. Fui esclarecido sobre todos os aspectos que considero importantes e as perguntas que coloquei foram respondidas. Fui informado que tenho direito a recusar participar e que a minha recusa em fazê-lo não terá consequências para mim. Assim, declaro que aceito participar na investigação.

Assinatura:..... Data:/...../.....

ANEXO B - Ficha Sócio-demográfica

Este instrumento de pesquisa contém 12 itens. Pedimos que leia e responda um de cada vez, sem deixar nenhuma questão por responder.

Obrigado!

1. Data de Nascimento: ____ (DD) / ____ (MM) / _____ (AAAA)

2. Sexo: () Masculino () Feminino

3. Onde nasceu?

Local: _____ Distrito: _____ País:

4. Estado Civil:

() casado(a) / união de facto

() viúvo(a)

() separado(a)

() solteiro(a)

() divorciado(a)

5. Frequentou a escola?

() Sim, por _____ ano(s) () Não

6. Profissão: _____ (favor
completar)

7. Trabalha?

() Sim. Em que?

() Não. Especifique

8. Quais são os elementos do seu agregado familiar que contribuem para o rendimento familiar?

9. Tem filhos?

Sim. Quantos? _____ (favor completar)

Não

10. Com quem mora?

sozinho(a)

com o cônjuge

com o cônjuge e filhos

pais

filhos

outro(s): _____ (favor completar)

11. Em relação ao seu estado de saúde:

Quantas vezes foi ao médico nos últimos 6 meses? _____

Quantos medicamentos toma por dia? _____

Quantas vezes meteu baixa durante o último ano? _____

Tem alguma doença:

Sim. Qual? _____ (favor completar)

Não

Muito obrigado pelo preenchimento!

ANEXO C - Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP)*

As afirmações deste caderno pretendem ajudá-lo(a) a descrever o modo como avalia o seu bem-estar e a satisfação consigo próprio(a).

Leia cuidadosamente cada uma das afirmações e, em seguida, escolha uma das seis respostas possíveis; escolha a que melhor se aplica a si próprio(a).

Respostas:

1	2	3	4	5	6
Discordo completamente	Discordo em grande parte	Discordo Parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo em grande parte	Concordo completamente

Para dar a sua resposta deve fazer uma cruz no número que melhor corresponde à descrição de si próprio(a) em cada uma das afirmações.

Se quiser alterar uma resposta já anotada, risque-a e faça de novo uma cruz no número que lhe parecer mais adequado.

Não tem limite de tempo mas tente responder o mais espontaneamente que lhe for possível.

Responda com sinceridade; não há respostas boas ou más desde que elas exprimam o que pensa, sente ou faz em cada caso.

Por favor responda a todas as afirmações.

* Versão das Scales of Psychological Well-Being de C. Ryff (1989), adaptadas para a população portuguesa por M^a Eugénia Duarte Silva (FPCE-UL), Rosa Novo (FPCE-UL) e Elizabeth Peralta.

NOME: Idade:

DATA DE NASCIMENTO:...../...../..... Data-Aplicação:...../...../.....

HABILITAÇÕES ACADÉMICAS:.....

PROFISSÃO (Se é reformado(a) indique a profissão anterior e há quanto tempo passou à reforma):

ESTADO CIVIL:

AGREGADO FAMILIAR (actual): Nº Pessoas: Partentesco:

Área de RESIDÊNCIA:

Tipo de Residência (indique se vive na própria residência, em casa de familiar, lar ou outro):

		Discordo Completamente	Discordo em Grande Parte	Discordo Parcialmente	Concordo Parcialmente	Concordo em Grande Parte	Concordo Completamente
1.	Às vezes modifico a minha forma de agir ou de pensar de modo a ficar mais parecido(a) com aqueles que me rodeiam.	1	2	3	4	5	6
2.	Em geral, sinto que sou responsável pela situação em que me encontro.	1	2	3	4	5	6
3.	Não estou interessado(a) em actividades que alarguem os meus horizontes.	1	2	3	4	5	6
4.	Muitas pessoas vêem-me como uma pessoa querida e afectuosa.	1	2	3	4	5	6
5.	Sinto-me bem quando penso no que fiz no passado e espero vir a fazer no futuro.	1	2	3	4	5	6
6.	Quando revejo a minha vida, fico contente com a forma como as coisas correram.	1	2	3	4	5	6
7.	Não tenho medo de exprimir as minhas opiniões mesmo quando elas são contrárias às opiniões da maioria das pessoas.	1	2	3	4	5	6
8.	Muitas vezes as exigências do dia-a-dia deitam-me abaixo.	1	2	3	4	5	6

		Discordo Completamente	Discordo em Grande Parte	Discordo Parcialmente	Concordo Parcialmente	Concordo em Grande Parte	Concordo Completamente
9.	Em geral, sinto que continuo a aprender mais acerca de mim próprio(a) à medida que o tempo passa.	1	2	3	4	5	6
10.	Manter relações estreitas com os outros tem-me sido difícil e frustrante.	1	2	3	4	5	6
11.	Vivo a vida um dia de cada vez e na realidade não penso no futuro.	1	2	3	4	5	6
12.	De um modo geral sinto-me confiante e bem comigo próprio(a).	1	2	3	4	5	6
13.	Habitualmente as minhas decisões não são influenciadas pelo que os outros fazem.	1	2	3	4	5	6
14.	Não me adapto muito bem às pessoas e à sociedade à minha volta.	1	2	3	4	5	6
15.	Sou o tipo de pessoa que gosta de experimentar coisas novas.	1	2	3	4	5	6
16.	Sinto-me frequentemente sozinho(a) porque tenho poucos amigos íntimos com quem possa partilhar as minhas preocupações.	1	2	3	4	5	6
17.	Tenho tendência a centrar-me no presente, porque o futuro quase sempre me traz problemas.	1	2	3	4	5	6
18.	Sinto que muitas das pessoas que conheço conseguiram tirar mais partido da vida do que eu.	1	2	3	4	5	6
19.	Tenho tendência para me preocupar com o que as outras pessoas pensam de mim.	1	2	3	4	5	6
20.	Sou bastante competente a gerir as diversas responsabilidades da minha vida quotidiana.	1	2	3	4	5	6
21.	Não quero tentar novas formas de fazer as coisas; a minha vida está bem tal como está.	1	2	3	4	5	6
22.	Gosto de ter conversas pessoais com os membros da minha família ou amigos.	1	2	3	4	5	6
23.	Tenho uma ideia definida dos objectivos e do rumo que quero dar à vida.	1	2	3	4	5	6
24.	Se tivesse oportunidade havia muitas coisas em mim que mudaria.	1	2	3	4	5	6
25.	Para mim, é mais importante estar contente comigo próprio(a) do que ter a aprovação dos outros.	1	2	3	4	5	6

		Discordo Completamente	Discordo em Grande Parte	Discordo Parcialmente	Concordo Parcialmente	Concordo em Grande Parte	Concordo Completamente
26.	Sinto-me, frequentemente, “esmagado(a)” pelo peso das responsabilidades.	1	2	3	4	5	6
27.	Penso que é importante ter novas experiências que ponham em causa a forma como pensamos acerca de nós próprios e do mundo.	1	2	3	4	5	6
28.	É importante para mim ser um bom ouvinte quando os meus amigos mais chegados me vêm falar sobre os seus problemas.	1	2	3	4	5	6
29.	As minhas actividades diárias parecem-me frequentemente triviais e pouco importantes.	1	2	3	4	5	6
30.	Gosto da maior parte dos aspectos da minha personalidade.	1	2	3	4	5	6
31.	Tenho tendência a ser influenciado(a) por pessoas com opiniões firmes.	1	2	3	4	5	6
32.	Se estivesse descontente com o meu modo de vida, tomaria medidas para o modificar.	1	2	3	4	5	6
33.	Quando penso em mim, vejo que realmente não tenho melhorado muito como pessoa ao longo dos anos.	1	2	3	4	5	6
34.	Quando preciso de falar não tenho muitas pessoas que estejam dispostas a ouvir-me.	1	2	3	4	5	6
35.	Não tenho bem a noção do que estou a tentar alcançar na vida.	1	2	3	4	5	6
36.	Cometi alguns erros no passado mas sinto que, de um modo geral, as coisas correram pelo melhor.	1	2	3	4	5	6
37.	Raramente as pessoas me levam a fazer coisas que não quero fazer.	1	2	3	4	5	6
38.	De um modo geral, tomo bem conta das minhas finanças e assuntos pessoais.	1	2	3	4	5	6
39.	Na minha opinião, as pessoas são capazes de continuar a evoluir e a desenvolver-se em qualquer idade.	1	2	3	4	5	6
40.	Sinto que tiro imenso partido das minhas amizades.	1	2	3	4	5	6
41.	Costumava definir objectivos para mim próprio(a), mas isso agora parece-me uma perda de tempo.	1	2	3	4	5	6

		Discordo Completamente	Discordo em Grande Parte	Discordo Parcialmente	Concordo Parcialmente	Concordo em Grande Parte	Concordo Completamente
42.	Às vezes modifico a minha forma de agir ou de pensar de modo a ficar mais parecido(a) com aqueles que me rodeiam.	1	2	3	4	5	6
43.	Para mim é mais importante fazer parte de um grupo do que ficar de fora apegado(a) aos meus princípios.	1	2	3	4	5	6
44.	Acho que é desgastante não conseguir fazer tudo o que tenho para fazer em cada dia.	1	2	3	4	5	6
45.	Com o passar do tempo, ganhei um maior entendimento sobre a vida, tornando-me mais forte e capaz como pessoa.	1	2	3	4	5	6
46.	Parece-me que a maioria das pessoas tem mais amigos do que eu.	1	2	3	4	5	6
47.	Tenho prazer em fazer planos para o futuro e trabalhar para os tornar realidade.	1	2	3	4	5	6
48.	Na maior parte dos casos tenho orgulho no que sou e na vida que levo.	1	2	3	4	5	6
49.	Tenho confiança nas minhas opiniões mesmo quando são contrárias ao consenso geral.	1	2	3	4	5	6
50.	Sou capaz de utilizar bem o meu tempo de forma a conseguir fazer tudo o que é preciso fazer.	1	2	3	4	5	6
51.	Sinto que, ao longo do tempo, me tenho desenvolvido bastante como pessoa.	1	2	3	4	5	6
52.	As pessoas poderiam descrever-me como uma pessoa generosa e sempre pronta a partilhar o meu tempo com os outros.	1	2	3	4	5	6
53.	Sou uma pessoa activa quando se trata de pôr em prática os planos que tracei para mim própria.	1	2	3	4	5	6
54.	Invejo muitas pessoas pela vida que levam.	1	2	3	4	5	6
55.	É-me difícil exprimir as minhas opiniões em assuntos controversos.	1	2	3	4	5	6
56.	O meu dia-a-dia é ocupado, mas sinto-me satisfeito por dar conta do recado.	1	2	3	4	5	6
57.	Não gosto de estar em situações novas que exijam que mude o meu modo habitual de fazer as coisas.	1	2	3	4	5	6
58.	Não tive a experiência de ter muitas relações calorosas e baseadas na confiança.	1	2	3	4	5	6

		Discordo Completamente	Discordo em Grande Parte	Discordo Parcialmente	Concordo Parcialmente	Concordo em Grande Parte	Concordo Completamente
59.	Algumas pessoas andam pela vida sem rumo, mas eu não sou assim.	1	2	3	4	5	6
60.	Provavelmente não tenho uma atitude para comigo próprio(a) tão positiva como a maioria das pessoas tem em relação a si própria.	1	2	3	4	5	6
61.	Altero com frequência as minhas decisões, se os meus amigos ou familiares não estão de acordo comigo.	1	2	3	4	5	6
62.	Fico frustrado(a) quando tento planear as minhas actividades diárias, porque nunca consigo fazer as coisas que me proponho fazer.	1	2	3	4	5	6
63.	Para mim, a vida tem sido um processo contínuo de aprendizagem, mudança e crescimento.	1	2	3	4	5	6
64.	No que diz respeito às amizades, sinto-me frequentemente como se fosse um(a) estranha(a).	1	2	3	4	5	6
65.	Às vezes sinto-me como se já tivesse feito tudo o que há para fazer na vida.	1	2	3	4	5	6
66.	Muitas vezes, quando acordo pela manhã, sinto-me desanimado(a) com a forma como tenho vivido a minha vida.	1	2	3	4	5	6
67.	Não sou o tipo de pessoa que cede a pressões sociais para pensar ou agir de determinada forma.	1	2	3	4	5	6
68.	Os meus esforços para encontrar o tipo de actividades e de relações pessoais de que necessito foram muito bem sucedidos.	1	2	3	4	5	6
69.	Reconheço com agrado que as minhas opiniões têm mudado e amadurecido ao longo dos anos.	1	2	3	4	5	6
70.	Sei que posso confiar nos meus amigos e eles sabem que podem confiar em mim.	1	2	3	4	5	6
71.	Os meus objectivos na vida têm sido mais uma fonte de satisfação, do que uma fonte de frustração.	1	2	3	4	5	6
72.	O meu passado teve altos e baixos mas, de um modo geral, não gostaria de o mudar.	1	2	3	4	5	6
73.	Preocupa-me a forma como as outras pessoas avaliam as escolhas que tenho feito na minha vida.	1	2	3	4	5	6
74.	Tenho dificuldade em organizar a minha vida de forma a que me satisfaça.	1	2	3	4	5	6

		Discordo Completamente	Discordo em Grande Parte	Discordo Parcialmente	Concordo Parcialmente	Concordo em Grande Parte	Concordo Completamente
75.	Há muito tempo que desisti de fazer grandes alterações ou melhoramentos na minha vida.	1	2	3	4	5	6
76.	Tenho dificuldade em abrir-me quando falo com os outros.	1	2	3	4	5	6
77.	Sinto-me satisfeito(a) quando penso em tudo o que consegui na vida.	1	2	3	4	5	6
78.	Quando me comparo com amigos e conhecidos, sinto-me bem em ser quem sou.	1	2	3	4	5	6
79.	Avalio-me pelo que penso que é importante e não pelos valores que os outros pensam ser importantes.	1	2	3	4	5	6
80.	Consegui construir um lar e um estilo de vida que é muito do meu agrado.	1	2	3	4	5	6
81.	É bem verdade o ditado popular que diz “burro velho não aprende línguas”.	1	2	3	4	5	6
82.	Tanto eu como os meus amigos sabemos ter compreensão pelos problemas uns dos outros.	1	2	3	4	5	6
83.	Em última análise, olhando para trás, não tenho bem a certeza de que a minha vida tenha valido muito.	1	2	3	4	5	6
84.	Toda a gente tem as suas fraquezas mas parece-me que eu tenho mais que a minha conta.	1	2	3	4	5	6

Obrigado pela sua colaboração!

ANEXO D – Site Publicitário da PSOPortugal

Tese Mestrado Psoríase



PSOPortugal, apoia o psicólogo Dr. Paulo Flambó, na elaboração da sua tese de mestrado sobre psoríase.

Na sequência da estreita colaboração da PSOPortugal com alguns profissionais de saúde, a nossa associação decidiu apoiar do Dr. Paulo Flambó na elaboração da sua tese mestrado sobre a psoríase. O Dr. Paulo Flambó, é um psicólogo pertencente à direcção da Associação Olhar e que nos abordou no sentido de o apoiar-mos neste trabalho. Para nós, psoriáticos, este tipo de trabalho têm todo o interesse, uma vez que aprofundam o conhecimento sobre o impacto psicológico da doença.

O nosso apoio passa apenas pelo preenchimento de um inquérito, anónimo e em que as despesas de envio serão custeadas pelo próprio Dr. Paulo Flambó. Neste momento os inquéritos que foram preenchidos e enviados, são muito poucos e não servem de amostra para este trabalho. Neste sentido peço a compreensão de todos e que gastem 10 minutos do vosso tempo com esta ajuda que é fundamental.

Quem estiver disposto a colaborar, deve enviar um e-mail para info@psoportugal.com a solicitar o envio do inquérito por correio. Nessa carta seguirá também um envelope e selo de forma a que possam devolver a resposta. No e-mail que enviarem é imperativo que indiquem a morada onde querem receber o inquérito.

Vamos ajudar a conhecer um pouco mais da nossa doença!

Todos Juntos por um Futuro Melhor!!!

http://www.psoportugal.com/index.php?option=com_content&task=view&id=63&Itemid=90