

## **A vivência da Acne e as suas consequências psicológicas**

### **The Acne experience and its psychological consequences**

DOI:10.34119/bjhrv4n1-111

Recebimento dos originais: 14/12/2020

Aceitação para publicação: 14/01/2021

#### **Catarina Rebelo Neves**

Doutoramento em Ciências da Vida, Especialidade de Saúde Pública - "Acne e Saúde Pública: Um contributo." Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. Portugal. Aprovada por Unanimidade com Louvor e Distinção.

Instituição de atuação atual: Psicoterapeuta e Psicanalista da SPP-IPA na PsicoRoma Avenida de Roma número 86 Res-do-chão Esquerdo 1700-350 Lisboa

Endereço: Rua Luís Augusto Palmeirim nº 19 1º A 1700-273 Lisboa

E-mail: crebeloneves@gmail.com

#### **Carlos Augusto Amaral Dias (Em memória)**

Professor Catedrático jubilado Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Portugal

Instituição de atuação atual: ISMT

Endereço: Largo da Cruz de Celas nº 1, 3000-132 Coimbra

E-mail: psicad@sapo.pt

#### **Jorge Torgal Garcia**

Professor Catedrático jubilado em 2018 da Nova Medical School / Faculdade de Ciências Médicas (NMS/FCM) da Universidade Nova de Lisboa (UNL). Portugal Nova Medical School / Faculdade de Ciências Médicas (NMS/FCM) da Universidade Nova de Lisboa (UNL)

Endereço: Campo dos Mártires da Pátria 130, 1169-056 Lisboa

E-mail: jorge.torgal@nms.unl.pt

#### **Sara Alexandra da Fonseca Marques Simões Dias**

Doutoramento em Estatística e Gestão de Informação em 2012/06/26 pelo(a) Universidade Nova de Lisboa Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação. Portugal

Instituição: Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde de Leiria.

Endereço: Campus 2 - Morro do Lena, Alto do Vieiro, Apt 4163, Edifício D, 2411-901 Leiria

E-mail: Sara.Dias@ipleiria.pt

#### **RESUMO**

Além da componente física, a Acne possui consequências psicológicas que podem afetar a qualidade de vida do paciente, a sua autoimagem e a sua autoestima.

O presente estudo procurou identificar as características e o impacto psicológico associado à vivência subjetiva de ter Acne por parte de uma amostra composta por 1.666 sujeitos de nacionalidade portuguesa, com idade compreendida entre os 17 e os 49 anos, tendo-se dividido a amostra em três grupos: sujeitos sem Acne, sujeitos que tiveram Acne,

e sujeitos com Acne. Aplicou-se um protocolo constituído por instrumentos para medir a qualidade de vida, a ansiedade, depressão e o stresse, as estratégias de *coping*, a alexitimia, e as crenças e comportamentos à volta da Acne.

Com base nos resultados deste estudo, poder-se-á deduzir que a qualidade de vida parece não sofrer qualquer impacto com a Acne ligeira. Sofre apenas um pequeno impacto com a Acne quando esta é percebida como moderada ou grave. As crenças sobre a Acne são genericamente coincidentes com as crenças veiculadas pelos dermatologistas, o que indicia que os sujeitos da amostra estão bem esclarecidos sobre a Acne. A maioria dos sujeitos é não alexitimico, ou seja, não revela qualquer problema relacionado com a identificação, descrição e expressão dos sentimentos, emoções e sensações corporais. Apesar de não haver relação estatisticamente significativa entre indicadores de depressão e a ansiedade e a Acne, essa relação existe com o stresse, sendo a resposta ao mesmo através de estratégias de *coping* predominantemente adaptativas.

**Palavras-chave:** Acne, Impacto psicológico, Qualidade de vida, *Coping*, Crenças.

## ABSTRACT

Besides the physical component, Acne has psychological consequences that can affect the patient's quality of life, self-image and self-esteem.

This study sought to identify the characteristics and psychological impact associated with the subjective experience of having Acne by a sample composed of 1,666 subjects of Portuguese nationality, aged between 17 and 49 years, having divided the sample into three groups: subjects without Acne, subjects who had Acne, and subjects with Acne. A protocol consisting of instruments to measure quality of life, anxiety, depression and stress, coping strategies, alexitimy, and beliefs and behaviors around Acne was applied. Based on the results of this study, it can be deduced that the quality of life does not seem to suffer any impact with mild Acne. It only has a small impact with Acne when it is perceived as moderate or severe. The beliefs about Acne are generally coincident with the beliefs conveyed by dermatologists, which indicates that the subjects in the sample are well informed about Acne. The majority of the subjects are non-alexitimic, that is, they do not reveal any problem related to the identification, description and expression of feelings, emotions and body sensations. Although there is no statistically significant relationship between indicators of depression and anxiety and Acne, this relationship exists with stress, and the response to it through dominantly adaptive coping strategies.

**Keywords:** Acne, Psychological impact, Quality of life, Coping, Beliefs.

## 1 A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA ACNE

Não existe uma definição comumente aceite de representação social (Liu, 2004). A teoria das representações sociais surge a partir das representações coletivas (Calado & Lavado *in* Santos & Cruz, 2013), e estuda a forma como os indivíduos criam uma realidade a partir da diversidade de ideias existentes (Moscovici *in* Santos & Cruz, 2013). E, atendendo à sua distribuição e grau de consenso que geram, poderá haver três formas de partilha social de uma representação social (Moscovici *in* Liu, 2004; Marková, 2008):

- Hegemónicas: partilhadas por todos e tidas como inquestionáveis e inegociáveis.

- Emancipadas: com alguma autonomia na interação de alguns segmentos da sociedade;
- Polêmicas: defendidas por apenas alguns grupos da sociedade, com oposição de outros.

Cada indivíduo possui múltiplas representações do mesmo objeto social e as representações sociais permitem que se possa dar sentido a fenômenos socialmente significantes (Howarth, 2006). Serão as majorias com poder que tentam impor a sua interpretação de uma representação social, cabendo às minorias o papel de contestar, tentando impor ideias diferentes (Staerklé, Clémence & Spini, 2011). A teoria da representação social encerra uma consensualização assente na homogeneidade (Batel & Castro, 2009). E a progressiva implementação de uma nova ideia assente na ciência, para substituir o mito e a tradição, pode indicar uma pluralização do senso comum (Bauer & Gaskell, 2008). Esta nova noção de senso comum que se vai formando na sociedade, assente na ciência, vai substituir os mitos e a tradição (Bauer & Gaskell, 2008).

No que diz respeito à representação social ligada à aparência de um indivíduo, note-se que os estereótipos têm um papel fundamental na decodificação da influência facial (Hugenberg & Bodenhausen *in* Arendt, Steindl & Vitouch, 2014). A aparência da pele afeta a imagem global corporal (Ali, Mehtab, Sheikh, Ali, Kader, Mansoor, et al, 2010), tendo a pele um papel importante no processo de socialização (Basavaraj, Navya & Rashmi, 2010).

A Acne, apesar da sua alta prevalência, encerra um conjunto grande crenças errôneas, fruto do grande déficit de conhecimento sobre a doença (Uslu et al, 2007), e a educação e informação serão o caminho para potencializar o sucesso do seu tratamento (Uslu et al, 2007; Poli et al, 2011) e para minimizar as consequências sociais e psicológicas (Pearl, Arroll, Lello, & Birchall, 1998). Os pacientes precisam de saber que a Acne pode ser tratada (Pawin, Chivot, Beylot, Faure, Poli, Revuz et al, 2007). De entre os mitos que contribuem para uma representação social da Acne não sustentada pela ciência, estão aqueles que são apontadas como fatores influenciadores: a dieta (Pearl et al., 1998; Magin, Pond, Smith & Watson, 2006; Uslu et al., 2007; Rigopoulos, Gregoriou, Ifandi, Efstathiou, Georgala, Chalkias et al, 2007; Yahya, 2009; Davidovici & Wolf, 2010; Green & Sinclair, 2011; Tahir & Ansari, 2012; Tatasiewicz, Otdakowska & Szczerkowska-Dobosz, 2012), o stresse, o tabaco e a higiene facial (Hedden, Davidson & Smith, 2008; Yahya, 2009; Green & Sinclair, 2011), as hormonas (Brajac, Bilic-Zulle, Tjalctic, Loncarek & Gruber, 2004; Rigopoulos, Gregoriou, Ifandi, Efstathiou, Georgala, Chalkias

et al, 2007), as infecções (Ali, Mehtab, Sheikh, Ali, Kader, Mansoor et al, 2010), a vida sexual (Goodman, 2006; Tatasiewicz, Otdakowska & Szczerkowska-Dobosz, 2012), a luz solar (Magin, Pond, Smith & Watson, 2006; Hedden, Davidson & Smith, 2008), a maquiagem, a poluição, e a menstruação (Poli et al., 2011), o calor e a humidade (Tan, Vasey & Fung, 2001), ou ainda as bactérias (Machat, Shariff & Zimmo, 2013).

### 1.1 A INFLUÊNCIA DA ACNE NA VIDA QUOTIDIANA

A Acne, tal como outras doenças de pele, influencia o dia a dia dos pacientes e daqueles que com eles privam (Green, 2010; Banders & Heijmans *in* Safizadeh, Nakhaee, Shamsi-meymandi, Pourdamghan & Basra, 2014) - o vestuário, férias, encontros, festas, fotografias, relacionamentos, vida sexual, vida social, desporto, escola, trabalho (Green, 2010) - podendo originar estigma, distresse social e psicológico, depressão, absentismo no trabalho e menor produtividade (Hong, Koo & Koo, 2008), através de funcionamento físico deficiente, disfunção do papel físico, perceção geral de saúde, e disfunção emocional (Bez, Yesilova, Ari, Kaya, Alpak & Bulut, 2013), afetando o funcionamento social do indivíduo - a extensão negativa das autoperceções e limitações na apresentação (Anderson & Rajagopalan, 1998), e a ansiedade, depressão, autoconsciência, embaraço, baixa autoestima e alheamento social (Rubinow et al., Grupta et al. *in* Fehnel et al., 2002).

Uma forma de medir o quanto a Acne poderá influenciar a qualidade de vida de um paciente com Acne, poderá passar pela perceção dos seus efeitos nas rotinas diárias e no impacto psicológico (Van Beek, Beach, Braslow, Braslow & Chen, 2007), pela comparação entre as expectativas do paciente e a realidade no que concerne ao seu dia a dia (Calm *in* Green, 2010), ou ainda pela possibilidade do paciente poder desempenhar as suas atividades diárias (Shaukat, Aman, Hussain & Kasmi, 2013). A possibilidade de medir a qualidade de vida dos pacientes com Acne pode levar à escolha da melhor terapia (Nast, Dréno, Bettoli, Degitz, Erdman, Finlay, et al, 2011). Para melhor medir a qualidade de vida dos pacientes com Acne, e a dos seus familiares e amigos, existem escalas que abordam várias perspetivas (Dréno, 2006): o impacto na qualidade de vida da Acne na face (Fehnel et al, 2002); O impacto social da Acne (Gupta, Johnson & Gupta, 1998); A autoperceção do paciente com Acne (Anderson & Rajagopalan, 1998); o impacto na vida dos familiares dos pacientes com Acne (Baanders & Heijmans *in* Safizadeh et al., 2014); O impacto da Acne em crianças com menos de 3 anos (Basra, Gada, Ungaro, Finlay & Salek, 2013); O impacto em pacientes entre os 4 e os 16 anos (Salek et al., 2013). É através dos resultados das escalas de qualidade de vida que os dermatologistas podem

analisar o impacto da Acne no dia a dia do paciente, e aconselhar o adequado acompanhamento psicológico.

## 1.2 O *COPING* FACE À ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESSE

Os pacientes com Acne têm, em regra, níveis mais elevados de ansiedade, depressão, evitamento de danos, preocupação, pessimismo, dependência e consciência integrada, do que outro grupo (Ozturk et al., 2013). De facto, a ansiedade originada pela Acne poderá ser, inclusive, superior à registada pelos pacientes com cancro de pele (Kurtalic et al., 2010). Esta situação pode ser explicada pela importância que a imagem tem – principalmente para os adolescentes - e pelo impacto da pele na qualidade de vida dos jovens e nos problemas ocorridos relacionados com a pele, que podem levar à baixa estima, revolta, ansiedade e depressão (Kurtalic et al., 2010; Ozturk et al., 2013; Yang et al., 2014). E é este grupo de adolescentes, juntamente com o de jovens adultos, os que têm maior dificuldade em ajustar-se ao fator de imagem causado pela doença da pele (Gupta & Gupta, 1998; Uhlenhake et al, 2010). Uhlenhake et al (2010) e Bashir, Dar e Rao (2010) sublinham a maior incidência da depressão em pacientes com Acne, nomeadamente por parte de pacientes mais velhos. Gupta e Gupta (1998) e Yang et al. (2014) salientam mesmo o risco da ideação de suicídio – principalmente entre as mulheres (Picardi, Mazzotti & Pasquini, 2006; Yang et al., 2014). Por seu turno, a Acne pode ser uma fonte de stresse e, ao mesmo tempo, ser agravada pelo stresse (Tasoula et al., 2012; Ozturk et al., 2013).

Face à presença de ansiedade, depressão ou stresse, é importante analisar a forma como os pacientes com Acne lidam com estes elementos - as estratégias de *coping* que usam.

O *coping* compreende um conjunto de estratégias utilizadas pelas pessoas para se adaptarem a circunstâncias adversas (Antoniazzi et al., 1998), e envolve três categorias fundamentais: o *coping* com foco no problema, o *coping* com foco na emoção (Folkman & Lazarus in Antoniazzi et al., 1998; Weiten & Lloyd, 2008), e o *coping* nas relações interpessoais (Coyne & DeLongis in Antoniazzi et al, 1998), sublinhando-se o carácter voluntário e intencional das estratégias de *coping* (Antoniazzi et al., 1998). As estratégias focadas na emoção - esforço para regular o estado emocional associado ao stresse - e no problema - esforço para agir na situação que originou o stresse – estão interligadas (Coyne & DeLongis in Antoniazzi et al, 1998).

Um estilo de *coping* é feito pelo uso regular de determinadas estratégias de *coping* (Ribeiro & Rodrigues, 2004). Neste sentido, os estilos de *coping* podem ser classificados como:

- Controlador – postura mais vigilante e atenta para controle da situação - e desatento - postura de evitamento (Miller *in* Antoniazzi et al, 1998).
- Primário – lida com situações mais objetivas - e secundário – compreende a capacidade de adaptação do indivíduo às condições do stresse (Band & Weisz *in* Antoniazzi et al, 1998).
- Ativo – aproximação ao foco de stresse - e passivo – evitamento ao foco de stresse (Billings & Moss; Holahan & Moss; *in* Antoniazzi et al, 1998).

Verifica-se que, geralmente, os pacientes com maior grau de instrução estão melhor informados e lidam melhor com a Acne (Niemeir, Kupfer, Demmelbauer-Ebner, Effendy & Gieler, 1998), e são os mais velhos que procuram a ajuda médica (Rigopoulos, Gregoriou, Ifandi, Efstahiou, Georgala, Chalkias, et al., 2007). Os adultos com maior extroversão tendem a usar uma abordagem mais madura de *coping*, alicerçada no pensamento positivo e numa ação mais racional, enquanto que os adultos com maior neuroticismo tendem a mostrar uma atitude de maior evitamento, materializado por reações hostis e passividade (Costa & McCrae *in* Ebata & Moss, 1994).

Pode-se afirmar que os adolescentes e adultos usam mais abordagens de foco no problema em situações que eles consideram como desafiadoras e controláveis, enquanto que o foco na emoção será mais usado em situações que julgam mais incontroláveis ou ameaçadoras (Carver et al; Compas et al; Folkman, Lazarus et al; Forsythe & Compas; Irion & Blanchard-Fields; McCrae; Moss et al; *in* Ebata & Moss, 1994). Os efeitos acumulados dos eventos negativos também influenciam o *coping* (Ebata & Moss, 1994). O *coping* de evitamento é mais comum quando existe uma combinação de grande nível de stresse, baixa coesão familiar, em adolescentes mais velhos (Hanson et al *in* Ebata & Moss, 1994). E enquanto que o otimismo estará mais relacionado com comportamento mais ativo e persistente, o pessimismo estará mais ligado a distresse emocional e *coping* negativo (Harju & Bolen, 1998). Isto é, os indivíduos mais otimistas, quanto expostos a situações de stresse, agem de forma a reformular a percepção da situação, do que os pessimistas, usando estilos de *coping* mais adaptativos. Os mesmos autores salientam que, no uso de estilos positivos de *coping*, as mulheres privilegiarão estratégias de *coping* como a religião e medidas com foco na emoção. Já os homens, terão maior tendência para

usar os recursos ligados à qualidade de vida, e tenderão a recorrer mais à aceitação e ao humor. Porém, não haverá diferenças significativas no gênero quanto ao uso de estilos negativos de *coping*. Para medir o *coping*, pode ser usado um protocolo simples: o inventário *Brief COPE* (Carver, 1997), que foi validado para a realidade portuguesa por Ribeiro e Rodrigues (2004).

A Acne atua, portanto, como uma situação stressora para o paciente, não propriamente pela doença em si, mas sobretudo pela afetação da sua imagem perante terceiros, com interferência significativa nas relações interpessoais. As estratégias de *coping* podem variar, mas segundo os investigadores, centrar-se-ão fundamentalmente em dois polos: uma atitude mais proativa e racional, ou uma atitude de maior evitamento e negatividade. A primeira atitude será mais comum em pacientes mais otimistas, extrovertidos e com um grau de instrução mais elevado, melhor informados. E a segunda atitude será mais frequente em pacientes com maior neuroticismo, pessimismo e com menor grau de instrução. Dentro da primeira atitude, haverá uma distinção por gênero: as mulheres tenderão a focar-se na emoção e os homens nos recursos mais ligados à qualidade de vida. Na segunda atitude, não se verificarão diferenças significativas por gênero.

### 1.3 ALEXITIMIA

Os indivíduos alexitímicos têm dificuldades em regular e controlar as emoções, devido a um deficiente processamento cognitivo, não conseguindo localizar a origem de significado dos sentimentos próprios, e falhando na comunicação consigo próprio e com os outros (Veríssimo, 2003). Estas limitações constituem as complicações principais em pacientes psicossomáticos (Ruesch & Bruch in Veríssimo, 2003), levando a que a alexitimia possa ser considerada como um fator de risco para um conjunto amplo de perturbações médicas e psiquiátricas, podendo aumentar a suscetibilidade ao desenvolvimento de um conjunto de doenças como fator adicional à predisposição genética e emocional (Willemsen, Roseeuw & Vanderlinden, 2007).

A alexitimia é um relacionado com as operações defensivas (Helmes et al., 2008). Fukunishi, Numata, & Hattori in Helmes et al. (2008), associaram a alexitimia aos mecanismos de defesa de negação, repressão e formação reativa, e Wise et al. in Helmes et al. (2008) ligaram a alexitimia às defesas imaturas da inibição, *acting-out*, retirada, regressão, passividade, agressividade passiva e comportamento de consumação. A alexitimia poderá ser vista como um estado que varia na própria personalidade e entre

personalidades, podendo, por isso, dizer-se que sujeitos com níveis elevados de alexitimia poderão ser propensos à somatização (Taylor & Bagby, 2013).

Apesar de haver várias perturbações que indiciam a alexitimia - perturbações alimentares, abuso de dependências e substâncias, perturbações de ansiedade e depressão, perturbação de stresse pós-traumático e perturbações psicossomáticas - não é claro se a alexitimia é condição para o desenvolvimento da perturbação (como causa) ou se se desenvolve como consequência da perturbação (Silva & Vasco, 2010).

Continua sem se conseguir estabelecer evidências epidemiológicas que apontem no sentido da alexitimia funcionar como um fator com valor prognóstico de risco para problemas de saúde, mas sabe-se que a alexitimia dificulta o controlo da doença e a promoção da saúde em termos gerais (Kojima, 2012). Os sujeitos alexitimicos têm uma capacidade reduzida para lidar com situações de stresse e para construir e manter relações próximas com os outros, não utilizando adequadamente o suporte social para se protegerem de influências patogénicas e de acontecimentos stressantes. É esta falta de suporte social que poderá estar relacionada com a Acne (Kojima, 2012).

## 2 MÉTODO

Para se poder analisar consequências psicológicas derivadas da vivência da Acne, aplicou-se um protocolo de aplicação dos questionários de autopreenchimento que permitisse a recolha de informação pertinente para os objetivos desta investigação. Os questionários, disponibilizados, numa plataforma *web*, foram acedidos por 2.491 indivíduos, dos quais 1.666 responderam á sua totalidade, sendo esta a dimensão da amostra, que está caracterizada na tabela 1. A maior parte da amostra – 80% - é composta por sujeitos do sexo feminino. A amostra é composta por sujeitos com habilitações de nível superior.

Tabela 1: Caracterização da amostra

		<b>Total</b>	
Sujeitos que nunca tiveram Acne		664 39,9%	
Sujeitos que tiveram Acne	Ligeira	213	417 25,0%
	Moderada/ grave	204	
Sujeitos que têm Acne	Ligeira	351	585 35,1%
	Moderada/ grave	234	

A idade dos sujeitos da amostra variou entre os 17 e 49 anos, sendo a idade média de 23 anos. A maior percentagem dos respondentes insere-se no escalão etário dos 20 a 24 anos, seguido do escalão etário inferior a 20 anos. A tabela 2 caracteriza a distribuição etária da amostra.

Tabela 2: Distribuição etária da amostra

	<b>Sujeitos sem Acne</b>	<b>Sujeitos que tiveram Acne</b>	<b>Sujeitos que têm Acne</b>	<b>Total</b>
<b>Menos que 20 anos</b>	150 22,6%	85 20,4%	157 26,9%	392 23,5%
<b>20 a 24 anos</b>	348 52,4%	228 54,7%	321 54,9%	897 53,9%
<b>25 a 29 anos</b>	52 7,8%	37 8,9%	53 9,0%	142 8,5%
<b>30 a 34 anos</b>	44 6,6%	27 6,4%	26 4,4%	97 5,8%
<b>Mais do que 35 anos</b>	70 10,6%	40 9,6%	28 4,8%	138 8,3%
<b>Total</b>	664	417	585	1666

  

<b>Média etária</b>	22 anos	24 anos	24 anos	23 anos
<b>Desvio padrão</b>	6,4	6,7	4,9	6,4

Para evitar que os protocolos fossem prejudicados por lapsos de preenchimento, foram colocados avisos sistemáticos de obrigatoriedade de preenchimento de todos os itens. Desta forma, obviou-se a existência de protocolos nulos (por falta de respostas ou existência de respostas desajustadas).

Os instrumentos utilizados foram:

- O **Inventário de Crenças e Comportamentos sobre a Acne e seu tratamento (ICA)**: inventário de autopreenchimento, com uma caracterização geral do respondente, as suas crenças relativamente á Acne e os comportamentos mais adotados.
- O **Índice de Qualidade de Vida Dermatológica (IQV-D)** (de Finlay e Kahn): questionário de avaliação do impacto da doença dermatológica em várias

vertentes e situações da vida cotidiana. É composto por 10 itens que têm 4 alternativas de resposta que variam entre o Nada e o Muito. Podem ser calculados resultados parciais da escala, gerando 6 subescalas.

- **A Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse de 21 itens (EADS-21)** (adaptação de Pais Ribeiro da escala Lovibond e Lovibond). Está organizada em três escalas diferentes: depressão, ansiedade e stresse, totalizando 21 itens. Este instrumento foi construído com base no pressuposto que as diferenças na depressão, ansiedade e stresse experimentadas pelos sujeitos normais e pelos sujeitos com perturbações, são essencialmente diferenças de grau.
- **O Inventário de Estilos e Estratégias de Coping (Brief Cope)** (adaptação de Carver a partir do seu próprio instrumento mais complexo, COPE). O inventário contém 28 itens, organizados em 14 escalas, abrangendo um leque muito variado de tipologias, o que torna o instrumento particularmente sensível, sutil e rico. As 14 escalas são agrupadas para organizarem 3 dimensões:  *coping* focado no problema,  *coping* emocional ativo e  *coping* por evitamento emocional.
- **A Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)** (adaptado por Prazeres a partir da escala de Taylor, Bagby e Parker). É composta por 20 itens, identificando três fatores principais relacionados com a Alexitimia: Fator 1 - Dificuldade em identificar sentimentos e em distingui-los das sensações corporais da emoção; Fator 2 - Dificuldade em descrever os sentimentos aos outros; Fator 3 - Estilo de pensamento orientado para o exterior.
- **A Escala de Graduação da Acne da Academia Americana de Dermatologia**, composta por três categorias de gravidade: Leve, moderada ou grave. Neste estudo a classificação foi adaptada para uma percepção subjetiva sobre a Acne, por parte dos pacientes - os respondentes - que se autoavaliam quanto à severidade da Acne.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 3.1 A ESCALA DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESSE (EADS)

A escala de Ansiedade, Depressão e Stress – EADS 21 - foi aplicada a todos os respondentes. No tratamento estatístico verificou-se a existência de diferenças significativas entre os três grupos no que respeita aos valores globais e parciais das três dimensões: depressão, stresse e ansiedade, conforme as tabelas 3, 4 e 5.

Tabela 3: EADS - Depressão por grupo e grau de gravidade da Acne

		N	Valor mínimo	Valor máximo	Média	Mediana	Desvio Padrão	Alfa Cronbach	Mann-Whitney (p-value)		
<b>Total</b>		1.666	0,00	21,00	3,50	2,00	4,36	0,91			
<b>Sem Acne</b>		664	0,00	21,00	3,19	2,00	3,89	0,89			
<b>Tem Acne</b>	<b>Total</b>	585	0,00	21,00	3,94	4,83	2,00	0,92	0,09	0,90	0,18
	<b>Ligeira</b>	351	0,00	20,00	3,60	2,00	4,52	0,91			
	<b>Moderada/grave</b>	234	0,00	21,00	4,44	3,00	5,22	0,93			
<b>Teve Acne</b>	<b>Total</b>	417	0,00	21,00	3,36	4,33	2,00	0,91	0,95		
	<b>Ligeira</b>	213	0,00	21,00	3,35	2,00	4,41	0,91			
	<b>Moderada/grave</b>	204	0,00	21,00	3,38	2,00	4,27	0,91			

Tabela 4: EADS - Stresse por grupo e grau de gravidade da Acne

		N	Valor mínimo	Valor máximo	Média	Mediana	Desvio Padrão	Alfa Cronbach	Mann-Whitney (p-value)		
<b>Total</b>		1.666	0,00	21,00	5,40	5,00	4,74	0,91			
<b>Sem Acne</b>		664	0,00	21,00	5,23	4,50	4,43	0,89			
<b>Tem Acne</b>	<b>Total</b>	585	0,00	21,00	5,65	5,00	5,11	0,92	0,56	0,97	0,66
	<b>Ligeira</b>	351	0,00	21,00	5,50	5,00	4,88	0,91			
	<b>Moderada/grave</b>	234	0,00	21,00	5,88	5,00	5,43	0,93			
<b>Teve Acne</b>	<b>Total</b>	417	0,00	21,00	5,34	4,00	4,69	0,90	0,20		
	<b>Ligeira</b>	213	0,00	21,00	5,04	4,00	4,47	0,90			
	<b>Moderada/grave</b>	204	0,00	21,00	5,65	5,00	4,91	0,91			

Tabela 5: EADS - Ansiedade por grupo e grau de gravidade da Acne

		N	Valor mínimo	Valor máximo	Média	Mediana	Desvio Padrão	Alfa Cronbach	Mann-Whitney (p-value)		
<b>Total</b>		1.666	0,00	21,00	2,61	2,00	3,20	0,79			
<b>Sem Acne</b>		664	0,00	18,00	2,41	1,00	2,96	0,76			
<b>Tem Acne</b>	<b>Total</b>	585	0,00	20,00	2,87	2,00	3,43	0,80	0,05	0,73	0,16
	<b>Ligeira</b>	351	0,00	19,00	2,80	2,00	3,33	0,80			
	<b>Moderada/grave</b>	234	0,00	20,00	2,97	2,00	3,58	0,81			
<b>Teve Acne</b>	<b>Total</b>	417	0,00	21,00	2,57	1,00	3,21	0,79	0,04		
	<b>Ligeira</b>	213	0,00	20,00	2,21	1,00	2,82	0,75			
	<b>Moderada/grave</b>	204	0,00	21,00	2,95	2,00	3,54	0,81			

Da análise às tabelas anteriores constata-se que, em termos globais, não se observam diferenças significativas para um grau de confiança de 0,05 entre os grupos em

nenhuma das dimensões (depressão, stresse e ansiedade) nem no valor global da escala. Os valores de consistência interna, analisados pelo alfa Cronbach encontram-se dentro do esperado e são válidos.

Por outro lado, enquanto que na dimensão do stresse não existem diferenças estatisticamente significativas entre os sujeitos com Acne ligeira e os sujeitos com Acne moderada ou grave em nenhum dos grupos de Acne, tal não se verifica nas restantes dimensões. Na dimensão da depressão, há diferenças significativas entre os sujeitos com Acne ligeira e os sujeitos com Acne moderada ou grave, no grupo com Acne. Na dimensão da ansiedade as mesmas diferenças significativas surgem no grupo que teve Acne.

Os valores parciais relativos às subescala da depressão, ansiedade e stresse, são apresentados na tabela 6. Da a esses dados, constata-se que:

- A esmagadora maioria dos respondentes nas três subescalas e em todos os grupos apresentam resultados dentro de valores normais, sendo o valor de respondentes com classificação “normal” superior a 68%.
- Nas três subescalas, o grupo com percentagem mais baixa de respondentes com classificação “normal” é o grupo “tem Acne”.
- No que respeita à depressão, o grupo com percentagem mais elevada de respondentes na classificação “normal” é o grupo “teve Acne”. Já na ansiedade e no stresse, o grupo com percentagem mais elevada de respondentes na classificação “normal” é o grupo “sem Acne”.

Tabela 6: Distribuição dos indivíduos pelos cinco escalões de severidade de EADS

	Depressão				Ansiedade				Stresse			
	Sem Acne	Teve Acne	Tem Acne	Total	Sem Acne	Teve Acne	Tem Acne	Total	Sem Acne	Teve Acne	Tem Acne	Total
<b>Normal</b>	498 75,0 %	315 75,5 %	401 68,6 %	1214 72,9 %	506 76,2 %	307 73,6 %	403 68,9 %	1216 73,0 %	486 73,2 %	304 72,9 %	409 69,9 %	1.199 72,0 %
<b>Leve</b>	63 9,5 %	37 8,9 %	53 9,1 %	153 9,2 %	76 11,5 %	50 12,0 %	84 14,3 %	210 12,6 %	70 10,5 %	50 12,0 %	50 8,6 %	170 10,2 %
<b>Moderado</b>	60 9,0 %	34 8,2 %	68 11,6 %	162 9,7 %	38 5,7 %	31 7,4 %	47 8,0 %	116 7,0 %	61 9,2 %	23 5,5 %	54 9,2 %	138 8,3 %
<b>Severo</b>	20 3,0 %	11 2,6 %	21 3,6 %	52 3,1 %	20 3,0 %	12 2,9 %	22 3,8 %	54 3,2 %	34 5,1 %	28 6,7 %	51 8,7 %	113 6,8 %
<b>Extremamente Severo</b>	23 3,5 %	20 4,8 %	42 7,2 %	85 5,1 %	24 3,6 %	17 4,1 %	29 5,0 %	70 4,2 %	13 2,0 %	12 2,9 %	21 3,6 %	46 2,7 %

Pode-se afirmar que os grupos de estudo “tem Acne” e “teve Acne” não se diferenciam entre si e não se diferenciam do grupo sem Acne no que respeita aos valores obtidos na escala de ansiedade e depressão, contudo diferenciam-se nos valores obtidos na escala de stresse, com valores significativamente mais elevados.

### 3.2 A ESCALA DE ALEXITIMIA DE TORONTO (TAS-20)

À semelhança do EADS-21, a TAS-20 foi aplicada à amostra total pelo que foram recolhidos dados que permitem comparar os 3 grupos (sem Acne, com Acne e que tiveram Acne). Foi também verificada a existência de diferenças estatísticas significativas entre os grupos tendo em conta a média e a medida em cada um dos fatores (analisada pelo teste Mann-Whitney) e, posteriormente, convertidos os valores em dados qualitativos que permitiram enquadrar cada sujeito em 3 patamares (alexitimico, possível alexitimico e não alexitimico). Foram encontrados valores totais da escala e de cada um dos seus três fatores.

- Fator 1: Dificuldade em identificar sentimentos e em distingui-los das sensações corporais da emoção;
- Fator 2: Dificuldade em descrever os seus sentimentos aos outros;
- Fator 3: Estilo de pensamento orientado para o exterior.

A tabela 7 caracteriza a amostra em termos de TAS-20.

Tabela 7: TAS-20, total por grupo

		N	Valor mínimo	Valor máximo	Média	Mediana	Desvio Padrão	Alfa Cronbach	Mann-Whitney (p-value)	
<b>Total</b>		1.666	20,00	86,00	49,33	49,00	13,21	0,84		
<b>Sem Acne</b>		664	20,00	85,00	47,84	47,00	13,16	0,85		
<b>Teve Acne</b>	<b>Total</b>	417	21,00	86,00	48,79	47,00	13,28	0,84	0,24	<0,001
	<b>Ligeira</b>	213	21,00	80,00	49,00	48,00	13,00	0,83		
	<b>Moderada/grave</b>	204	21,00	86,00	48,57	47,00	13,59	0,83		
<b>Tem Acne</b>	<b>Total</b>	585	20,00	85,00	51,40	51,00	12,96	0,81	0,01	0,04
	<b>Ligeira</b>	351	20,00	81,00	50,30	49,00	12,84	0,81		
	<b>Moderada/grave</b>	234	27,00	85,00	53,05	53,50	13,00	0,81		

A consistência interna dos dados dos vários grupos acima referidos é boa: 0,84 para o total da amostra, 0,81 para o grupo tem Acne, 0,85 para o grupo teve Acne e 0,85 para o total da amostra.

A tabela 8 exara os valores relativamente ao fator 1 da TAS-20: dificuldade em identificar sentimentos e distingui-los das sensações corporais da emoção para a totalidade da amostra, que apresenta um valor mínimo 7 e máximo 35, média de 16,28 e desvio padrão 7,22. Neste fator observam-se diferenças estatisticamente significativas entre o grupos que tem Acne e o grupo que teve Acne com  $p < 0,001$  e entre o grupo sem Acne e o grupo que tem Acne com  $p = 0,005$ . Não se registam diferenças significativas entre o grupo sem Acne e o que teve Acne.

Tabela 8: TAS-20 – Fator 1 por Acne e grau de gravidade da Acne

		N	Valor mínimo	Valor máximo	Média	Mediana	Desvio Padrão	Alfa Cronbach	Mann-Whitney (p-value)		
<b>Total</b>		1.666	7,00	35,00	16,28	16	7,22	0,88			
<b>Sem Acne</b>		664	7,00	35,00	15,81	15	6,93	0,87			
<b>Tem Acne</b>	<b>Total</b>	585	7,00	35,00	17,05	17	7,49	0,88	0,06	0,005	<0,001
	<b>Ligeira</b>	351	7,00	35,00	16,57	17	7,35				
	<b>Moderada/grave</b>	234	7,00	35,00	17,76	18	7,66				
<b>Teve Acne</b>	<b>Total</b>	417	7,00	35,00	15,98	16	7,21	0,89	0,83		
	<b>Ligeira</b>	213	7,00	35,00	15,99	16	7,01				
	<b>Moderada/grave</b>	204	7,00	35,00	15,96	15	7,42				

A tabela 9 apresenta os valores que correspondem ao fator 2 do TAS-20: a dificuldade em descrever os sentimentos aos outros, que compreendem um valor mínimo de 5, máximo de 25, média de 13,41 e desvio padrão de 5,14. Para este fator não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos com Acne e que tiveram Acne, nem entre os grupos sem Acne e que tiveram Acne. Apenas foram observadas diferenças significativas entre o grupo sem Acne e com Acne com  $p = 0,02$ .

Tabela 9: TAS-20 – Fator 2 por Acne e grau de gravidade da Acne

		N	Valor mínimo	Valor máximo	Média	Mediana	Desvio Padrão	Alfa Cronbach	Mann-Whitney (p-value)		
<b>Total</b>		1.666	5,00	25,00	13,41	13	5,14	0,78			
<b>Sem Acne</b>		664	5,00	25,00	13,15	13	5,02	0,78			
<b>Tem Acne</b>	<b>Total</b>	585	5,00	25,00	13,87	13	5,20	0,77	0,02	0,02	0,22
	<b>Ligeira</b>	351	5,00	25,00	13,46	13	5,20				
	<b>Moderada/grave</b>	234	5,00	25,00	14,48	15	5,19				
<b>Total</b>		417	5,00	25,00	13,18	13	5,17	0,77			

Teve Acne	Ligeira	213	5,00	25,00	13,23	13	5,05				
	Moderada/grave	204	5,00	24,00	13,13	13	5,31				

A tabela 10 relewa os valores correspondentes ao fator 3 do TAS-20: estilo de pensamento orientado para o exterior, que apresentam um valor mínimo de 8, máximo de 33, média de 19,64 e desvio-padrão de 4,49. Neste fator, observa-se diferenças significativas entre os três grupos (sem Acne, com Acne e que tiveram Acne).

Tabela 10: TAS-20 – Fator 3 por Acne e grau de gravidade da Acne

		N	Valor mínimo	Valor máximo	Média	Mediana	Desvio Padrão	Alfa Cronbach	Mann-Whitney (p-value)		
<b>Total</b>		1.666	8,00	33,00	19,64	20	4,49	0,39			
<b>Sem Acne</b>		664	8,00	32,00	18,89	19	4,45	0,46			
<b>Tem Acne</b>	<b>Total</b>	585	8,00	33,00	20,49	21	4,32	0,27	0,17	<0,001	0,01
	Ligeira	351	8,00	32,00	20,27	21	4,30				
	Moderada/grave	234	8,00	33,00	20,81	21	4,33				
<b>Teve Acne</b>	<b>Total</b>	417	8,00	31,00	19,64	20	4,59	0,40	0,41	<0,001	0,01
	Ligeira	213	8,00	29,00	19,79	20	4,54				
	Moderada/grave	204	8,00	31,00	19,49	20	4,64				

A tabela 11 apresenta a intensidade da alexitimia por grupo, constatando-se que, no conjunto da amostra, a maioria dos respondentes integram a classe “não alexitimico”: 57% do total da amostra (52% do grupo que tem Acne, 57% do grupo que teve Acne e 61% do grupo sem Acne). A percentagem de respondentes alexitimicos é superior à de respondentes medianamente alexitimicos para a totalidade da amostra.

Tabela 11: Intensidade da Alexitimia por grupo

	Sem Acne	Teve Acne			Tem Acne			Total
		Ligeira	Moderada/grave	Total	Ligeira	Moderada/grave	Total	
<b>Não Alexitimico</b>	402 60,5 %	120 56,3%	116 56,9%	236 56,6%	196 55,8%	107 45,7%	303 51,8%	941 56,5%
<b>Medianamente Alexitimico</b>	138 20,8 %	47 22,1%	45 22,1%	92 22,1%	69 19,7%	46 19,7%	115 19,7%	345 20,7%
<b>Alexitimico</b>	124 18,7 %	46 21,6%	43 21,0%	89 21,3%	86 24,5%	81 34,6%	167 28,5%	380 22,8%

Em síntese, poder-se-á afirmar que:

- Tendo em conta os valores globais da TAS-20 existe uma associação estatisticamente significativa entre o grupo de Acne e a intensidade da alexitimia.
- Em todos os fatores existem diferenças significativas entre o grupo sem Acne e o grupo com Acne.
- O grupo que teve Acne não se distingue do grupo sem Acne nos fatores 1 e 2.
- À medida que a Acne se agrava no grupo de respondentes com Acne, observa-se que aumenta o número de respondentes alexitímicos e moderadamente alexitímicos. Por outro lado, os respondentes tendem a ter maior dificuldade em descrever os seus sentimentos aos outros (fator 2).

### 3.3 O BRIEF COPE

Na presente investigação, foram aplicados questionários apenas aos sujeitos que declararam ter Acne e aos que declararam já ter tido Acne. Não fazia sentido, naturalmente, solicitar que o sujeito indicasse o tipo de estratégias que utiliza para lidar com o stress relacionado com a Acne, quando ele declara não ter, nem nunca ter tido Acne.

Conforme o exposto na tabela 12, cerca de 64% dos sujeitos que tiveram Acne (mas não a têm no momento em que responderam ao questionário) declararam ter uma utilização baixa de estratégias de *coping* não adaptativas, enquanto cerca de 68% dos sujeitos que têm Acne declaram fazer igualmente uma utilização baixa dessas mesmas estratégias de *coping*. Significa, portanto, que a maioria dos sujeitos de ambos os grupos (com Acne e que tiveram Acne) têm uma utilização baixa de estratégias de *coping* não adaptativas e uma utilização média de estratégias adaptativas. Utilizam, portanto, mais frequentemente estratégias adaptativas do que não adaptativas. É ainda de notar que esta tendência se acentua, dois pontos percentuais, no grupo com Acne. Analisando os resultados obtidos neste instrumento quando o foco é a gravidade da Acne nos dois grupos principais (com Acne e que tiveram Acne), constata-se que não existem diferenças significativas no que respeita à frequência de utilização do *coping* adaptativo, (teste de Mann-Whitney:  $p=0,099$  para  $\alpha=0,05$ ), nem do *coping* não adaptativo (teste de Mann-Whitney:  $p=0,684$  para  $\alpha=0,05$ ).

Apesar de não serem visíveis diferenças significativas entre os grupos, pode-se verificar uma tendência no grupo que teve Acne para o aumento de utilização de mecanismos não adaptativos à medida que a Acne se agrava. No grupo com Acne esse aumento de utilização de mecanismos não adaptativos verifica-se inclusivamente na categoria de utilização baixa. Observa-se igualmente um incremento da utilização desses mecanismos à medida que a Acne se agrava. Simultaneamente, há uma diminuição da utilização de mecanismos adaptativos em todas as categorias, exceto na de utilização baixa que sobe para ambos os grupos à medida que Acne se agrava.

Tabela 12: Utilização das estratégias dos grupos

<i>Coping</i>	Valor	Grupo que teve Acne		Grupo com Acne	
		Ligeira N = 213	Moderada ou grave N = 204	Ligeira N = 350	Moderada ou grave N = 234
Não adaptativo	Nunca utilizou	50 23,5%	33 16,2%	81 23,1%	33 14,1%
	Utilização baixa	137 64,3%	131 64,2%	235 67,2%	164 70,1%
	Utilização média	26 12,2%	37 18,1%	35 10,0%	33 14,1%
	Utilização elevada	0 0,0%	3 1,5%	0 0,0%	4 1,7%
Adaptativo	Nunca utilizou	34 16,0%	25 12,3%	49 14,0%	22 9,4%
	Utilização baixa	42 19,7%	51 25,0%	85 24,3%	56 23,9%
	Utilização média	131 61,5%	116 56,9%	210 60,0%	151 64,5%
	Utilização elevada	6 2,8%	12 5,9%	7 2,0%	5 2,1%

Analisando o Cope segundo as três dimensões propostas por Schnider & Elhai (2007), cujos dados constam da tabela 13, observa-se que não existem diferenças significativas entre os grupos com Acne e que teve Acne no que respeita à dimensão do foco no problema (Teste de Mann-Whitney:  $p = 0,238$  para  $\alpha=0,05$ ). No que respeita à dimensão da ativação emocional (Teste de Mann-Whitney:  $p=0,041$  para  $\alpha=0,05$ ) há diferenças significativas e no que concerne à dimensão do evitamento emocional não há diferenças significativas. (Teste de Mann-Whitney:  $p=0,987$  para  $\alpha=0,05$ ).

Tabela 13: o *Cope* segundo as três dimensões

<i>Coping</i>	Valor	Grupo que teve Acne N = 585	Grupo com Acne N = 417
1. Foco no problema	Nunca utilizou	95 16,2%	84 20,1%
	Utilização baixa	324 55,4%	189 45,3%
	Utilização média	154 26,3%	126 30,2%
	Utilização elevada	12 2,1%	18 4,3%
2. ativação emocional	Nunca utilizou	87 15,9%	747 17,1%
	Utilização baixa	327 55,9%	182 43,7%
	Utilização média	162 27,7%	146 35,0%
	Utilização elevada	9 1,5%	15 3,6%
3. Evitamento emocional	Nunca utilizou	130 22,2%	100 24,0%
	Utilização baixa	387 66,2%	264 63,3%
	Utilização média	62 10,6%	51 12,2%
	Utilização elevada	6 1,0%	4 0,9%

Face aos dados, constata-se que:

- A maioria dos sujeitos de ambos os grupos com Acne e que tiveram Acne têm uma utilização baixa de estratégias de *coping* não adaptativas e uma estratégia média de estratégias adaptativas
- Em ambos os grupos os respondentes tendem a responder ao stress gerado pela Acne utilizando estratégias de *coping* predominantemente adaptativas e só muito raramente fazem uso de estratégias de *coping* não adaptativas
- Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos com Acne e que tiveram Acne no que respeita à frequência de utilização de estratégias adaptativas *versus* não adaptativas.
- Quando o foco é a gravidade da Acne constata-se que existe uma tendência nos grupos com Acne e que tiveram Acne para o aumento de utilização de mecanismos não adaptativos à medida que a Acne se agrava.
- Naturalmente, com o aumento da utilização de mecanismos não adaptativos observa-se uma diminuição da utilização de mecanismos adaptativos. Obedece a uma lógica de vasos comunicantes: quando um sobe o outro desce. Contudo,

observa-se um aumento da utilização de frequência baixa em ambos os grupos à medida que a Acne se agrava, podendo significar que à medida que a Acne se agrava o sujeito faz mais recursos a estratégias de *coping* (adaptativas e não adaptativas).

- Em relação às três dimensões estudadas ((1) estratégias focadas na resolução de problemas; (2) estratégia por ativação emocional e (3) estratégias de evitamento emocional) constata-se que apenas existem diferenças significativas na estratégia de ativação emocional em relação aos grupos com Acne e que tiveram Acne.

### 3.4 O INVENTÁRIO DE CRENÇAS E COMPORTAMENTOS SOBRE A ACNE E O SEU TRATAMENTO (ICA)

A apresentação dos resultados do ICA tem quatro momentos:

- ICA - caracterização (seis questões que pretendem caracterizar a amostra dos sujeitos acneicos e que tiveram Acne);
- ICA - crenças (16 questões que remetem para as crenças sobre a Acne cujas respostas foram solicitadas à amostra total);
- ICA - comportamentos (16 questões relacionadas com comportamentos perante a Acne, das quais duas visam obter informação sobre o comportamento de procura de informação. Este grupo de questões foi respondido pelos sujeitos que compõem os grupos com Acne e que tiveram Acne);
- ICA – tratamento (11 questões relacionadas com o tratamento da Acne. Algumas questões foram aplicadas apenas aos sujeitos que indicaram ter procurado tratamento para a Acne.

Quando se analisa os valores obtidos pela amostra total em relação às crenças, observa-se que não existem diferenças significativas entre os grupos (sem Acne, com Acne e que tiveram Acne), podendo assumir-se que as crenças sobre a Acne são comuns às pessoas que nunca tiveram Acne, que já tiveram Acne e às que têm Acne. De entre as crenças da população estudada, destacam-se:

- A maioria dos respondentes (59%) acredita que há uma predisposição hereditária para a Acne.
- A maioria dos respondentes (97%) acredita que a Acne se deve a alterações das hormonas.

- A maioria dos respondentes (86%) acredita que a Acne se deve ao excesso de oleosidade da pele.
- A maioria dos respondentes (68%) não acredita que a Acne se deve à ingestão de chocolates.
- A maioria dos respondentes (89%) não acredita que a Acne se deve à ingestão de produtos lácteos.
- A maioria dos respondentes (69%) acredita que espremer as borbulhas agrava a Acne.
- A maioria dos respondentes (63%) acredita que apanhar sol melhora a Acne.
- A maioria dos respondentes (76%) acredita que a Acne se deve ao stresse, à ansiedade e ao nervosismo.
- A maioria dos respondentes (83%) acredita que a Acne é causada pela combinação de fatores psicológicos com hormonais.
- A maioria dos respondentes (95%) acredita que a Acne é originada por um conjunto de vários fatores.
- A maioria dos respondentes (89%) acredita que ter Acne altera o bem-estar.
- 50% dos respondentes acredita que ter Acne quando se é mais novo prejudica mais o bem-estar do que numa idade mais avançada.
- 45% dos respondentes acreditam que ter Acne prejudica mais o bem-estar de uma mulher do que de um homem.
- A maioria dos respondentes (82%) acredita que as estratégias utilizadas para lidar com a Acne mudam com a idade.
- A maioria dos respondentes (76%) acredita que as estratégias utilizadas para lidar com a Acne mudam consoante o género.
- A maioria dos respondentes (92%) acredita que a Acne é vista como um problema de saúde que pode ser tratado ou melhorado.

Aos respondentes com Acne e que declaram ter tido Acne foi-lhes solicitado que se posicionassem face a um conjunto de 11 frases que pretendiam revelar quais os seus comportamentos relacionados com a Acne, tendo-se concluído que:

- A maioria dos respondentes (69%) não se veste de modo a tapar a Acne o mais possível.
- A maioria dos respondentes (56%) não usa maquilhagem de modo a esconder a Acne o mais possível.

- A maioria dos respondentes (76%) não usa franja e/ou um corte de cabelo que esconda a Acne o mais possível.
- A maioria dos respondentes do sexo masculino (73%) não usa barba para tapar a Acne o mais possível.
- A maioria dos respondentes (68%) evita pensar na Acne.
- A maioria dos respondentes (71%) tenta abstrair-se da Acne.
- A maioria dos respondentes (72%) tenta centrar-se mais nas suas qualidades, em detrimento dos seus defeitos.
- A maioria dos respondentes (68%) tem o sentimento de ser compreendido(a) nas suas preocupações com a Acne.
- A maioria dos respondentes (84%) não evita sair de casa quando está com Acne.
- A maioria dos respondentes (83%) não evita sair à noite quando está com Acne.
- A maioria dos respondentes procurou informação sobre a Acne (74% dos sujeitos que tiveram Acne e 80% dos sujeitos que têm Acne), nomeadamente num médico ou através da internet.
- A maioria dos respondentes (82%) não conversou sobre a Acne nem pediu ajuda. Os que o fizeram, procuraram um médico ou a mãe.

Aos respondentes com Acne e que declaram ter tido Acne, foi-lhes solicitado que se pronunciassem face ao tratamento da Acne, tendo-se observado que:

- A maioria dos respondentes (59%) procurou ajuda médica para a Acne.
- A maioria dos respondentes (70%) esforça-se para seguir à risca o tratamento que lhe foi indicado para a Acne.
- A maioria dos respondentes (71%) segue à risca os cuidados com a pele que lhe indicaram para a Acne.
- A maioria dos respondentes (71%) recorreu a alguém especializado para o tratamento da Acne, nomeadamente a um dermatologista.
- A maioria dos respondentes (63%) afirma que a primeira consulta foi marcada pela mãe.
- A maioria dos respondentes (74%) afirma que foi acompanhado à primeira consulta, nomeadamente pela mãe.
- A maioria dos respondentes (86%) conseguiu seguir os tratamentos indicados.
- A maioria dos respondentes que tem Acne (62%) não está em tratamento.

- A maioria dos respondentes que tem Acne e está em tratamento (80%), considera que este está a ser eficaz.
- A maioria dos respondentes que tem Acne e já não está em tratamento (60%), considera que o tratamento foi eficaz.
- A maioria dos respondentes que teve Acne (84%) considera que o tratamento foi eficaz.
- A maioria dos respondentes que teve Acne (78%) considera-se tratado há mais de 1 ano.
- A maioria dos respondentes com Acne, ou que teve Acne (73%), considera que a Acne é algo negativo ou muito negativo para si. Os restantes consideram um acontecimento neutro.
- A maioria dos respondentes com Acne (54%), vê a Acne nos outros como algo negativo ou muito negativo. Esta percentagem desce para os 46% no grupo dos sujeitos sem Acne ou que já tiveram Acne. Os restantes consideram a Acne nos outros, como um acontecimento neutro.

### 3.5 O ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA DERMATOLÓGICA (IQV-D)

No presente estudo o IQVD foi aplicado apenas aos respondentes que declararam ter Acne. Os valores do IQV-D para a totalidade dos indivíduos com Acne variaram entre 0 e 23, com média de 3,37 e desvio padrão de 3,51, conforme os dados da tabela 14. Registam-se diferenças estatisticamente significativas entre o grupo com Acne ligeira e o grupo com Acne moderado ou grave ( $p < 0,001$ ).

Foi calculado o efeito da Acne na qualidade de vida dos indivíduos, tendo por base o valor de IQVD. A tabela 15 evidencia que a percentagem de respondentes, cuja experiência da vivência da Acne não teve praticamente nenhum efeito na qualidade de vida, é bastante elevada e claramente superior no grupo com Acne ligeira. Os valores são muito semelhantes nos dois grupos de estudo quanto ao pequeno impacto na qualidade de vida. Nos restantes escalões os valores são sempre superiores no grupo com Acne moderada ou grave. Verifica-se que a qualidade de vida é algo inferior no grupo que tem Acne moderado ou grave comparativamente com o que tem Acne ligeiro e pode-se inferir que essa alteração se deve à vivência da Acne.

Tabela 14: IQV-D total por grau de gravidade

	Total	Acne ligeira	Acne moderada ou grave
N	585	351	234
Mínimo - Máximo	0 - 23	0 - 16	0 - 23
Média	3,37	2,56	4,58
Mediana	2	2	3
Desvio padrão	3,51	2,74	4,14
Mann-Whitney (p-value)	-	<0,001	
Alfa Cronbach	0,81	0,77	0,83

Tabela 15: IQVD por grau de gravidade da Acne e efeitos na vida do indivíduo

Resultados no IQVD-Total	Acne ligeiro	Acne moderado ou grave	Total	Interpretação
Entre 0 e 1	156 44,5%	55 23,5%	211 36,1%	Nenhum impacto
Entre 2 e 5	150 42,7%	103 44%	253 43,2%	Pequeno Impacto
Entre 6 e 10	38 10,8%	59 25,2%	97 16,6%	Impacto Moderado
Entre 11 e 20	7 2%	15 6,4%	22 3,8%	Grande Impacto
Entre 21 e 30	0 0,0%	2 0,9%	2 0,3%	Muito Grande Impacto

### 3.6 CONCLUSÕES

Os protocolos usados na coleta de dados permitiram a recolha de informação extensa sobre as consequências psicológicas associadas à vivência da Acne. Os resultados deste estudo não revelaram que a vivência da Acne leva a uma significativa perda da qualidade de vida, que a Acne está associada a níveis patológicos de depressão, stresse e ansiedade, que a Acne está associada à Alexitimia, ou ainda que existe um perfil de estratégias de *coping* associado à Acne.

A gravidade da Acne (ligeira *versus* moderada ou grave) e a correlação desta variável com as restantes (qualidade de vida, depressão, stresse, ansiedade, Alexitimia e estratégias de *coping*) foi confirmada, ou seja, os grupos que declararam ter (ou ter tido) Acne moderada ou grave apresentavam sempre valores mais elevados nos diferentes indicadores do que os grupos que declararam ter (ou ter tido) Acne ligeira.

Estes resultados podem ser compreendidos refletindo sobre a informação adicional recolhida pelo ICA e as características da amostra, que revelou que a maioria dos sujeitos da amostra revela um conhecimento geral realista sobre a Acne real e ajustado aos conhecimentos médicos atuais. Apenas a Acne considerada pelos próprios como grave (quer pela intensidade, extensão das lesões e/ou permanência do problema) parece

ter um impacto negativo ou até mesmo muito negativo (conforme relatos registrados nas perguntas abertas do ICA).

#### **4 IMPLICAÇÕES PARA A TEORIA E PRÁTICA**

O primeiro contacto do paciente acneico para o tratamento da Acne, é um médico dermatologista. O conhecimento, por parte destes médicos, dos fatores que mais afetam os níveis de autoestima, de autoimagem, de aceitação social, ou de qualidade de vida, poderá permitir encaminhar os pacientes mais afetados psicologicamente para outros profissionais de saúde, na área psíquica. Este estudo procurou contribuir para a análise das causas e consequências da Acne, na sua vivência subjetiva prolongada, enumerando os seus aspetos mais marcantes para a população portuguesa.

#### **5 PESQUISA FUTURA**

Poderá ser útil em futuras investigações recolher informações sobre a evolução da representação social da Acne, determinando até que ponto a Acne já não é vista como algo estigmatizante, e se terá tornado mais banal e insignificante.

Propõe-se, também, que a perceção da Acne pelos clínicos seja avaliada, e comparada com os indicadores disponibilizados pela atual investigação, com vista à construção de um programa de saúde pública em Portugal, com foco na prevenção das consequências psicológicas da Acne.

## REFERÊNCIAS

- Ali, G., Mehtab, K., Sheikh, Z., Ali, H., Kader, S., Mansoor, H., et al (2010). Beliefs and perceptions of acne among a sample of students from Sindh Medical College Karachi. *Journal of Pakistan Medical Association*, 60 (1), 51-54.
- Anderson, R., & Rajagopalan, R. (1998). Responsiveness of the Dermatology-specific Quality of life (DSQL) instrument to treatment for acne vulgaris in a placebo-controlled clinical trial. *Quality of Life Research*, 7, 723-734.
- Antoniuzzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 3(2), 273-294. Retrieved from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X1998000200006&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X1998000200006&lng=en&tlng=pt). 10.1590/S1413-294X1998000200006.
- Arendt, F., Steindl, N. & Vitouch, P. (2014). Effects of News Stereotypes on the Perception of Facial Threat. *Journal of Media Psychology*. 1-9.
- Bashir, K., Dar, N. R., & Rao, S. U. (2010). Depression in adult dermatology outpatients. *Journal of the College of Physicians and Surgeons*, 20(12), 811-813. doi:12.2010/JCPSP.811813
- Basra, M., Gada, V., Ungaro, S., Finlay, A., & Salek, S. (2013). Infant's Dermatitis Quality of Life Index: a decade of experience of validation and clinical application. *British Journal of Dermatology*, 169(4), 760-768. doi:10.1111/bjd.12563.
- Batel, S. & Castro, P. (2009). A Social Representations Approach to The Communication between Different Spheres: An Analysis of the Impacts of Two Discursive Formats. *Journal of the Theory of Social Behaviour*. 39 (4), 415-433.
- Bauer, M. & Gaskell, G. (2008). Social Representation Theory: A Progressive Research Program for Social Psychology. *Journal for the Theory of Social Behaviour*. 38 (4), 335-353.
- Basavaraj, K., Navya, M., & Rashmi, R. (2010). Relevance of psychiatry in dermatology: present concepts. *Indian Journal of Psychiatry*, 52(3), 270-275. doi:10.4103/0019-5545.70992
- Bez, Y., Yesilova, Y., Ari, M., Kaya, M., Alpark, G., & Bulut, M. (2013). Predictive value of obsessive compulsive symptoms involving the skin on quality of life in patients with acne vulgaris. *Acta Dermato-Venereologica*, 93(6), 679-683. doi: 10.2340/00015555-1598.
- Brajac, I., Bilic-Zulle, L., Tjalacic, M., Loncarek, K., & Gruber, F. (2004). Acne vulgaris: myths and misconceptions among patients and family physicians. *Patient Education and Counseling*, 54, 21-25.
- Carver, C. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4 (1), 92-100.

Davidovici, B., & Wolf, R. (2010). The role of diet in acne: facts and controversies. *Clinics in Dermatology*, 28-12-16.

Dréno, B. (2006). Assessing quality of life in patients with acne vulgaris: implications for treatment. *American Journal of Clinical Dermatology*, 7(2), 99-106.

Ebata, A., & Moos, R. (1994). Personal, Situation, and Contextual Correlates of Coping in Adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 4(1), 99-125. doi:10.1207/s15327795jra0401\_6

Fehnel, S., McLeod, L., Brandman, J., Arbit, D., McLauhlin-Milley, C., Coombs, A., ... Girman, C. J. (2002). Responsiveness of the Acne-specific quality of life questionnaire (Acne-QoL) to treatment for Acnes vulgaris in placebo-controlled clinical trials. *Quality of Life Research*, 11(8), 809-816.

Goodman, G. (2006). Acne: Natural history, facts and myths. *Australian Family Physician*, 35 (8), 613-616.

Green, L. (2010). The effect of skin conditions on patients' quality of life. *Nursing standard*, 25(9), 48-55.

Green, J., & Sinclair, R. (2011). Perceptions of acne vulgaris in final year medical student written examination answers. *Australian Journal of Dermatology*, 42, 98-101.

Gupta, M. A., & Gupta, A. K. (1998). Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *British Journal of Dermatology*, 139(5), 846-850. doi:10.1046/j.1365-2133.1998.02511.x

Gupta, M., A., Johnson, A. M., & Gupta, A. K. (1998). The Development of an Acne Quality of Life Scale: Reliability, Validity, and Relation to Subjective Acne Severity in Mild to Moderate Acne Vulgaris. *Acta Dermato-Venereologica*, 78(6), 451-456. doi:10.1080/000155598442773

Harju, B., & Bolen, L. (1998). The Effects of Optimism on Coping and Perceived Quality of Life of College Students. *Journal of Social Behavior and Personality*, 13(2), 185-200.

Hedden, S., Davidson, S., & Smith, C. (2008). Cause and Effect: The Relationship Between Acne and Self-Esteem in the Adolescent Years. *The Journal of Nurse Practitioners*, 595-600.

Helmes, E., McNeill, P. D., Holden, R. R., & Jackson, C. (2008). The construct of alexithymia: Associations with defense mechanisms. *Journal of Clinical Psychology*, 64(3), 318-331. doi:10.1002/jclp.20461

Hong, J., Koo, B., & Koo, J. (2008). The psychosocial and occupational impact of chronic skin disease. *Dermatologic Therapy*, 21(1), 54-59. doi:10.1111/j.1529-8019.2008.00170.x

Howarth, C. (2006). A social representation is not a quiet thing: exploring the critical potential of social representations theory. *British Journal of Social Psychology*, 45, 65-86.

Kojima, M. (2012). Alexithymia as a prognostic risk factor for health problems: a brief review of epidemiological studies. *BioPsychoSocial Medicine*, 6(1), 21. doi:10.1186/1751-0759-6-21

Kurtalić, N., & Hadžigrahić, N., Tahirović, H., & Šadić, S. (2010). Assessment of anxiety and depression in adolescents with acne vulgaris related to the severity of clinical features and gender. *Acta Medica Academica*, 39(2), 159-164. Retrieved from <http://www.anubih.ba/ama/vol-39-no-2-y10/Nermina%20Kurtalic.pdf>

Liu, L. (2004). Sensitising Concept, Themata and Shareness: A Dialogical Perspective of Social Representations. *Journal of the Theory of Social Behaviour*. 34 (3), 249-264.

Machat, S., Sharif, N., & Zimmo, S. (2013). Acne awareness and perception among population in Jeddah, Saudi Arabia. *Journal of the Saudi Society of Dermatology & Dermatologic Surgery*, 17 (2), 47-49.

Magin, P., Adams, J., Heading, G., Pond, D., & Smith, W. (2006). The Causes of Acne: A Qualitative Study of Patients Perceptions of Acne Causation and Their Implications for Acne Care. *Dermatology Nursing*, 18 (4), 344-349.

Marková, I. (2008). The Epistemological Significance of the Theory of social Representations. *Journal for the Theory of Social Behaviour*. 38 (4), 461-487.

Nast, A., Dréno, B., Bettoli, V., Degitz, K., Erdman, R., Finlay, A., ... Gollnick, H. (2011). European evidence based (S3) guidelines for the treatment of Acne. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 26(s1), 1-29. doi:10.1111/j.1468-3083.2011.04374.x

Niemeir, V., Kupfer, J., Demmelbauer-Ebner, M., Effendy, I., & Gieler, U. (1998). Coping with Acne vulgaris. *Dermatology*, 196(1), 108-115. doi:10.1159/000017842

Öztürk, P., Orhan, F., Özer, A., Karakas, T., Öksüz, A., & Yetişir, N. (2013). Assessment of Temperament and Character Profile with Anxiety and Depression in Patients with Acne. *Balkan Medical Journal*. 30(2), 161-166. doi:10.5152/balkanmedj.2012.101

Pawin, H., Chivot, M., Beylot, C., Faure, M., Poli, F., Revuz, J. et al (2007). Living with Acne: A Study of Adolescents's Personal Experiences. *Dermatology*, 215, 308-314.

Pearl, A., Arroll, B., Lello, J., & Birchall, N. (1998). The impact of acne: a study of adolescents' attitudes, perceptions and knowledge. *New Zealand Medical Journal*, 111, 269-271.

Picardi, A., Lega, I., & Tarolla, E. (2013). Suicide risk in skin disorders. *Clinics in Dermatology*, 31(1), 47-56. doi:10.1016/j.clindermatol.2011.11.006

Poli, F., Auffret, N., Beylot, C., Chivot, M., Faure, M., Moyse, D. et al. (2011). Acne as Seen by Adolescents: Results of Questionnaire Study in 852 French Individuals. *Acta Dermato-Venereologica*, 91, 531-536.

Ribeiro, J., & Rodrigues, A. (2004). Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do Brief COPE. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 3-15.

Rigopoulos, D., Gregoriou, S., Ifandi, A., Efstathiou, G., Georgala, S., Chalkias, J., et al (2007). Coping with acne: beliefs and perceptions in a sample of secondary school Greek pupils. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 21, 806-810.

Safizadeh, H., Nakhaee, N., Shamsi-meymandi, S., Pourdamghan, N. & Basra, M. (2014). Preliminary reliability and validity of Persian version of the Family Dermatology Life Quality Index (FDLQI). *Quality of Life Research*, 23, 869-875.

Salek, M., Jung, S., Brincat-Ruffini, L., MacFarlane, L., Lewis-Jones, M., Basra, M., & Finlay, A. (2013). Clinical experience and psychometric properties of the Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI), 1995-2012. *British Journal of Dermatology*, 169(4), 743-759. doi:10.1111/bjd.12437

Santos, C. & Cruz, O. (2013). Representações sociais de párocos portugueses sobre a toxicodependência. *Actas do VI Congresso Internacional da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Psicologia da Justiça*. 15-20.

Shaukat, S., Aman, S., Hussain, I., & Kazmi, A. (2013). The effect of oral doxycycline and topical 5% benzoyl peroxide on quality of life in patients with mild to moderate acne vulgaris. *Journal of Pakistan Association of Dermatologists*, 23(2), 173-179.

Schnider, K., & Elhai, J. (2007). Coping style use predicts posttraumatic stress and complicated grief symptom severity among college students reporting a traumatic loss. *Journal of Counseling Psychology*, 54 (3), 344-350.

Silva, A. N., & Vasco, A. B (2010, Fevereiro). *Alexitimia: Que processos emocionais? Que intervenção terapêutica?* Paper presented at Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia, Universidade do Minho, Portugal. Retrieved from de 4 a 6 de fevereiro 675-682. Conference paper.

Staerklé, C., Clémence, A. & Spini, D. (2011). Social Representations: A Normative and Dynamic Intergroup Approach. *Political Psychology*. 32 (5), 759-768.

Tahir, M., & Ansari, R. (2012). Beliefs, perceptions and expectations among acne patients. *Journal of Pakistan Association of Dermatologists*, 22, 98-104.

Tan, J., Vasey, K., & Fung, K. (2001). Beliefs and perceptions of patients with acne. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 44 (3), 439-445.

Tasoula, E., Gregoriou, S., Chalikias, J., Lazarou, D., Danopoulou, I., Katsambas, A., & Rigopoulos, D. (2012). The impact of acne vulgaris on quality of life and psychic health

in young adolescents in Greece. Results of a population survey. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 87(6), 862-869.

Tatasiewicz, K., Otdakowska, A., & Szczerkowska-Dobosz, A. (2012). Evaluation of knowledge about acne vulgaris among a selected population of adolescents of Tricity schools. *Postępy Dermatologii i Alergologii XXI*, 417-420.

Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2013). Psychoanalysis and Empirical Research: The Example of Alexithymia. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 61(1), 99-133. doi:10.1177/0003065112474066

Uhlenhake, E., Yentzer, B. A., & Feldman, S. R. (2010). Acne vulgaris and depression: a retrospective examination. *Journal of Cosmetic Dermatology*, 9(1), 59-63. doi:10.1111/j.1473-2165.2010.00478.x

Uslu, G., Sendur, N., Uslu, M., Sack, E., Karaman, G., Eskin, M. (2007). Acne: prevalence, perceptions and effects of psychological health among adolescents in Aydin, Turkey. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 22, 462-469.

Van Beek, M., Beach, S., Braslow, L., Braslow, J., & Chen, S. (2007). Highlights from the report of the working group on “core measures of the burden of skin diseases”. *Journal of Investigative Dermatology*, 127, 2701-2706. doi:10.1038/sj.jid.5701174

Veríssimo, R. (2003). Inteligência Emocional: da Alexitimia ao Controlo Emocional. *Acta Médica Portuguesa*, 16(6), 407-411.

Weiten, W. & Lloyd, M.A. (2008) *Psychology Applied to Modern Life* (9th ed.). Wadsworth Cengage Learning. ISBN 0-495-55339-5

Willemsen, R., Roseeuw, D., & Vanderlinden, J. (2007). Alexithymia and dermatology: the state of the art. *International Journal of Dermatology*, 47(9), 903-910. doi:10.1111/ijd.2008.47

Yahya, H. (2009). Acne vulgaris in Nigerian adolescents – prevalence, severity, beliefs, perceptions, and practices. *International Journal of Dermatology*, 48, 495-505.

Yang, Y. C., Tu, H. P., Hong, C. H., Chang, W. C., Fu, H. C., Ho, J. C., ... Lee, C. H. (2014). Female gender and acne disease are jointly and independently associated with the risk of major depression and suicide: A national population-based study. *BioMed Research International*, 2014, 1-7. doi:10.1155/2014/504279