

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA  
E DO ADOLESCENTE

**AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DEPRESSIVOS E DE  
ANSIEDADE EM CUIDADORES DE PACIENTES  
PEDIÁTRICOS COM DERMATITE ATÓPICA,  
PSORÍASE E VITILIGO**

TESE DE DOUTORADO

ANA PAULA DORNELLES DA SILVA MANZONI

Porto Alegre  
2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA  
E DO ADOLESCENTE

**AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DEPRESSIVOS E DE  
ANSIEDADE EM CUIDADORES DE PACIENTES  
PEDIÁTRICOS COM DERMATITE ATÓPICA,  
PSORÍASE E VITILIGO**

ANA PAULA DORNELLES DA SILVA MANZONI

A apresentação desta tese é exigência do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Doutor.

Orientadora: Prof. Dra. Tania Ferreira Cestari  
Co-Orientadora: Prof. Dra. Magda Blessmann Weber

Porto Alegre/RS, Brasil  
2011

A Banca Examinadora constituída pelos professores:

Profª Carolina Blaya Dreher	UFCSPA
Prof. Clécio Homrich da Silva	DPP/FAMED
Prof. Renan Rangel Bonamigo	UFCSPA
Profª Elza Daniel de Mello	deste PPG - Suplente
Profª Magda Blessmann Weber	UFCSPA – Co-orientadora
Profª Tania Ferreira Cestari	deste PPG – Orientadora

**M296a** Manzoni, Ana Paula Dornelles da Silva

**Avaliação da depressão e ansiedade nos cuidadores de pacientes pediátricos com dermatoses crônicas / Ana Paula Dornelles da Silva Manzoni ; orient. Tania Ferreira Cestari ; co-orient. Magda Blessmann Weber. – 2011.**

116 f. : il.

Tese (doutorado) – Universidade Federal Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Porto Alegre, BR-RS, 2011.

**1. Depressão 2. Ansiedade 3. Cuidadores 4. Criança 5. Adolescente 6. Dermatopatias I.** Cestari, Tania Ferreira II. Weber, Magda Blessmann III. Título.

NLM: WS 260

Dedico este trabalho a pessoas fundamentais na minha vida:

À minha amada mãe, Maria Helena, que nunca mediu esforços para investir na minha formação, superando todas as dificuldades e nunca me deixando desistir de meus sonhos.

À minha super-irmã, Cláudia, que sempre me apoiou irrestritamente em todas as minhas empreitadas e é uma grande fonte de inspiração de dedicação à vida científica.

A meu querido pai, Antônio, que muito cedo teve que partir, mas me deixou todo o legado do seu amor e de força para lutar pela vida.

Aos grandes amores da minha vida, meu marido Velton e meu filho Bernardo. Com eles conheci a inacreditável força e verdade do que é amar. São eles a razão do meu esforço para me tornar uma pessoa cada vez melhor.

## **AGRADECIMENTOS ESPECIAIS**

À Prof. Dra. Tania Ferreira Cestari, minha orientadora e meu exemplo profissional. Teu brilhantismo e conhecimento inesgotável eternamente vão me encantar. Muito obrigada por todos os ensinamentos, tanto na área dermatológica, quanto na ética e na moral. Levarei o teu exemplo para toda a vida. Sempre serei grata a ti.

À Prof. Dra. Magda Blessmann Weber, minha co-orientadora, exemplo de competência, profissionalismo e dedicação. Muito obrigada por todos os ensinamentos, conselhos e disponibilidade. Obrigada pelas oportunidades inestimáveis que me proporcionou.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus, que sempre me guiou e deu-me saúde para buscar o meu caminho!

Às alunas Aline Nagatomi, Rita Langie Pereira e Roberta Zaffari Townsend, brilhantes pesquisadoras que me auxiliaram em todo o transcurso deste estudo.

Ao Prof. Dr. Lúcio Bakos, por fazer parte da minha formação dermatológica e permitir-me compartilhar o seu imenso e admirável conhecimento.

Ao Prof. Dr. Renan Bonamigo, por ser uma fonte de inspiração profissional e me proporcionar importantes oportunidades de exercer a Dermatologia.

Ao Dr. Paulo de Tarso Fontes Neto, pela amizade e disponibilidade em auxiliar-me nas questões psiquiátricas.

Às Dras. Nicolle Mazzotti e Leticia Schenato, que conviveram diretamente comigo durante a execução do meu doutorado, sempre com palavras de estímulo e muito companheirismo.

Aos colegas e amigos Taciana Dini, Vanessa Cunha, Clarissa Prati, Cristine Kraemer, Cristiane Andrade, Josiane Viecili, Alessandra Baltazar, Roberto Rezende, Renato Bakos, Juliano Grock, Sandro Duarte, médicos eminentes, pela amizade e carinho especial.

Ao Prof. Dr. André Cartell, dermatopatologista de extremo conhecimento, pelos ensinamentos e pela amizade, lealdade e disponibilidade.

Ao Prof. Dr. Luiz Fernando Bopp Müller, às doutoras Márcia Zampese, Miriam Pargendler, Isabel Kuhl, Ane Simões Pires e Marlene Weissbluth, por dividirem comigo, com dedicação, os seus conhecimentos.

À enfermeira e amiga Dóris Menegon, pelo incentivo e disponibilidade constante.

Aos funcionários e residentes do Ambulatório de Dermatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre e

Universidade Luterana do Brasil, pela ajuda prestada na realização do estudo e pelo afeto a mim sempre demonstrado.

À Sra. Rosane Blanguer, secretária da pós graduação, pelo auxílio, dedicação, competência e, principalmente amizade.

Aos professores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, do Programa de Pós-Graduação em Medicina: Saúde da Criança e Adolescente, pelas orientações, críticas e esclarecimentos.

Por fim, aos pacientes e seus cuidadores que participaram deste estudo, com dedicação e cooperação, mostrando a preocupação com a melhora dos conhecimentos médicos, participando na busca de mais saúde para a nossa sociedade.

## RESUMO

**Introdução:** A literatura tem demonstrado que a presença de distúrbios emocionais nos cuidadores de crianças com dermatoses crônicas influenciam no curso e tratamento da doença. A ansiedade e a depressão estão entre os diagnósticos psiquiátricos mais relacionados, porém a maioria das publicações afere esta relação de forma indireta, através de escalas de qualidade de vida e não de escalas diretas para ansiedade e depressão. **Objetivo:** Avaliar a presença de ansiedade e depressão nos cuidadores de pacientes pediátricos com dermatite atópica, vitiligo ou psoríase e correlacioná-las à qualidade de vida dos pacientes, à extensão corporal total da doença e à área acometida exposta à visualização. **Materiais e Métodos:** Amostra composta por 118 pacientes com dermatite atópica, vitiligo e psoríase acompanhados pelo principal responsável por seus cuidados diários. A avaliação da ansiedade nos cuidadores foi realizada através da Escala de Hamilton de Ansiedade e a depressão através do Inventário de Beck para Depressão. Foi aplicado o Índice de Qualidade de Vida na Dermatologia Infantil. Aferiu-se a superfície corporal total acometida pela doença em áreas expostas à visualização através do modelo humano para queimados. **Resultados:** Ansiedade foi verificada em 36% dos cuidadores do grupo de pacientes com dermatite atópica, em 36% do grupo com psoríase e 42% do grupo com vitiligo. Depressão ocorreu em 36% dos cuidadores de pacientes com dermatite atópica, 36% dos responsáveis pelos pacientes com psoríase, e em 26% dos cuidadores de pacientes com vitiligo. Observou-se uma correlação significativa entre a pior qualidade de vida dos pacientes com vitiligo e a presença de depressão e ansiedade nos seus cuidadores. Quanto maior a superfície corporal total comprometida pela psoríase maior o índice de depressão e ansiedade nos seus cuidadores, e quanto maior superfície corporal em áreas expostas à visualização nos pacientes com vitiligo, maior a presença de ansiedade nos seus cuidadores. Na análise comparativa da qualidade de vida entre os três grupos de pacientes portadores de dermatoses, verificou-se que os pacientes com dermatite atópica e psoríase têm qualidade de vida significativamente piores que os portadores de vitiligo. **Conclusão:** A presença de ansiedade e depressão nos cuidadores de pacientes com vitiligo foi significativamente relacionada a uma pior qualidade de vida dos pacientes e a uma maior extensão da doença exposta à visualização. Entre os cuidadores de pacientes com psoríase, observaram-se maiores índices de depressão e ansiedade diante da maior superfície corporal total comprometida pela doença. Porém, os piores escores de qualidade de vida foram identificados entre os pacientes atópicos. Assim, acreditamos que distúrbios emocionais tendem a estar presentes no nicho familiar de crianças portadoras das dermatoses crônicas estudadas.

**Palavras-chave:** Dermatite Atópica. Psoríase. Vitiligo. Ansiedade. Depressão. Qualidade de Vida.

## ABSTRACT

**Introduction:** The literature has shown that the presence of emotional disturbances in caregivers of children with skin diseases affects the course and treatment of the disease. Anxiety and depression are among the most frequently reported psychiatric diagnoses related to this fact. However, most publications have attempted to gauge this relationship indirectly by using quality of life scales rather than direct scales developed for the evaluation of anxiety and depression. **Objective:** To evaluate the presence of anxiety and depression in caregivers of 118 pediatric patients with chronic skin disorders, exemplified by atopic dermatitis, psoriasis and vitiligo, and correlate them to the quality of life of the patients, total body area affected by the disease and the extent of that affected area exposed to view.

**Methods:** The sample consisted of patients with atopic dermatitis, vitiligo and psoriasis accompanied by their main caregiver. The levels of anxiety and depression in the caregivers were assessed using the Hamilton Anxiety Scale and the Beck Depression Inventory, respectively. The validated for Portuguese Children's Dermatology Life Quality Index was applied. The total body surface affected by the disease and the area exposed to view were measured using the human model for burn patients. **Results:** Anxiety was observed in 36% of the caregivers of the patients with atopic dermatitis, 36% of those of children affected by psoriasis and 42% of those responsible for pediatric patients with vitiligo. Depression occurred in 36% of the caregivers of patients with atopic dermatitis, 36% of those of children affected by psoriasis and 26% of those responsible for pediatric patients with vitiligo affected. There was a significant correlation between poor quality of life scores in patients with vitiligo and the presence of depression and anxiety in their caregivers. The greater the total body surface affected by psoriasis the higher the rate of depression and anxiety in their caregivers. For vitiligo, extensive surface body area corresponded to more intense anxiety in their caregivers. In the comparative analysis of the quality of life between the three groups of dermatoses, the quality of life of patients with atopic dermatitis and psoriasis was significantly worse than for those affected by vitiligo. **Conclusion:** The presence of anxiety and depression in caregivers of patients with vitiligo was significantly related to the lower quality of life of the patients and the greater extent of disease exposed to view. Among caregivers of patients with psoriasis, the larger total body surface affected by the disease, the higher were the observed levels of depression and anxiety. However, the worst quality of life scores were identified among atopic patients. Thus, we believe that emotional disorders tend to be present in the close family of children with the studied chronic skin diseases.

**Keywords:** Atopic Dermatitis. Psoriasis. Vitiligo. Anxiety. Depression. Quality of Life.

## LISTA DE ABREVIATURAS

**CDLQI** - Índice de Qualidade de Vida para Dermatologia em Crianças (*Children's Dermatology Life Quality Index*)

**CID-10** - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

**DA** - Dermatite Atópica

**DMS-IV** - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*)

**EHA** - Escala de Hamilton de Ansiedade

**HCPA** – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**IBD** - Inventário de Beck para Depressão

**Ps** - Psoríase

**PUVA** - Psoraleno Associado à Radiação Ultravioleta A

**OMS** - Organização Mundial da Saúde

**QoL** - Qualidade de Vida (*Quality of Life*)

**TNF** - Fator de Necrose Tumoral (*Tumor necrosis factor*)

**TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UFCSPA** – Universidade de Ciências da Saúde de Porto Alegre

**ULBRA** – Universidade Luterana do Brasil

**UFRGS** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

**UVA** - Ultravioleta A

**UVB** - Ultravioleta B

**Vi** - Vitiligo

## LISTA DE FIGURAS - TESE

<b>Figura 1:</b> Lactente com eczema pruriginoso na face e membros superiores.....	16
<b>Figura 2:</b> Lactente com eczema agudo malar.....	16
<b>Figura 3:</b> Eczema subagudo na fossa anticubital do membro superior direito.....	17
<b>Figura 4:</b> Eczema periocular esquerdo com presença da dupla prega de Dennie-Morgan na pálpebra inferior .....	18
<b>Figura 5:</b> Intensa liquenificação na porção posterior dos membros inferiores.....	18
<b>Figura 6:</b> Manchas e máculasacrômicas nas mãos e no abdômen.....	23
<b>Figura 7:</b> Manchasacrômicas na face e na região cervical .....	23
<b>Figura 8:</b> Psoríase invertida caracterizada por lesões eritêmato-escamosas localizadas na região das fraldas .....	29
<b>Figura 9:</b> Psoríase generalizada de von Zumbusch caracterizada por pústulas assépticas sob placas eritematosas localizadas na região cervical e no dorso .....	30

## LISTA DE TABELAS DOS ARTIGOS

### ARTIGO 1 EM PORTUGUÊS

**Tabela 1:** Comparação entre a qualidade de vida dos pacientes com dermatoses crônicas e superfície corporal total e exposta comprometida pela doença em relação à presença ou ausência de depressão nos cuidadores ..... 64

**Tabela 2:** Comparação da presença de ansiedade e depressão nos cuidadores e qualidade de vida nos pacientes entre os três grupos de dermatoses crônicas ..... 65

### ARTIGO 1 EM INGLÊS

**Table 1:** Comparison of the quality of life of patients with chronic skin diseases and total body surface exposed and affected by the disease in relation to the presence or absence of depression in their caregivers ..... 81

**Table 2:** Comparison of the presence of anxiety and depression in the caregivers and quality of life of pediatric patients with chronic skin diseases ..... 82

### ARTIGO 2 EM PORTUGUÊS

**Tabela 1:** Análise comparativa entre os grupos de dermatoses com a qualidade de vida, a superfície total acometida pela doença e em áreas expostas à visualização..... 97

**Tabela 2:** Análise comparativa entre os três grupos de dermatoses e as perguntas que avaliam a qualidade de vida pelo CDLQI ..... 98

**Tabela 3:** Análise comparativa entre os três grupos de dermatoses e os domínios que avaliam a qualidade de vida pelo CDLQI ..... 100

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>14</b>
2.1 DERMATOSES CRÔNICAS PEDIÁTRICAS .....	14
<b>2.1.1 Dermatite Atópica</b> .....	<b>14</b>
2.1.1.1 <i>Dermatite Atópica – Quadro Clínico e Diagnóstico</i> .....	15
2.1.1.2 <i>Dermatite Atópica - Aspectos Psicossociais</i> .....	19
2.1.1.3 <i>Dermatite Atópica – Tratamento</i> .....	20
<b>2.1.2 Vitiligo</b> .....	<b>21</b>
2.1.2.1 <i>Vitiligo – Quadro Clínico e Diagnóstico</i> .....	21
2.1.2.2 <i>Vitiligo – Aspectos Psicossociais</i> .....	23
2.1.2.3 <i>Vitiligo - Tratamento</i> .....	24
<b>2.1.3 Psoríase</b> .....	<b>26</b>
2.1.3.1 <i>Psoríase – Quadro Clínico e Diagnóstico</i> .....	26
2.1.3.2 <i>Psoríase – Aspectos Psicossociais</i> .....	30
2.1.3.3 <i>Psoríase - Tratamento</i> .....	30
2.2 ANSIEDADE E DEPRESSÃO .....	33
<b>2.2.1 Ansiedade</b> .....	<b>33</b>
<b>2.2.2 Depressão</b> .....	<b>35</b>
2.2 QUALIDADE DE VIDA .....	37
<b>3 JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>40</b>
<b>4 OBJETIVOS</b> .....	<b>41</b>
4.1 GERAL .....	41
4.2 ESPECÍFICOS .....	41
<b>5 MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	<b>42</b>
5.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA .....	42

5.2 POPULAÇÃO ALVO .....	42
5.3 AMOSTRA .....	43
5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO .....	43
5.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO .....	44
5.6 VARIÁVEIS DE ESTUDO .....	44
5.7 LOGÍSTICA DO ESTUDO .....	45
<b>6 ANÁLISE ESTATÍSTICA .....</b>	<b>47</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....</b>	<b>48</b>
<b>8 CONCLUSÕES .....</b>	<b>48</b>
<b>9 REFERÊNCIAS .....</b>	<b>49</b>
<b>ARTIGO 1 – VERSÃO EM PORTUGUÊS .....</b>	<b>57</b>
<b>ARTIGO 1 – VERSÃO EM INGLÊS .....</b>	<b>74</b>
<b>ARTIGO 2 - VERSÃO EM PORTUGUÊS .....</b>	<b>90</b>
ANEXO 1: <i>Check list</i> com Critérios de Exclusão dos Pacientes.....	108
ANEXO 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	109
ANEXO 3 - Dados de Identificação do Paciente.....	111
ANEXO 4 - Escala de Hamilton para Ansiedade .....	112
ANEXO 5 - Inventário de Beck para Depressão .....	113
ANEXO 6 - Escore da Qualidade de Vida na Dermatologia Infantil.....	116

## 1 INTRODUÇÃO

Muitos são os autores que discorrem sobre a estreita relação entre a pele e o psiquismo. Esta associação mostra-se importante desde a constituição do ego até o entendimento da pele como via de comunicação com o mundo externo (LUDWIG *et al.*, 2009). Baseados nestas evidências, estudos vêm demonstrando a influência das questões psíquicas no tratamento de determinadas dermatoses, a fim de compreendê-las e de obterem-se melhores resultados terapêuticos (CARROLL *et al.*, 2005; FORTUNE *et al.*, 2002; WEBER *et al.*, 2008).

No âmbito da dermatologia pediátrica, deve-se atentar para a intensa ligação biológico-emocional entre a criança e o seu responsável, bem como a capacidade destes de influenciar o comportamento infantil (LUDWIG *et al.*, 2006). A pele tem um papel importante nesta relação, pois é através dela que a criança percebe suas primeiras sensações e começa a identificar o que lhe é prazeroso ou não (NEME *et al.*, 2008). Assim, a presença de uma dermatose pode levar a repercussões no vínculo pais e filhos e no desenvolvimento saudável da criança (BICK, 1986; NEME *et al.*, 2008).

Estima-se que um terço dos pacientes com dermatoses apresente alguma influência psicossomática na gênese da doença (LUDWIG *et al.*, 2009). Por isso, torna-se importante avaliar as dificuldades enfrentadas pelo paciente e a sua capacidade de fornecer respostas adaptativas saudáveis. Na população pediátrica, não existem dados epidemiológicos que estimem a influência da psicossomatização. Alguns autores defendem a teoria de que as doenças cutâneas de início precoce não tendem a relacionar-se a um evento psíquico desencadeador (MANZONI e GRAZZIOTIN, 2009; POTOCKA *et al.*, 2009). Todavia, estudos já vêm demonstrando que as crianças são suscetíveis aos desequilíbrios do ambiente em que vivem e, em consequência, a uma parcela de psicossomatização sobre a doença

(LUDWIG *et al.*, 2006; LUDWIG *et al.*, 2009; KENT e KEOHANE, 2001, LINTHORST HOMAN *et al.*, 2008).

Autores relatam que privações ou estresse no início do desenvolvimento da criança provocam alterações persistentes em estruturas encefálicas e em secreções neuroendócrinas (AZAMBUJA, 1992; NEME *et al.*, 2008). Além disso, publicações têm demonstrado a influência de fatores estressantes na obtenção de bons resultados terapêuticos nas dermatoses pediátricas e apontam para a necessidade de acompanhamento cognitivo-comportamental tanto para crianças como para seus familiares (GOH *et al.*, 2007; WEBER *et al.*, 2008; RICCI *et al.*, 2009). Estudos demonstram o claro impacto negativo da dermatose na vida familiar e constataam que os cuidadores tendem a sentir-se sobrecarregados, a apresentar distúrbios do sono, a ter medo do futuro, além de faltar ao trabalho e a abandonar o emprego com mais frequência para assistir à criança doente (WEBER *et al.*, 2008; LUDWIG *et al.*, 2009 ).

Distúrbios comportamentais dos cuidadores podem repercutir no adoecimento da criança, no curso terapêutico da doença e na formação de adultos mal-adaptados ao mundo em que vivem (CARROLL *et al.*, 2005; FRIED *et al.*, 2005; PICARDI *et al.*, 2005; GOH *et al.*, 2007; RICCI *et al.*, 2009). A ansiedade e a depressão dos pais estão entre os diagnósticos psiquiátricos que mais repercutem sobre as dermatoses pediátricas (CVETKOVSKI *et al.*, 2006; HONG *et al.*, 2008; LOVEY *et al.*, 2008; HAYES e KOO, 2010). Porém, a grande maioria das publicações afere esta relação de forma indireta, principalmente através de escalas que mensuram o impacto da doença na qualidade de vida. (CVETKOVSKI *et al.*, 2006; HONG *et al.*, 2008; HAYES e KOO, 2010)

O presente estudo tem por objetivo a avaliação, através de escalas diretas, da ansiedade e da depressão em cuidadores de pacientes pediátricos com dermatite atópica, vitiligo e psoríase, consideradas importantes dermatoses crônicas da infância, e correlacioná-las à qualidade de vida dos pacientes.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 DERMATOSES CRÔNICAS PEDIÁTRICAS

A dermatite atópica (DA), o vitiligo (Vi) e a psoríase (Ps) são importantes dermatoses crônicas da faixa etária pediátrica (KIKEN e SILVERBERG, 2001; KEFI *et al.*, 2011). Autores as descrevem como doenças intrinsecamente vinculadas a repercussões e influências do psiquismo. Estudos relatam que a ansiedade, a depressão e a redução na qualidade de vida dos pacientes e seus familiares estão entre as principais repercussões evidenciadas (CARROLL *et al.*, 2005; HAYES e KOO, 2010; SCHWARTZ e SEPULVEDA, 2009).

A seguir serão descritos os principais dados epidemiológicos, manifestações clínicas, formas diagnósticas, aspectos psicossociais e terapêuticos destas dermatoses. Posteriormente serão abordados pontos relevantes da ansiedade e da depressão, além de questões referentes à qualidade de vida e a sua relação com a Dermatologia.

#### 2.1.1 Dermatite Atópica

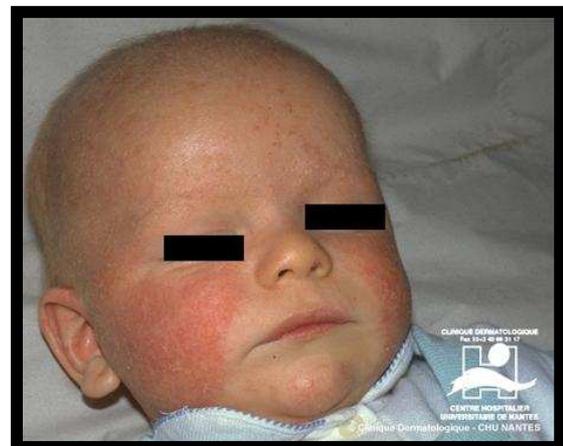
A dermatite atópica é uma doença mundialmente comum, que pode ocorrer em qualquer faixa etária, mas cerca de 90% dos casos surge antes dos cinco anos de idade. Estudos estimam que sua prevalência varia entre 10 a 20% das crianças em idade escolar, e observam a tendência a um aumento progressivo nos últimos anos. Existe uma discreta predominância no sexo feminino, e fatores genéticos, imunológicos e ambientais estão envolvidos na etiologia da doença. Como desencadeantes e exacerbantes significativos podem ser citados os aeroalergenos, alergenicos de contato, agentes infecciosos, principalmente

o *Staphylococcus aureus*, e fatores emocionais (ELLIS e LUGER, 2003; LIPOZENCIC e LJUBOJEVIC, 2009; KEFI ET AL, 2011).

### 2.1.1.1 Dermatite Atópica – Quadro Clínico e Diagnóstico

A dermatite atópica é uma doença caracterizada pela presença de prurido, eczema e xerose cutânea. Seu quadro clínico clássico pode ser classificado de acordo com a faixa etária do paciente (ELLIS e LUGER, 2003; LIPOZENCIC e LJUBOJEVIC, 2009; KEFI *et al.*, 2011).

**Fase do lactente:** estende-se do nascimento até os 24 meses de idade. Caracteriza-se por lesões localizadas na face, principalmente nas regiões malar e frontal, e no couro cabeludo (Figura 1). Pode acometer outros locais da pele, porém tende a poupar a área das fraldas. O eczema agudo com a presença do eritema, da descamação, da vesiculação e da exsudação é o mais frequente nesta fase (Figura 2) (ELLIS e LUGER, 2003; LIPOZENCIC e LJUBOJEVIC, 2009; KEFI *et al.*, 2011).



**Figura 2:** Lactente com eczema agudo malar

**Figura 1:** Lactente com eczema pruriginoso na face e membros superiores

**Fase juvenil:** ocorre entre os 24 meses e os 12 anos de idade. Neste período, as lesões tendem a localizar-se nas fossas poplíteas e anticubitais, na região cervical, nos punhos e tornozelos (Figura 3). As lesões eczematosas estão predominantemente na fase subagudas (mesclando áreas com eczema agudo e liquenificação) (Figura 3) (ELLIS e LUGER, 2003; LIPOZENCIC e LJUBOJEVIC, 2009; KEFI *et al.*, 2011).



**Figura 3:** Eczema subagudo na fossa anticubital do membro superior direito

**Fase adulta:** ocorre a partir dos 12 anos. Nesta fase, as lesões encontram-se, principalmente, nas flexuras, na região periocular e região cervical, e nas mãos (Figuras 4 e 5). O eczema é caracteristicamente crônico, com a predominância da liquenificação. São poucos os pacientes que chegam a esta fase, pois a maioria não tem mais manifestações clínicas da DA a partir da adolescência. Porém os pacientes que perpetuam a doença tendem a apresentar quadros clínicos mais graves (ELLIS e LUGER, 2003; LIPOZENCIC e LJUBOJEVIC, 2009; KEFI *et al.*, 2011).



**Figura 4:** Eczema periorcular esquerdo com presença da dupla prega de Dennie-Morgan na pálpebra inferior  
([http://zope.dermis.net/e02orgs/index\\_eng.html](http://zope.dermis.net/e02orgs/index_eng.html))



**Figura 5:** Intensa liquenificação na porção posterior dos membros inferiores

Além do quadro clínico clássico da dermatite atópica, podem ser observadas formas atípicas da doença e dermatoses associadas a ela. Como **formas atípicas da dermatite atópica**, podem ser citadas as fissuras infranasais e retroauriculares, a dermatite palmo-plantar, a queilite perioral, o eczema dos mamilos, a dermatite vulvar crônica, o eczema numular, a desidrose, a dermatite atópica invertida, a dermatite pápulo-nodular ou prurigoide e a eritrodermia atópica (LIPOZENCIC e LJUBOJEVIC, 2009; KEFI *et al.*, 2011). Como **manifestações associadas** pode ser encontrada a pitiríase alba, a ceratose pilar, a

hiperlinearidade palmo-plantar, o escurecimento periorbitário, a linha de Dennie-Morgan (Figura 4), as pregas anteriores do pescoço, a ceratoconjuntivite, a palidez cutânea, o dermatografismo branco (LIPOZENCIC e LJUBOJEVIC, 2009; KEFI *et al.*, 2011).

O diagnóstico dos quadros clássicos da dermatite atópica está baseado na história clínica do paciente e nas manifestações dermatológicas supracitadas, porém existem autores que propuseram critérios com o intuito de objetivar o diagnóstico. Entre os mais utilizados estão os de Hanifin e Rajka (1980) e do Reino Unido (1994) (LIPOZENCIC e LJUBOJEVIC, 2009; KEFI *et al.*, 2011).

Os **critérios de Hanifin e Rajka** são compostos por critério maiores e menores. Para considerar o quadro clínico como dermatite atópica, há a necessidade da presença de pelo menos três critérios maiores e três menores (ELLIS e LUGER, 2003; LIPOZENCIC e LJUBOJEVIC, 2009; KEFI *et al.*, 2011).

- a) Critérios maiores: prurido, curso crônico e recorrente, antecedente familiar ou pessoal de atopia, topografia e morfologia clássicas;
- b) Critérios menores: início precoce, xerodermia, ictiose, ceratose pilar, reatividade imediata a testes cutâneos, imunoglobulina E aumentada, tendência a infecções cutâneas, dermatite inespecífica de pés e mão, eczema de mamilos, queilite, conjuntivite recorrente, prega de Dennie-Morgan, ceratocone, catarata subcapsular anterior, escurecimento periorbitário, pitíriase alba, prega anterior do pescoço, prurido ao suar, intolerância alimentar e dermatografismo branco.

Os **critérios do Reino Unido** são caracterizados pela presença de doença cutânea pruriginosa nos últimos 12 meses, acrescido de três ou mais dos seguintes critérios:

- a) idade de início anterior aos 2 anos;
- b) histórico de afecção flexural;
- c) histórico de xerodermia;

- d) histórico pessoal de outra doença atópica;
- e) dermatite flexural visível ou por protocolo fotográfico.

(ELLIS e LUGER, 2003; LIPOZENCIC e LJUBOJEVIC, 2009; KEFI *et al.*, 2011)

Não existe um teste laboratorial específico para diagnosticar a dermatite atópica.

### *2.1.1.2 Dermatite Atópica - Aspectos Psicossociais*

O curso crônico da dermatite atópica, a intensidade e o desconforto do prurido e a falta de um prognóstico de cura trazem sérias implicações para a vida pessoal e familiar dos atópicos. A incidência da atopia vem aumentando muito nas últimas décadas, principalmente nos países industrializados, o que vem evidenciando as dificuldades de adequação social, escolar e familiar dos pacientes (ARVOLA *et al.*, 2000; LAPIDUS 2001; KIEBERT *et al.*, 2002).

Os atópicos com manifestações cutâneas tendem a lidar com questões secundárias à exposição visual das lesões. Este fato decorre das frequentes e errôneas relações com o risco de contágio e conseqüente aumento do isolamento e estigmatização dos pacientes (CARROLL *et al.*, 2005; KIKEN e SILVERBERG, 2006). Alguns estudos chegam a descrever que os pacientes com dermatite atópica são indivíduos mais inseguros, dependentes, sensíveis, inquietos, hiperativos e reprimidos emocionalmente. Porém, ainda existem poucas evidências de que realmente exista uma personalidade atópica específica (BUSKE-KIRSCHBAUN *et al.*, 2001; LINNET e JEMEC 2001; STÄNDER 2002).

Alterações psíquicas e impacto negativo na vida familiar vêm sendo relacionados ao desencadeamento e à exacerbação desta dermatose (BALKRISHNAN *et al.*, 2003). É relatado a presença de sentimentos de sobrecarga, punição, ansiedade, depressão, baixa auto estima,

além de maiores índices de falta ao trabalho e perda de emprego em prol dos cuidados necessários para com o doente (BALKRISHNAN *et al.*, 2003; COGHI *et al.*, 2007). O suporte psicológico aos pacientes e suas famílias vem sendo descrito como um importante coadjuvante no processo terapêutico da doença. Ele repercute positivamente na manutenção das exaustivas rotinas de tratamento e prevenção, além de auxiliar no processo de aceitação da dermatose (BALKRISHNAN *et al.*, 2003; LIPOZENCIC e LJUBOJEVIC, 2009; KEFI *et al.*, 2011).

### *2.1.1.3. Dermatite Atópica – Tratamento*

Um dos principais pontos no tratamento da dermatite atópica é explicar ao paciente de que se trata de uma doença crônica e recidivante para a qual não há cura, nem terapêutica única ideal. Este fato é importante para que as famílias mantenham a adesão às condutas prescritas e a regularidade no acompanhamento (LIPOZENCIC e LJUBOJEVIC, 2009; KEFI *et al.*, 2011).

O tratamento deve ser focalizado principalmente no controle do prurido, da xerodermia, da eczematização e das infecções secundárias (LIPOZENCIC e LJUBOJEVIC, 2009; KEFI *et al.*, 2011). Ele baseia-se na educação e cuidados gerais do paciente quanto aos hábitos que podem desencadear ou agravar a doença tais como, banhos quentes e demorados, uso excessivo de sabões e de tecidos sintéticos. O controle da xerodermia é vital para o tratamento, por isso a introdução de uma hidratação cuidadosa da pele não deve ser negligenciada. O uso de corticóides ou imunomoduladores tópicos é necessário para a melhora do eczema, e o de anti-histaminicos sedantes é importante para auxiliar do controle do prurido. Em situações graves e de exceção, podem ser utilizadas outras alternativas, como

fototerapia, antibióticos e corticóides orais, além de imunomoduladores sistêmicos (LIPOZENCIC E e LJUBOJEVIC, 2009; KEFI *et al.*, 2011).

### ***2.1.2 Vitiligo***

O vitiligo acomete cerca de 1% da população em geral, sendo 50% em menores de 20 anos e 25% antes dos 10 anos (LINTHORST HOMAN *et al.*, 2008; SAMPOGNA *et al.*, 2008). Caracteriza-se pela despigmentação da pele e por ser uma dermatose assintomática; ainda assim, está significativamente relacionada à redução na qualidade de vida (PARSAD *et al.*, 2003; LINTHORST HOMAN *et al.*, 2008; SAMPOGNA *et al.*, 2008). Não há predileção de sexo ou raça nos pacientes acometidos (ORTONNE, 2011).

O vitiligo é considerado uma doença adquirida, idiopática, em que os melanócitos funcionais desaparecem da pele através de mecanismos ainda não totalmente elucidados, deixam de produzir a pigmentação da pele. Postula-se que a doença tenha origem multifatorial, dentre as quais influências genéticas, mecanismos autoimunes, defeitos intrínsecos dos melanócitos, alterações celulares bioquímicas e oxidativas, sobrevivência reduzida dos melanócitos e melanocitorragia transepidérmica (GROYSMAN, 2010; ORTONNE, 2011).

#### ***2.1.2.1 Vitiligo – Quadro Clínico e Diagnóstico***

Classicamente, o vitiligo caracteriza-se por manchas ou máculas amelanóticas circundadas por pele normal. Elas podem acometer qualquer região do corpo humano, porém há predileção por determinadas áreas como face, dorso das mãos, mamilos, axilas, região sacral, inguinal e ano-genital (Figuras 6 e 7). Muitas vezes, o local preferencial de

aparecimento das lesões é aquele sujeito a traumatismos e pressão, como mãos, pés, cotovelos e joelhos. Caracteristicamente, é uma doença cujas lesões são assintomáticas e não ocasiona risco à integridade do paciente, sendo o seu principal desconforto secundário à exposição visual e a seu julgamento estético (NOGUEIRA *et al.*, 2009; CESTARI e KRAEMER, 2010; GROYSMAN, 2010, ORTONNE, 2011).



**Figura 6:** Manchas e máculas acrômicas nas mãos e no abdômen



**Figura 7:** Manchas acrômicas na face e na região cervical

As lesões de vitiligo são classificadas conforme seu padrão de distribuição característico. O **vitiligo localizado focal** é aquele cuja mácula acrômica é isolada em uma região anatômica; já o **vitiligo localizado segmentar** caracteriza-se por lesões dispostas sobre um segmento anatômico e é geralmente unilateral. Ambas são as apresentações mais

frequentes nas crianças (CESTARI e KRAEMER, 2010). O **vítigo generalizado difuso ou vulgar** é aquele com lesões de distribuição simétrica, que envolvem superfícies extensoras, como membros e regiões periorificiais (olhos, boca e ânus). O **vítigo generalizado universal** é caracterizado pela presença de lesões em grandes extensões corporais, mucosas e nas regiões palmo-plantares (CESTARI e KRAEMER, 2010, ORTONNE, 2011).

O diagnóstico do vitiligo é geralmente realizado através das manifestações clínicas e raramente há a necessidade de exames complementares ou biópsia. Devido a sua associação com doenças autoimunes, principalmente as disfunções tireoidianas, a anemia perniciosa, a alopecia areata, a doença de Addison e a diabetes, é recomendável avaliação clínico-laboratorial que exclua a coexistência destas doenças (GROYSMAN, 2010; CESTARI e KRAEMER, 2010, ORTONNE, 2011).

### *2.1.2.2 Vitiligo – Aspectos Psicossociais*

O vitiligo é uma dermatose caracterizada pela ausência de sintomas, porém muito relacionada ao sofrimento psíquico dos pacientes (NOGUEIRA *et al.*, 2009; PARSAD *et al.*, 2003). Estudos que avaliam a qualidade de vida de pacientes com vitiligo constataram a presença de baixa auto estima e de uma imagem corporal ruim (SAMPOGNA *et al.*, 2008; LINTHORST-HOMAN *et al.* 2008.) Por isso, o sofrimento gerado pela doença não pode ser mensurado por seus sintomas, e necessita uma abordagem humanizada do problema (NOGUEIRA *et al.*, 2009). Autores que investigaram a análise de distúrbios psiquiátricos em pacientes com vitiligo demonstram a presença de pelo menos um diagnóstico de alterações psíquicas em até 25% dos pacientes (MATTOO *et al.*, 2002). Sentimentos como aborrecimento, angústia, vergonha, depressão, privações sociais são citados pela maioria dos

pacientes (SAMPOGNA *et al.*,2008). Alguns autores defendem que pacientes com vitiligo estão mais propensos a sofrimento psíquico do que portadores de outras dermatoses psicocutâneas como a psoríase, a alopecia areata, a dermatite atópica, a acne vulgar e a urticária (TABORDA *et al.*, 2005). Dermatoses inestéticas como o vitiligo são uma questão especial na infância e na adolescência, pois nesta faixa etária os pacientes estão em franco processo de formação e de desenvolvimento de seu senso de identidade, além de apresentarem vulnerabilidade emocional mais acentuada (LINTHORST-HOMAN *et al.*, 2008; PARSAD *et al.*, 2003). As más experiências vividas pelos pacientes nesta faixa etária repercutem na vida adulta e interferem na sua ambientação social (LINTHORST-HOMAN *et al.*, 2008). Estudos afirmam que nas consultas médicas dos pacientes com vitiligo as manchas acrômicas não são o principal foco de preocupação, pois elas não lhes causam desconfortos físicos. O alvo principal a ser abordado é o sofrimento psíquico que assola os pacientes e seus familiares (NOGUEIRA *et al.*, 2009). Deve-se atentar para o risco de desvalorização do sofrimento e das queixas psíquicas destes pacientes, dando-se especial relevância à psicossomatização no desencadeamento e agravamento da doença (CESTARI e KRAEMER, 2010).

### *2.1.2.3 Vitiligo - Tratamento*

A maioria dos pacientes com vitiligo não apresenta bons resultados com o uso de uma única forma terapêutica (GROYSMAN, 2010). Além disso, os tratamentos tendem a ser demorados e sem melhora garantida (CESTARI e KRAEMER, 2010). As opções terapêuticas devem ser individualizadas pelo subtipo e extensão da doença, e pela da faixa etária do paciente (GROYSMAN, 2010).

Os **corticóides** estão entre as terapêuticas mais utilizadas. Sua forma sistêmica é uma importante opção para os casos mais extensos ou de rápida progressão (ELLIS e LUGER, 2003; LIPOZENCIC e LJUBOJEVIC, 2009; KEFI *et al.*, 2011). Os corticóides tópicos ou intralesionais são usados em áreas mais localizadas, devendo evitar seu uso na face e em regiões sujeitas à oclusão, como a anogenital (GROYSMAN, 2010; ORTONNE, 2011). O uso deste fármaco deve ser cuidadosamente monitorado em razão dos riscos de toxicidade e de efeitos adversos. Para minimizá-los, procura-se usar esquemas em pulsos e nas menores doses efetivas possíveis (GROYSMAN, 2010; CESTARI e KRAEMER, 2010, ORTONNE, 2011).

Os **imunomoduladores tópicos** (tacrolimo e pimecrolimo) são considerados uma boa alternativa terapêutica, principalmente em lesões localizadas na face e nos genitais. Outra forma de terapêutica tópica bem descrita na literatura são os **análogos da vitamina D** com o calcipotriol ou calcitriol (GROYSMAN, 2010; CESTARI e KRAEMER, 2010, ORTONNE, 2011).

A **fototerapia ou fotoquimioterapia tópica ou sistêmica** são alternativas bem descritas. A radiação ultravioleta A (UVA) é usualmente utilizada em associação com psoralenos (trimetilpsoralenos e 5 ou 8 metilpsoraleno). A radiação ultravioleta B (UVB) é utilizada de forma isolada e preferencialmente como banda estreita. O excimer *laser* e os **tratamentos cirúrgicos**, como transplante de células ou minienxertos, são utilizados principalmente em lesões limitadas e estáveis (CESTARI e KRAEMER, 2010, ORTONNE, 2011). (ELLIS e LUGER, 2003; LIPOZENCIC e LJUBOJEVIC, 2009; KEFI *et al.*, 2011)

Outras formas adjuvantes alternativas para o tratamento do vitiligo são a ingestão de vitamina B12 e ácido fólico, o uso de 5-fluoracil tópico, de melagenina, de dopa tópica ou sistêmica (CESTARI e KRAEMER, 2010).

### 2.1.3 Psoríase

A psoríase é uma dermatose inflamatória crônica que acomete igualmente ambos os sexos e pode ocorrer em qualquer idade (TAKAHASHI, 2009). Sua prevalência é de até 3% da população em geral, sendo 4% antes dos 16 anos (PALLER e MANCINI, 2009). Embora o agente causal da psoríase seja desconhecido, a doença está associada à predisposição genética e um terço dos pacientes refere histórico familiar positivo. (TAKAHASHI, 2009) Pelo que se conhece até o momento, a psoríase tem uma herança multifatorial, com diversos genes implicados e com vários fatores desencadeantes, que desempenham função importante na expressão da doença (TAKAHASHI, 2009, VAN DE KERKHOF e SCHALKWIJK, 2011). Os fatores implicados no aparecimento ou exacerbação da psoríase são traumatismos cutâneos; infecções; uso de fármacos como os betabloqueadores, antimaláricos e antiinflamatórios não-hormonais; hipocalcemia; distúrbios endócrinos e metabólicos; ingestão aumentada de álcool, variações climáticas e estresse emocional (TAKAHASHI, 2009, VAN DE KERKHOF e SCHALKWIJK, 2011).

#### 2.1.3.1 Psoríase – *Quadro Clínico e Diagnóstico*

O diagnóstico da doença baseia-se principalmente nas manifestações clínicas que, na maioria das vezes, são típicas (TAKAHASHI, 2009; VAN DE KERKHOF e SCHALKWIJK, 2011). O eritema e a escama constituem os elementos macromorfológicos clássicos da psoríase. Além deles, outras características podem ser encontradas, como bordas bem definidas e uma zona clara perilesional (halo de Woronoff). Na curetagem metódica de Brocq, é possível evidenciar a presença de escamas espessas e nacaradas (sinal da vela), seguidas do

aparecimento de uma tênue membrana (membrana derradeira) e pontuações sanguinolentas (sinal do orvalho sangrante ou sinal de Auspitz) (TAKAHASHI, 2009). São poucas as ocasiões em que há a necessidade da realização de uma biópsia confirmatória para o diagnóstico de psoríase (VAN DE KERKHOF e SCHALKWIJK, 2011).

A psoríase pode ser classificada de acordo com a sua apresentação clínica:

A **psoríase em placa** é a manifestação mais comum, e caracteriza-se por lesões eritemato-pápulo-descamativas bem delimitadas, usualmente assintomáticas, com distribuição bilateral e grosseiramente simétrica. As áreas de predileção são os cotovelos, os joelhos, o couro cabeludo e a região lombo-sacra (TAKAHASHI, 2009; VAN DE KERKHOF e SCHALKWIJK, 2011).

A **psoríase gutata ou eruptiva** caracteriza-se por lesões de aparecimento agudo, pápulo-escamosas, múltiplas e principalmente acometendo o tronco e a raiz dos membros. A maior parte dos pacientes apresenta histórico de infecção estreptocócica prévia e a faixa etária mais acometida são crianças e adultos jovens. Cerca de 30% dos casos apresentam resolução espontânea do quadro clínico (TAKAHASHI, 2009; VAN DE KERKHOF e SCHALKWIJK, 2011).

A **psoríase invertida** manifesta-se tipicamente na região das fraldas e é mais comumente vista em crianças (Figura 8). Pela umidade aumentada da região, as escamas próprias da psoríase podem não ser facilmente visualizadas, e necessitar-se diagnóstico diferencial com as dermatites das fraldas e a dermatite seborréica infantil (TAKAHASHI, 2009).



**Figura 8:** Psoríase invertida caracterizada por lesões eritemato-escamosas localizadas na região das fraldas  
(Cortesia do acervo do Serviço de Dermatologia do HCPA)

A **psoríase ungueal** pode apresentar-se como uma manifestação clínica isolada ou associada a outras formas de psoríase. Na infância, pode estar presente em até 50% dos pacientes. Sua apresentação mais comum são depressões cupiliformes, que são indistinguíveis das encontradas em outras doenças como a alopecia areata e a dermatite atópica. Assim, há a necessidade de associá-las a outras manifestações clínicas para selar o diagnóstico. Também podem ser encontradas alterações na cor da lâmina ungueal, onicólise e hiperqueratose ungueal (TAKAHASHI, 2009).

A **psoríase pustulosa** manifesta-se pela presença de pústulas estéreis na pele e pode caracterizar-se por lesões localizadas ou generalizadas. As formas localizadas dividem-se em pustulosa palmo-plantar e acrodermatite contínua de Hallopeau. As formas generalizadas são mais frequentes na infância e dividem-se nas formas agudas de von Zumbusch, anular ou exantemática. Elas são caracteristicamente graves e apresentam comprometimento sistêmico concomitante as lesões cutâneas (Figura 9). O principal fator precipitante da forma generalizada é a retirada intempestiva dos corticóides, porém na infância tende a ser cíclica e não apresentar explicações claras da causa e da recidiva (PALLER e MANCINI, 2009).



**Figura 9:** Psoríase generalizada de von Zumbusch caracterizada por pústulas assépticas sob placas eritematosas localizadas na região cervical e no dorso (Cortesia do acervo do Serviço de Dermatologia do HCPA)

A **psoríase eritrodérmica** é uma manifestação grave caracterizada por eritema que toma a maior parte da superfície corporal do paciente. Há comprometimento sistêmico e necessidade de monitoramento estrito. O risco de septicemia é alto, sendo prudente a internação. Seu principal fator precipitante é a retirada intempestiva de corticóide (TAKAHASHI, 2009; VAN DE KERKHOF e SCHALKWIJK, 2011).

A **artrite psoriática** é classificada no rol das espondilo-artropatias soronegativas. Este grupo possui alta prevalência do antígeno HLA-B27, ausência de fator reumatoide e de entesopatia. Sua incidência varia entre 10 a 20% do total pacientes com psoríase, porém é rara na infância. Pode manifestar-se de forma mono ou oligoarticular assimétrica, simétrica interfalangianas distais, axial ou na forma mutilante (TAKAHASHI, 2009; VAN DE KERKHOF e SCHALKWIJK, 2011). Além da presença da artrite, são necessários pelo menos dois dos seguintes critérios diagnósticos: depressões cupiliformes nas unhas, dactilite, manifestações cutâneas de psoríase e história familiar da doença (PALLER e MANCINI, 2009).

### *2.1.3.2 Psoríase – Aspectos Psicossociais*

Na maioria das vezes, a psoríase é uma doença sem gravidade, porém associada a cursos crônicos, prolongados e imprevisíveis (PALLER e MANCINI, 2009). Ela está claramente relacionada a desconforto físico, funcionamento emocional prejudicado, auto-imagem corporal negativa, ideação suicida, depressão, ansiedade, limitações nas atividades diárias, no contato social e laboral (RAZERA e BONAMIGO, 2009; KOTRULJA *et al.*, 2010). Seu impacto negativo no âmbito psicossocial chega a assemelhar-se a doenças crônicas consideradas mais graves como a artrite, câncer, doença pulmonar crônicas, infarto agudo do miocárdio, diabetes melito tipo 2, insuficiência cardíaca congestiva e hipertensão (RAZERA e BONAMIGO, 2009).

Como medidas preventivas das repercussões psíquicas da psoríase, estudos apontam que o acesso ao conhecimento sobre a doença, o suporte médico para o esclarecimento de dúvidas, o acompanhamento psicológico e o tratamento cognitivo-comportamental podem trazer repercussões positivas tanto para os pacientes quanto para suas famílias (FORTUNE *et al.*, 2002; EGHLEB *et al.*, 2007; PALLER e MANCINI, 2009; KOTRULJA *et al.*, 2010).

### *2.1.3.3 Psoríase - Tratamento*

O tratamento da psoríase deve ser individualizado, de acordo com as características de cada paciente. Quando a psoríase se manifesta pela primeira vez, é fundamental que o paciente e seus familiares sejam informados sobre a natureza da doença e de seu caráter não contagioso. É necessário esclarecer que as formas leves e moderadas não costumam apresentar complicações sérias e de que os tratamentos não são curativos, embora sempre haja

possibilidade de controle das lesões com os medicamentos disponíveis (TAKAHASHI, 2009; VAN DE KERKHOF e SCHALKWIJK, 2011).

A **corticoterapia tópica** é a terapêutica mais frequentemente usada. Porém, o risco de efeitos colaterais locais (sobretudo atrofia dermo-epidérmica, púrpura, telangectasia e estria) exige experiência de uso com individualização das potências da medicação de acordo com a área e a extensão de utilização (KIRBY e GRIFFITHS, 2001; PALLER e MANCINI, 2009).

Outras alternativas tópica de tratamento são os **análogos da vitamina D3** (calcipotriol ou o calcitriol), que frequentemente são associados aos corticóides a fim de minimizar seus efeitos colaterais. Eles atuam diminuindo a proliferação celular e induzindo a diferenciação terminal dos ceratinócitos. O calcipotriol ou o calcitriol podem gerar irritações cutâneas locais, especialmente na face, por serem medicações fotossensibilizantes. Estes fármacos podem ser utilizados nas lesões de psoríase previamente à fototerapia e determinados *laser* (TAKAHASHI, 2009). Os **imunomoduladores tópicos**, tacrolimus e pimecrolimus, possuem função terapêutica nas lesões de psoríase localizadas na face e nos genitais. Isto se deve ao maior risco do uso prolongado de corticóides nestes locais. O **coaltar** pode ser utilizado isoladamente ou associado ao ultravioleta B (método de Goeckerman). Sua limitação de uso é secundária ao risco de irritação local e de foliculite (ARRUDA *et al.*, 2001). O **tazaroteno** é considerado uma boa alternativa de terapêutica tópica, porém não é comercializado no Brasil e também está associado ao risco de eczematização local. A **antralina** é uma terapêutica de bons resultados, mas seu uso é restrito por induzir a pigmentação perilesional e por manchar tecidos (TAKAHASHI, 2009).

Os **lasers** utilizados na psoríase são o excimer, que gera uma radiação de ultravioleta B de 308 nm, e o B-clear ou *Pulsed dye laser* com comprimento de onda de 585 nm. São empregados no tratamento de lesões estáveis, possibilitando remissões prolongadas da doença (TAKAHASHI, 2009).

A **fototerapia**, especificamente com UVB de faixa estreita de 311 nm, é uma alternativa para casos mais extensos ou refratários, embora alguns casos de psoríase gotada possam sofrer exacerbação com essa modalidade terapêutica. Não há estudos demonstrando a segurança da associação do UVA com psoralenos (PUVA) em crianças abaixo de oito anos, mas o método pode ser empregado em adolescentes (GONTIJO B e ROMITTI R, 2009).

Os tratamentos sistêmicos só devem ser considerados em circunstâncias extremas, como a psoríase eritrodérmica, artropática ou pustulosa. A **acitretina** costuma ser o fármaco mais utilizado na infância, porém há o risco de fechamento prematuro das epífises ósseas. Para minimizar os riscos, deve-se procurar utilizar a menor dose eficaz possível. A segurança e a eficácia do **metotrexato** em crianças são bem conhecidas e apropriadamente avaliadas em trabalhos na área da quimioterapia oncológica. Também devem ser prescritas as mínimas doses terapêuticas. Quanto ao uso da **ciclosporina**, suas indicações são mais restritas nas faixas etárias mais jovens. O uso de medicamentos **imunobiológicos** é bastante limitado na psoríase da infância. Recentes estudos sugerem que crianças entre 4 e 17 anos com psoríase moderada a grave responderam de forma favorável ao etanercepte (anti-TNF) (GONTIJO B e ROMITTI R, 2009; VAN DE KERKHOF e SCHALKWIJK, 2011)

Uma vez que muitos casos de psoríase na infância têm como fator desencadeante as infecções bacterianas, parece potencialmente justificável o emprego de medidas como antibioticoterapia sistêmica ou até mesmo amigdalectomia. Contudo, a inexistência de estudos apropriadamente desenhados e apoiados em número significativo de pacientes faz com que essas intervenções permaneçam controversas. A relativa segurança dos antibióticos, principalmente, se comparada aos efeitos colaterais de outras drogas sistêmicas utilizadas no tratamento da psoríase, torna aqueles fármacos atraentes mesmo na ausência de comprovação científica inquestionável (GONTIJO e ROMITTI, 2009).

## 2.2 ANSIEDADE E DEPRESSÃO

### 2.2.1 Ansiedade

Os transtornos de ansiedade são os distúrbios psiquiátricos mais comuns, tanto em crianças quanto em adultos. Sua prevalência estimada varia entre 5% e 15% na população em geral. A sua distribuição predomina no sexo feminino (GORENSTEIN *et al.*, 2000; CASTILLO *et al.*, 2002).

Conceitualmente, a ansiedade é considerada um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos. Ela faz parte do espectro normal das experiências humanas, tendo função estimuladora. No entanto, a ansiedade pode ser patológica quando desproporcional à situação desencadeante, ou quando direcionada a um objeto específico (GORENSTEIN *et al.*, 2000; CASTILLO *et al.*, 2002). A maneira prática de se diferenciar a ansiedade normal da patológica é basicamente avaliar se a reação ansiosa é de curta duração, autolimitada e relacionada ao estímulo do momento ou não. Os transtornos ansiosos são quadros clínicos em que esses sintomas são primários, ou seja, não são derivados de outras condições psiquiátricas (depressões, psicoses, transtornos do desenvolvimento, transtorno hipercinético, etc.) (CASTILLO *et al.*, 2002).

Segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) na ansiedade há uma variabilidade grande dos sintomas dominantes, estando entre as queixas comuns contínuas palpitações, tremores, sudorese, nervosismo, desconforto epigástrico, tensão muscular, sensação de cabeça leve e tonturas, além de medos, relacionados a si mesmo ou a parentes adoecerem e/ou sofrer acidentes, e uma série de outros pressentimentos e preocupações (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1993). O Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV) traz como

sintomas de ansiedade a irritabilidade, a perturbação de sono ou sono insatisfatório, a fatigabilidade, a inquietude ou sensação de estar com os nervos à flor da pele, a tensão muscular e a dificuldade em concentrar-se ou sensação de branco na mente (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994). Sugere, ainda, que a ansiedade, a preocupação ou os sintomas físicos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo ao funcionamento social ou ocupacional, ou a outras áreas importantes da vida do indivíduo (OLIVEIRA e SISTO, 2004).

Determinar se uma reação de ansiedade é ou não patológica, ou proporcional ao perigo objetivo, é considerado uma tarefa difícil. Para tal distinção, deve ser feita uma cuidadosa avaliação quanto à proporção do perigo real em relação ao tensor específico, e uma precisa medição da intensidade de reação resultante. Para auxiliar essas medições, existem diversas escalas de avaliação da ansiedade, porém nenhuma é considerada universalmente ideal, sendo a escolha baseada na população estudada e no conhecimento sobre a utilização do instrumento (OLIVEIRA e SISTO, 2004; TELLES-CORREIA e BARBOSA, 2009).

As escalas de avaliação possibilitam uma quantificação de sintomas, agrupando-os e sugerindo hipóteses. A Escala de Hamilton para Ansiedade, uma das mais utilizadas, é aplicada por um observador, sendo composta por 14 itens que abordam aspectos da ansiedade psíquica e somática. Cada pergunta é dividida em cinco respostas que variam de 0 (não presente) até 4 (gravemente presente). Sua graduação varia de acordo com o somatório dos escores: soma até 17 indica ausência de ansiedade ou ansiedade leve; de 18 a 24, ansiedade leve a moderada; e de 25 a 56 de moderada a grave (HAMILTON, 1959; GORENSTEIN *et al.*, 2000; TELLES-CORREIA e BARBOSA, 2009).

### 2.2.2 Depressão

A depressão é uma doença psiquiátrica comum, crônica e recorrente. Está frequentemente associada a incapacitação funcional e a comprometimento da saúde física. Os pacientes deprimidos apresentam limitação em suas atividades e bem-estar afetado (FLECK *et al.*, 2003). Conceitualmente, entende-se por episódio depressivo típico o indivíduo que sofre de humor deprimido, falta de interesse, prazer e energia reduzida, levando a um aumento de fadiga e a redução de atividades. Concentração, atenção, auto estima e auto confiança podem apresentar-se prejudicadas, somando-se a idéias de culpa e inutilidade, a visões desoladas e pessimistas do futuro, assim como a idéias ou a atos auto lesivos ou suicidas. Esses indivíduos costumam, ainda, apresentar perturbações de sono e de apetite (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994).

A depressão é um transtorno frequente, cuja prevalência anual na população em geral varia entre 3% e 11% sendo mais frequente em mulheres. Estudos mostram uma prevalência maior em pacientes internados por qualquer doença física (entre 22% e 33%) (FLECK *et al.*, 2003).

A depressão é pouco diagnosticada por médico não psiquiatra. Os motivos para o subdiagnóstico advêm de fatores relacionados aos pacientes e aos médicos. Os pacientes podem ter preconceito em relação ao diagnóstico de depressão e descrença em relação ao tratamento. Fatores relacionados aos médicos incluem falta de capacitação, falta de tempo, descrença em relação à efetividade do tratamento, reconhecimento apenas dos sintomas físicos da depressão e identificação dos sintomas de depressão como uma reação “compreensível” (FLECK *et al.*, 2003).

A presença de sintomas depressivos pode influenciar negativamente a evolução de doenças. Para auxiliar o diagnóstico de depressão, tanto por especialistas quanto por médicos

generalistas, foram formuladas diversas escalas. Apesar de não existir um instrumento ideal, deve-se optar por aquele mais adequado para cada população, desde que se conheça o modo correto de utilizá-lo e de interpretá-lo.

O Inventário de Beck para Depressão - *Beck Depression Inventory* (IBD) (BECK *et al.*, 1961) é provavelmente a medida de auto avaliação de depressão mais amplamente usada. Foi criado por Aaron Beck, em 1961, com base em sua experiência clínica e na opinião de psiquiatras experientes. Ele é organizado sobre os seguintes modelos básicos, em ordem de hierarquia descendente: tríade cognitiva, pensamento automático, esquemas ou crenças centrais e modelo de desesperança aprendida no desenvolvimento do qual foram expostos (GORESTEIN e ANDRADE, 1996; LUDWIG *et al.*, 2006). A tríade cognitiva corresponde à visão negativa de si mesmo, de suas interações com o meio ambiente e de futuro. O pensamento automático corresponde a erros sistemáticos no pensamento da pessoa deprimida e que em conjunto caracterizam os esquemas cognitivos (inferência arbitrária, abstração seletiva, hipergeneralização, magnificação, personalização e pensamento dicotômico). O esquema de crenças centrais se refere a padrões cognitivos relativamente estáveis que formam a base da regularidade das interpretações de um conjunto específico de situações. Os esquemas podem permanecer inativos por longos períodos e manifestar-se perante estímulos ambientais específicos. O modelo de desesperança aprendida se refere à exposição a um estresse prolongado, levando à apreensão de uma postura passiva (TELLES-CORREIA e BARBOSA, 2009).

O IBD já foi traduzido e validado para diferentes países e seus idiomas (DUNN *et al.*, 1993). É uma escala de auto avaliação que consiste de 21 itens cuja intensidade varia de 0 a 3. Os itens referem-se a tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, auto depreciação, auto acusações, idéias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal,

inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática, diminuição de libido (GORESTEIN e ANDRADE, 1996; LUDWIG *et al.*, 2006). O grau de depressão é medido pelo somatório dos escores: até 9 correspondente a ausência de depressão; de 10 a 18, a depressão leve; de 19 a 29, a depressão moderada; e entre 30 a 63, a depressão grave (GORESTEIN e ANDRADE, 2000).

## 2.2 QUALIDADE DE VIDA

As doenças dermatológicas sempre tiveram grande influência sobre a vida do paciente, mas somente nos últimos 20 anos começaram a ser estudados métodos para a avaliação do impacto destas doenças na vida dos doentes (FINLAY 1997). A mensuração da qualidade de vida relacionada à saúde é um instrumento que quantifica, subjetivamente, o impacto da doença e o resultado do tratamento sobre os aspectos psíquicos, psicológicos, sociais, econômicos e sobre o bem-estar dos pacientes (KIEBERT *et al.*, 2002). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), qualidade de vida (QoL) é definida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (THE WHOQOL GROUP, 1995). Este é um conceito em evolução e outras entidades de saúde internacionais destacam a necessidade de buscar aprimoramento físico, mental, social e o bem-estar da população, estabelecendo o conceito de que “saúde é mais do que somente não estar doente” (HARDING, 2001).

Conceito de QoL vem-se tornando cada vez mais importante nas áreas de cuidados com a saúde e os fatores que mais influenciam em sua deterioração vêm sendo determinados. Isto possibilita direcionar os novos tratamentos à melhoria global do paciente e não somente

ao manejo da doença. Para portadores de doenças crônicas que, na maioria das vezes, não atingirão a cura, mas apenas seu controle, a QoL pode ser o parâmetro de resultados mais importante na avaliação da eficácia terapêutica (STAQUET *et al.*, 1992).

As dermatoses, em sua maioria, não implicam riscos de vida, mas trazem frequentemente impacto no estado emocional, nas relações sociais e nas atividades cotidianas do paciente (FINLAY e KHAN, 1994). Além disso, a avaliação da influência da dermatose na qualidade de vida difere entre paciente e médico, o que pode interferir diretamente na adesão ao tratamento. Grande parte das doenças dermatológicas caracteriza-se por comprometer o aspecto físico e a vida de relação dos pacientes. As estimativas sobre a qualidade de vida são importantes não apenas em pesquisa clínica como no manuseio terapêutico diário das dermatoses (FINLAY, 1997).

A fim de definir com maior acurácia essas situações, foram desenvolvidos diversos questionários de avaliação de QoL. As análises de suas respostas permitem também determinar de forma mais satisfatória os resultados. Existem vários métodos de avaliação para a quantificação do impacto na qualidade de vida dentro da dermatologia, sendo o CDLQI (*Children's Dermatology Life Quality Index*) - Índice de Qualidade de Vida para Dermatologia em Crianças o mais utilizado (WEBER *et al.*, 2008; PRATI *et al.*, 2010; KOTRULJA *et al.*, 2010). Este instrumento foi criado para avaliação de pacientes entre 5 e 16 anos com dermatoses. Ele é auto aplicável, podendo ser respondido pelo indivíduo, apenas sozinho, ou com a ajuda dos pais ou responsáveis (LEWIS-JONES e FINLAY, 1995). O CDLQI é composto por dez perguntas que compõem seis domínios: sintomas e sentimentos; lazer; escola ou férias; relações pessoais; sono e tratamento. Cada questão corresponde às respostas seguintes, com seus valores: “muitíssimo” - 3, “muito” - 2, “pouco” - 1 e “não” - 0. Escores de 0 a 1 são considerados sem impacto na qualidade de vida; de 2 a 6, de pequeno

impacto; de 7 a 12 de moderado impacto; de 13 a 18, de grande impacto; e de 19 a 30, de extremo impacto (PRATI *et al.*, 2010).

### 3 JUSTIFICATIVA

A dermatite atópica, o vitiligo e a psoríase são dermatoses crônicas acompanhadas de sabido impacto emocional para os pacientes. Quando ocorrem na infância, o envolvimento familiar é mais nítido, devido à relação de dependência existente entre o paciente e os responsáveis por seus cuidados diários. Estas dermatoses apresentam estados clínicos e evolutivos diversos que interferem no comportamento dos pacientes. A dermatite atópica tem início precoce e é muito sintomática, devido ao prurido intenso. O vitiligo é uma doença assintomática, mas acompanhada de mitos e de estigmatização, de tratamentos prolongados, sendo usualmente relacionado a um sofrimento psíquico desproporcional aos sintomas clínicos do paciente. Já a psoríase pode ser sintomática ou não, mas as lesões intensamente descamativas levam a um nítido desconforto psicossocial.

As repercussões das dermatoses no funcionamento familiar tendem a se manifestar de formas diversas; conseqüentemente, o impacto sobre os cuidadores de pacientes com dermatite atópica, vitiligo e psoríase também devem ter suas peculiaridades. O tratamento de crianças portadoras dessas dermatoses é calcado nos cuidados dispensados por seus familiares e na importante influência psíquica do ambiente em que estão inseridas. Logo, há necessidade de compreendermos melhor o funcionamento dessas doenças para chegarmos a uma abordagem correta destas relações e, em decorrência, um tratamento mais efetivo, atenuando o sofrimento psíquico dos pacientes.

Assim, através da avaliação dos transtornos depressivos e ansiosos nos cuidadores de pacientes acometidos pelas principais dermatoses crônicas da infância (dermatite atópica, vitiligo e psoríase), será possível ampliar o enfoque terapêutico que privilegia a doença física,

completando-o com medidas contextuais psíquicas no núcleo familiar no qual o paciente está inserido.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 GERAL**

Avaliar a presença de ansiedade e de depressão em cuidadores de pacientes pediátricos portadores de dermatite atópica, psoríase e vitiligo e compará-la entre os grupos.

### **4.2 ESPECÍFICOS**

- Avaliar a correlação entre a presença de sintomas de ansiedade e de depressão em cuidadores com a qualidade de vida dos pacientes dos quais são responsáveis;
- Avaliar a correlação entre a presença de sintomas de ansiedade e de depressão em cuidadores e a porcentagem de superfície corporal total e exposta à visualização acometida pela doença crônica;
- Comparar a qualidade de vida dos pacientes entre os três grupos de dermatoses;
- Avaliar a qualidade de vida dos pacientes e a porcentagem de superfície corporal total e exposta a visualização acometida pela doença;
- Analisar os domínios e as questões que compõem o questionário CDLQI e compará-los entre os três grupos de dermatoses.

## 5 MATERIAL E MÉTODOS

### 5.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Estudo Transversal Observacional

### 5.2 POPULAÇÃO ALVO

Pacientes com dermatite atópica, vitiligo e psoríase com idade entre 5 e 16 anos (idade própria para aplicação do questionário CDLQI) que consultaram no Ambulatório de Dermatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), no Ambulatório da disciplina de Dermatologia da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA) no Centro de Saúde IAPI, no Ambulatório do Serviço de Dermatologia da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) - Centro de Saúde Santa Marta, no período de dezembro de 2008 a julho de 2010.

Cuidadores principais dos pacientes supracitados, considerados como tais os responsáveis pelos cuidados diários e pela subsistência<sup>1</sup> do paciente segundo os critérios de Balkrishnan *et al.*, (2003).

---

<sup>1</sup> Conceito de subsistência: Estado daquilo que subsiste; estabilidade, permanência, sobrevivência.

### 5.3 AMOSTRA

Para estimar uma frequência de pacientes com valores abaixo do ponto de corte de 50%, considerando uma confiança de 95% e uma margem de erro de 15%, são necessários 43 pacientes com dermatite atópica, 43 pacientes com vitiligo e 43 pacientes com psoríase na faixa etária do estudo. Com esta amostra é possível detectar uma diferença entre as doenças de 30 pontos percentuais ( $\alpha = 0,05$  e poder de 80%).

A amostra total foi de 118 pacientes, sendo 50 com dermatite atópica, 43 com vitiligo e 25 com psoríase. Devido à menor prevalência de psoríase na faixa etária estudada e à presença de dados já significativos com uma amostra de 25 pacientes, optou-se pela redução deste subgrupo.

### 5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Como critérios de inclusão foram considerados:

1. Para os pacientes:

- ter entre 5 e 16 anos próprio para a aplicação do CDLQI;
- ser portador de dermatite atópica, vitiligo ou psoríase na sua manifestação clássica e

sem dúvida diagnóstica há pelo menos 6 meses.

2. Para os cuidadores:

■ ser responsável pelos cuidados diários e de subsistência do paciente, conforme os critérios de Balkrishnan *et al.* (2003);

- estar acompanhando o paciente na consulta médica;

- concordar em participar do estudo, mediante de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## 5.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos da pesquisa os indivíduos com as seguintes características:

1. Para os pacientes:

- outras doenças crônicas que não dermatite atópica, vitiligo ou psoríase;
- portadores de mais de uma das dermatoses estudadas;
- uso de medicações neuropsiquiátricas.

2. Para os cuidadores:

- uso de medicações neuropsiquiátricas.

## 5.6 VARIÁVEIS DE ESTUDO

- Idade dos pacientes (anos);
- Sexo;
- Tempo de doença do paciente;
- Ansiedade nos cuidadores;
- Depressão nos cuidadores;
- Qualidade de vida dos pacientes;
- Superfície corporal total acometida pela doença;

- Superfície corporal exposta à visualização (face, região cervical, antebraços e mãos).

## 5.7 LOGÍSTICAS DO ESTUDO

Foram as seguintes etapas do estudo:

1) Seleção dos sujeitos no Ambulatório de Dermatologia do Centro de Saúde Santa Marta (UFCSPA), no Ambulatório de Dermatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e no Ambulatório de Dermatologia do Posto de Saúde IAPI (ULBRA), entre dezembro de 2008 e julho de 2010.

2) Aplicação, a cada paciente e seu cuidador, de um *check list* (Anexo 1) com os critérios de exclusão. Todas as respostas do *check list* deveriam ser “NÃO” para os sujeitos participarem do estudo.

3) Informações ao cuidador e ao paciente sobre a pesquisa, seguida de convite para participar do estudo. O responsável, assim como os pacientes alfabetizados, foram esclarecidos sobre a finalidade do estudo, seus riscos e benefícios. Foi fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e obtida a assinatura do responsável e do paciente, se alfabetizado (Anexo 2).

4) Preenchimento de um questionário com os dados de identificação do paciente e com as variáveis do estudo (Anexo 3).

5) Realização de exame físico minucioso, com a marcação das áreas comprometidas na figura do anexo 3 para posterior cálculo da superfície corporal de acordo com a idade do paciente segundo o modelo para queimados.

6) Aplicação, aos cuidadores, dos questionários com a Escala de Hamilton de Ansiedade (Anexo 4) e Inventário de Beck para Depressão (Anexo 5).

7) Aplicação dos questionários CDLQI - Índice de Qualidade de Vida para Dermatologia em Crianças nos pacientes (Anexo 6).

## 6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

As variáveis categóricas foram descritas pela frequência absoluta, frequência relativa, percentual, e as variáveis quantitativas, pela média e desvio padrão no caso de variáveis com distribuição simétrica, e pela mediana e intervalo interquartil no caso de variáveis com distribuição assimétrica. Foram comparadas as variáveis categóricas pelo teste do Qui-quadrado, as quantitativas pelo teste ANOVA e Teste de Turkey para comparações múltiplas. As variáveis quantitativas com distribuição assimétrica foram comparadas pelo teste de Kruskal-Wallis e foi realizada uma transformação por postos da variável para utilização do teste de Turkey para comparações múltiplas. O coeficiente de correlação Spermán foi utilizado para associar variáveis quantitativas. Para controlar os efeitos da superfície corporal, da doença de base e do tempo de doença sobre a qualidade de vida, foi utilizada a regressão logística.

## **7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

O projeto de pesquisa foi previamente aprovado nos seguintes Comitês de Ética e Pesquisa:

- Hospital de Clínicas de Porto Alegre (07-660);
- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (699-08-399-08);
- Universidade Luterana do Brasil (2008 – 364H).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi formalmente assinado pelos responsáveis. As crianças também foram convidadas a participar do estudo e foi respeitada sua vontade caso demonstrassem discordância.

## **8 CONCLUSÕES**

No presente estudo, os cuidadores de pacientes com dermatite atópica, psoríase e vitiligo na infância apresentaram índices de ansiedade e depressão maiores que as descritas na literatura para a população em geral. A presença de ansiedade e depressão nos cuidadores de pacientes com vitiligo foi significativamente relacionada a uma menor qualidade de vida dos pacientes e a maior extensão da doença exposta à visualização. Entre os cuidadores de pacientes com psoríase, observaram-se maiores índices de depressão e ansiedade diante da maior superfície corporal total comprometida pela doença. Porém, os piores escores de qualidade de vida foram identificados entre os pacientes atópicos.

Quanto à qualidade de vida dos pacientes com dermatite atópica, psoríase e vitiligo observou-se que todos apresentam uma redução na qualidade de vida. Comparativamente, os

grupos com dermatite atópica e psoríase demonstram um impacto significativamente maior que o grupo com vitiligo. O maior comprometimento corporal total pela doença e em áreas visíveis também levaram a um significativo decréscimo da qualidade de vida dos três grupos. A QoL dos pacientes com vitiligo está significativamente reduzida na presença de depressão e/ou ansiedade dos seus cuidadores.

Acreditamos que a prevenção e o tratamento dos distúrbios emocionais presentes no nicho familiar de crianças com as dermatoses crônicas estudadas podem auxiliar no controle e no tratamento destas doenças. Em decorrência, podem propiciar tanto aos cuidadores quanto aos pacientes, uma vida mais estável e com menores repercussões.

## 9 REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association (APA). DSM IV – Diagnostic and statistical Manual for Mental Disorders, 4th version. Washington (DC): American Psychiatric Press; 1994.
2. Arruda LHF, Campbell GAM, Takahashi MDF. Psoríase. *An Bras Dermatol*, 2001;76(2):141-167.
3. Arvola T, Tahvanainen A, Isolauri E. Concerns and expectations of parents with atopic infants. *Pediatr Allergy Immunol*. 2000;11(3):183-188.
4. Azambuja RD. A conexão psiconeuroimunológica em Dermatologia. *An Bras Dermatol*. 1992; 67:3-6
5. Bick E. The experience of skin in early object relations. *Int Psycho Ther*. 1986;2:292-9.
6. Balkrishnan R, Housman TS, Carroll C, Feldman SR, Fleischer AB. Disease severity and associated family impact in childhood atopic dermatitis. *Arch of Dis in Child* 2003;88:423-427.
7. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch. Gen. Psychiatry* 1961;4:561–71.
8. Buske-Kirschbaum A, Geiben A, Hellhammer D. Psychobiological aspects of atopic dermatitis: an overview. *Psychoter Psychosom*. 2001;70(11):6-16.
9. Carroll CL, Balkrishnan R, Feldman SR, Fleischer AB, Manuel JC. The Burden of Atopic Dermatitis: Impact on the Patient, Family, and Society. *Pediatric Dermatology* 2005;22(3):192-199.
10. Castillo ARGL, Recondo R, Asbahr FR, Manfro GG. Transtornos de ansiedade. *Rev Bras Psiquiatr* 2000;22(Supl II):20-3.
11. Cestari TF, Kraemer CK. Vitiligo. In: Ramos-e-Silva M e Castro MCR editores. *Fundamentos de Dermatologia*. Rio de Janeiro: Atheneu. 2009, p. 1415-1432.

12. Coghi S, Brotoletto MC, Sampaio SAP, Franco de Andrade H, Aoki V. Quality of life severely compromised in adult patients with atopic dermatitis in Brasil, especially due to mental components. *Clinics* 2007;62(3):235-42.
13. Cvetkovski RS, Zachariae R, Jensen H, Olsen J, Johansen JD, Agner T. Quality of life and depression in a population of occupational hand eczema patients. *Contact Dermatitis*. 2006;54(2):106-11.
14. Dunn G, Sham P, Hand D. Statistics and the Nature of Depression. *Psychological Medicine* 1993;23:871-889.
15. Eghlileb AM, Davies EEG, Finlay AY. Psoriasis has a major secondary impact on lives of family members and partners. *Br J Dermatol* 2007;156:1245-1250.
16. Ellis C, Luger T. International Consensus Conference on Atopic Dermatitis II (ICCAD II): Chairman's introduction and overview. *Br J Dermatol* 2003 May;148Suppl63:1-2.
17. Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI) – a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol* 1994;19:210-216.
18. Finlay AY. Quality of life measurement in Dermatology: a practical guide. *Br J Dermatol* 1997;136:305-314.
19. Fleck MPA, Laferb B, Sougeyc EB, Del Portod JA, Brasile MA e Juruenaf MF. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão *Rev Bras Psiquiatr* 2003;25(2):114-22.
20. Fortune DG, Richards HL, Kirby B, Bowcock S, Main CJ, Griffiths CEM. A cognitive-behavioral symptom management programme as an adjunct un psoriasis therapy. *Br J Dermatol* 2002;146:458-465.
21. Fried RG, Gupta MA, Gupta AK. Depression and skin disease. *Dermatol Clin*. 2005;23(4):657-64.

22. Goh C, Lane AT, Bruckner AL. Support Groups for Children and Their Families in Pediatric Dermatology. *Pediatric Dermatology* 2007;24(3):302-305.
23. Gontijo B e Romitti R. Psoríase na Infância e Adolescência In: Consenso de Psoríase. [Internet] Sociedade Brasileira de Dermatologia. [Up to date 2009] Available: <http://www.sbd.org.br/flash/flash/Arquivos/Pdfs/Capitulo15.pdf>.
24. Gorenstein C, Andrade LHS, Zuardi AW. Escalas de avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia. São Paulo: Lemos, 2000.
25. Gorenstein C, Andrade L. Validation of a portuguese version of the Beck Depression Inventory. 1996. *Braz. J. Méd. Biol. Res*; 29:453-57
26. Groysman V. Vitiligo [Internet]. *Medscape Dermatology*. [Up date december 2010]. Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/1068962>.
27. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*, 1959;32:50-5.
28. Harding L. Childrens quality of life assessments : a review of generic and health related quality of life measures completed by children and adolescents. *Clin Sychol Psychother* 2001;8:79-96.
29. Hayes J, Koo J. Psoriasis: depression, anxiety, smoking, and drinking habits. *Dermatol Ther*. 2010;23:174:174-80.
30. Hong J, Koo B, Koo J. The psychosocial and occupational impact of chronic skin disease. *Dermatol Ther*. 2008;21(1):54-9.
31. Kefi K, Polster AM, Nedorost ST, Stevens SR, Cooper KD. Dermatite Atópica. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP editors. *Dermatologia*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011, p. 181-195.
32. Kent G, Keohane S. Social anxiety and disfigurement: the moderating effects of fear of negative evaluation and past experience. *Br J Clin Psychol*. 2001;40:23-34.

33. Kiebert G, Sorensen SJ, Revicki D, Fagan SC, Doyle JJ, Cohen J, Fivenson D. Atopic dermatitis is associated with a decrement in health-related quality of life. *Int J Dermatol.* 2002;41:151-8.
34. Kiken DA, Silverberg NB. Atopic dermatitis in children, part 1: epidemiology, clinical features, and complications. *Cutis*, 2006;78(4):241-7.
35. Kirby B, Griffiths CEM. Psoriasis: the future. *Br J Dermatol* 2001;144:S37-43.
36. Kotrulja L, Tadinac M, Joki-Begi NA, Gregurek R. A multivariate analysis of clinical severity, psychological distress and psychopathological traits in psoriatic patients. *Acta Derm Venereol.* 2010 May;90(3):251-6.
37. Lapidus CS. Social impact of atopic dermatitis. *Med Health R I.* 2001;84(9):294-295.
38. Lewis-Jones S, Finlay AY. The Childrens Dermatology Life Quality Index (CDLQI): initial validation and practical use. *Br J Dermatol* 1995;132:942-949.
39. Linnet J, Jemec GB. Anxiety level and severity of skin condition predicts outcome of psychotherapy in atopic dermatitis patients. *Int J dermatol.* 2001;40(10):632-636.
40. Linthorst Homan MW, Korte J, Grootenhuis MA, Bos JD, Sprangers MAG, Veen JPW. Impact of childhood vitiligo on adult life. *Br J Dermatol* 2008 159:915-920.
41. Lipozencic J, Ljubojevic S. Dermatite Atópica. In: Ramos-e-Silva M, Castro MCR editores. *Fundamentos de Dermatologia.* Rio de Janeiro: Atheneu. 2009, p. 339-365.
42. Loney t, Standage M, lewis S. Not just 'skin deep': psychosocial effects of dermatological-related social anxiety in a sample of acne patients. *J Health Psychol.* 2008;13(1):47-54.
43. Ludwig MWB, Muller MC, Oliveira MS, Moraes JFD. Qualidade de vida e localização das lesões em pacientes dermatológicos. *An Bras Dermatol* 2009;84(2):143-50.

44. Ludwig MWB, Redivo LB, Zogbi H, Hauber L, Facchin TH, Muller MC. Aspectos psicológicos em dermatologia: avaliação de índices de ansiedade, depressão, estresse e qualidade de vida. *Psic [online]*. 2006;7(2):69-76.
45. Manzoni APDS, Grazziotin TC. Psicodermatoses na infância. In: Weber MB, Fontes Neto PT. *Psicodermatologia*. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2009.
46. Mattoo SK, Handa S, Kaur I, Gupta N, Malhotra R. Psychiatric morbidity in vitiligo: prevalence and correlates in India. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2002;16: 573-8.
47. Neme CMB, Dameto CA, Azevedo GMG, Fonseca MS. Implicações do vínculo mãe-criança no adoecimento infantil: revisão de literatura. *Pediatria Moderna*. 2008; 162-166.
48. Nogueira LSC, Zancanaro PCQ, Azambuja RD. Vitiligo e emoções. *An Bras Dermatol*. 2009;84(1):39-43.
49. Oliveira SMSS, Sisto FF. Construção de uma escala de ansiedade para pacientes de ambulatório: um estudo exploratório. *Psicologia: Teoria e Prática*; 2004,6(1): 45-57.
50. Ortonne JP. Vitiligo e outras desordens de hipopigmentação. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP editors. *Dermatologia*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011, p. 913-938.
51. Paller AS, Mancini AJ. Lesões pápulo-escamosas e doenças relacionadas. In: Paller AS e Mancini AJ editors. *Hurrwitz – Dermatologia Pediátrica – Tratado de doenças de pele na infância e na adolescência*. Rio de Janeiro: Revinter. 2009, p.85-105.
52. Parsad D, Dogra S, Kanwar AJ. Quality of life in patients with vitiligo. *Health Qual Life Outcomes*. 2003;23:1:58.
53. Picardi A, Pasquini P, Abeni d, Fassone G, Mazzotti E, Fava GA. Psychosomatic assessment of skin diseases in clinical practice. *Psychother Psychosom*. 2005;74(5):315-22.

54. Potocka A, Turczyn-Jablonska K, Merez D. Psychological correlates of quality of life in dermatology patients: the role of mental health and self-acceptance. *Acta Dermatol Ven.* 2009;18:53-61.
55. Prati C, Comparin C, Boza JC, Cestari TF. Validação para o português falado no Brasil do instrumento Escore da Qualidade de Vida na Dermatologia Infantil (CDLQI). *Med Cutan Iber Lat Am.* 2010;38(6):229-233.
56. Razer F, Bonamigo RR. Psoríase. In: Weber MB, Fontes Neto PTL editors. *Psicodermatologia.* São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2009, p. 105-112.
57. Ricci G, Bendandi B, Aiazzi R, Patrizi A, Mais M. Three Years of Italian Experience of an Educational Program for Parents of Young Children Affected by Atopic Dermatitis: Improving Knowledge Produces Lower Anxiety Levels in Parents of Children with Atopic Dermatitis. *Pediatric Dermatology*, 2009;26(1):1-5.
58. Sampogna F, Raskovic D, Guerra L, Pedicelli C, Taboli S, Leoni L, Alessandrini L, Abeni D. Identification of categories at risk for high quality of life impairment in patients with vitiligo. *Br J Dermatol.* 2008;159:351-59.
59. Schwartz R, Sepulveda JE, Quintana T. Factores psicobiológicos en vitiligo infantil: Posible rol en su génesis e impacto en la calidad de vida. *Rev. Méd. Chile.* 2009; 137(1):53-62.
60. Ständer S, Steinhoff M. Pathophysiology of pruritus in atopic dermatitis: an overview. *Exp Dermatol.* 2002;11:12-24.
61. Staquet M, Aaronson NK, Ahmedzal S, Granz PA, Hays RD, Osoba D, Razavi D, Walter P. Health-related quality of life research. *Quality of life Research* 1992;1(3):25-34.

62. Taborda MLV, Weber MB, Freitas ES. Avaliação da prevalência de sofrimento psíquico em pacientes com dermatoses do espectro dos transtornos psicocutâneos. *An Bras Dermatol.* 2005;80:351-4.
63. Takahashi MDF. Psoríase. In: Ramos-e-Silva M e Castro MCR editores. *Fundamentos de Dermatologia.* Rio de Janeiro: Atheneu, 2009, p. 339-365.
64. Telles-Correia D, Barbosa A. Ansiedade e depressão em medicina – modelos teóricos e avaliação. *Acta Med Port.* 2009;22:89-98.
65. The Whoqol Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL) : position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995;41:1403-1409.
66. Van de kerkhof PCM e Schalkwijk J. Psoríase. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP editores. *Dermatologia.* Rio de Janeiro: Elsevier. 2011, p. 115-135.
67. Weber MB, Fontes Neto PTL, Prati C; Soirefmann, M, Mazzotti, NG, Barzenski B, Cestari TF. Improvement of pruritus and quality of life of children with atopic dermatitis and their families after joining support groups. *JEADV* 2008;22:992-997.
68. World Health Organization. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas.* Genebra: WHO, 1993.

**ARTIGO 1 – versão em Português****AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DEPRESSIVOS E DE ANSIEDADE EM  
CUIDADORES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS COM DERMATITE  
ATÓPICA, VITILIGO E PSORÍASE**

Ana Paula Dornelles Manzoni,<sup>1,2,3</sup> Magda Blessmann Weber<sup>2</sup>, Aline Rodrigues da Silva  
Nagatomi<sup>1</sup>, Rita Langie Pereira<sup>3</sup>, Roberta Zaffari Townsend<sup>3</sup>, Tania Ferreira Cestari<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS, Brasil.

<sup>2</sup>Serviço de Dermatologia da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Centro de Saúde Santa Marta, Porto Alegre/RS, Brasil.

<sup>3</sup>Disciplina de Dermatologia da Universidade Luterana do Brasil, Porto Alegre/RS, Brasil.

## RESUMO

**Introdução:** A literatura tem demonstrado que a presença de distúrbios emocionais nos cuidadores de crianças com dermatoses influenciam no curso e tratamento da doença. A ansiedade e a depressão estão entre os diagnósticos psiquiátricos mais relacionados, porém a maioria das publicações afere esta relação de forma indireta, através de escalas de qualidade de vida e não de escalas diretas para ansiedade e depressão. **Objetivo:** Avaliar a presença de ansiedade e depressão nos cuidadores de pacientes pediátricos com dermatite atópica, vitiligo e psoríase e correlacioná-las à qualidade de vida dos pacientes, à extensão corporal total da doença e à área acometida exposta à visualização. **Materiais e Métodos:** Amostra composta por 118 pacientes com dermatite atópica, vitiligo e psoríase acompanhados pelo principal responsável por seus cuidados diários. A avaliação da ansiedade nos cuidadores foi realizada através da Escala de Hamilton de Ansiedade e a depressão através do Inventário de Beck para Depressão. Foi aplicado o Índice de Qualidade de Vida na Dermatologia Infantil. Aferiu-se a superfície corporal total acometida pela doença em áreas expostas à visualização através do modelo humano para queimados. **Resultados:** Ansiedade foi verificada em 36% dos cuidadores do grupo de pacientes com dermatite atópica, em 36% do grupo com psoríase e 42% do grupo com vitiligo. Depressão ocorreu em 36% dos cuidadores de pacientes com dermatite atópica, 36% dos responsáveis pelos pacientes com psoríase, e em 26% dos cuidadores de pacientes com vitiligo. Observou-se uma correlação significativa entre a pior qualidade de vida dos pacientes com vitiligo e a presença de depressão e ansiedade nos seus cuidadores. Quanto maior a superfície corporal total comprometida pela psoríase maior o índice de depressão e ansiedade nos seus cuidadores, e quanto maior superfície corporal em áreas expostas à visualização nos pacientes com vitiligo, maior a presença de ansiedade nos seus cuidadores. Na análise comparativa da qualidade de vida entre os três grupos de pacientes portadores de dermatoses, verificou-se que os pacientes com dermatite atópica e psoríase têm qualidade de vida significativamente piores que os portadores de vitiligo. **Conclusão:** A presença de ansiedade e depressão nos cuidadores de pacientes com vitiligo foi significativamente relacionada a uma pior qualidade de vida dos pacientes e a uma maior extensão da doença exposta à visualização. Entre os cuidadores de pacientes com psoríase, observaram-se maiores índices de depressão e ansiedade diante da maior superfície corporal total comprometida pela doença. Os cuidadores de pacientes com dermatite atópica não apresentaram alterações significativas nas correlações estudadas que justificassem os índices de ansiedade e de depressão. Porém, os piores escores de qualidade de vida foram identificados entre os pacientes atópicos. Assim, acreditamos que distúrbios emocionais tendem a estar presentes no nicho familiar de crianças portadoras das dermatoses crônicas estudadas.

**Palavras-chave:** Dermatite Atópica. Psoríase. Vitiligo. Ansiedade. Depressão. Qualidade de Vida.

## **Introdução**

Muitos são os autores que discorrem sobre a estreita relação entre a pele e o psiquismo. Esta associação mostra-se importante desde a constituição do ego até o entendimento da pele como via de comunicação com o mundo externo.<sup>1</sup> Baseada nestas evidências, a literatura vem demonstrando a influência das questões psíquicas no tratamento de determinadas dermatoses, a fim de compreendê-las e de obterem-se melhores resultados terapêuticos.<sup>2,3,4</sup>

No âmbito da dermatologia pediátrica, deve-se atentar para a intensa ligação biológico-emocional entre a criança e o seu responsável, bem como capacidade deste de regular e influenciar o comportamento infantil.<sup>5</sup> A pele tem um papel importante nessa relação, pois é através dela que a criança percebe suas primeiras sensações e começa a identificar o que lhe é prazeroso ou não.<sup>6</sup> Assim, a presença de uma dermatose pode levar a repercussões no vínculo e no desenvolvimento saudável desta relação.<sup>6,7</sup>

Estima-se que um terço dos pacientes com dermatoses apresente alguma influência psicossomática na gênese da doença.<sup>1</sup> Por isso, torna-se importante avaliar as dificuldades enfrentadas pelo paciente e a sua capacidade de fornecer respostas adaptativas saudáveis frente à doença. Na população pediátrica, não existem dados epidemiológicos que estimem a influência da psicossomatização. Alguns autores defendem a teoria de que as doenças cutâneas de início precoce não tendem a relacionar-se a um evento psíquico desencadeador.<sup>8,9</sup> Todavia, estudos já vêm demonstrando que as crianças são suscetíveis aos desequilíbrios do ambiente em que vivem e, por sua vez, a uma parcela de psicossomatização sobre a doença.<sup>1,4,5,10,11</sup>

A literatura já refere que privações ou estresse no início do desenvolvimento da criança provocam alterações persistentes em estruturas encefálicas e em secreções neuroendócrinas.<sup>6,12</sup> Além disso, publicações têm demonstrado a influência negativa de

fatores estressantes para a obtenção de bons resultados terapêuticos nas dermatoses pediátricas e apontam para a necessidade de acompanhamento cognitivo-comportamental tanto para crianças como para seus familiares.<sup>2,3,4,9,13,14</sup> Este fato baseia-se em estudos que demonstram o claro impacto negativo da dermatose na vida familiar e constata que os cuidadores tendem a sentir-se sobrecarregados, a apresentar distúrbios do sono, a ter medo do futuro, além de faltar ao trabalho e a abandonar o emprego, com mais frequência, para assistir à criança doente.<sup>2,3</sup>

A literatura também aponta a influência de distúrbios comportamentais dos cuidadores sobre o adoecimento da criança, sobre o curso terapêutico da doença e sobre a formação de adultos mal-adaptados ao mundo em que vivem.<sup>4,13,14</sup> A ansiedade e a depressão dos cuidadores estão entre os diagnósticos psiquiátricos que mais repercutem sobre as dermatoses pediátricas.<sup>5,15,16,17,18,19,20</sup> Porém, a grande maioria das publicações afere esta relação de forma indireta, principalmente através de escalas que avaliam a qualidade de vida.<sup>16,17,19,20</sup> Nesse contexto, o presente estudo tem por objetivo a avaliação direta dos níveis de ansiedade e de depressão nos cuidadores de pacientes pediátricos com dermatite atópica, vitiligo e psoríase, que são consideradas as principais dermatoses crônicas desta faixa etária. Também, pretende-se correlacioná-las à qualidade de vida dos pacientes e à extensão corpórea da doença.

## **Materiais e Métodos**

### Amostra

O estudo foi realizado com 118 pacientes portadores de dermatite atópica (DA), vitiligo (Vi) e psoríase (Ps) diagnosticados pelos critérios clínicos clássicos destas dermatoses.<sup>4,21,22,23</sup> No caso de dúvida diagnóstica, foi utilizado o exame histopatológico para confirmação, e seus 118 cuidadores. Todos os pacientes selecionados estavam acompanhados pelo principal responsável por seus cuidados diários de acordo com a definição de

Balkrishnan *et al.*<sup>24</sup> A faixa etária dos pacientes foi de 5 a 16 anos, própria para a aplicação do Índice de Qualidade de Vida para Dermatologia em Crianças (*Children's Dermatology Life Quality Index - CDLQI*). Foram considerados fatores de exclusão: diagnóstico há menos de seis meses, presença de outras doenças crônicas em tratamento e uso de medicações neuropsiquiátricas. Os fatores de exclusão para os cuidadores foram: a presença de doenças crônicas e o uso de medicações neuropsiquiátricas.

#### Instrumentos de coleta de dados e variáveis analisadas

Foram consideradas as seguintes variáveis: a idade, o sexo e o tempo de doença do paciente. Foi realizado exame dermatológico completo para o mapeamento da superfície corporal total acometida e em áreas expostas à visualização (face, região cervical, antebraços e mãos). O cálculo da porcentagem de superfície corporal foi realizado conforme o modelo humano para queimados.<sup>25</sup>

Qualidade de Vida (QoL): Foi avaliada pelo questionário Índice de Qualidade de Vida para Dermatologia em Crianças (*Children's Dermatology Life Quality Index - CDLQI*). Este instrumento é composto por 10 perguntas para serem respondidas por pacientes entre 5 e 16 anos. No CDLQI são contemplados 6 domínios – sintomas e sentimentos, lazer, escola ou férias, relações pessoais, sono e tratamento. Cada questão corresponde às respostas seguintes, com seus valores: “muitíssimo” - 3, “muito” - 2, “pouco” - 1 e “não” - 0. Escores de 0 a 1 são considerados sem impacto na qualidade de vida; de 2 a 6, de pequeno impacto; de 7 a 12 de moderado impacto; de 13 a 18, de grande impacto; e de 19 a 30, de extremo impacto (PRATI *et al.*, 2010). A escala CDLQI é validada para a língua portuguesa brasileira.<sup>26</sup>

Ansiedade: O instrumento para a avaliação da ansiedade nos cuidadores foi a Escala de Hamilton de Ansiedade (EHA). Este instrumento consiste em 14 itens que abordam aspectos da ansiedade psíquica e somática. Cada pergunta é dividida em cinco respostas que

variam de 0 (não presente) até 4 (grave). Sua graduação varia de acordo com o somatório dos escores, sendo até 17 indicativo da ausência de ansiedade ou ansiedade leve; de 18 a 24 ansiedade leve a moderada; e de 25 a 56, de moderada a grave. Foram considerados sugestivos de ansiedade os escores maiores que 17.<sup>27,28</sup>

Depressão: O instrumento para a avaliação da depressão nos cuidadores foi o Inventário de Beck para Depressão (IDB). Esta escala é composta por 21 itens que contemplam aspectos cognitivos da depressão. Cada item é dividido em quatro respostas, sendo o sinal ou sintoma graduado de 0 a 3. Seu resultado varia de acordo com o somatório dos escores, sendo até 11 sem depressão; de 12 a 19, com depressão leve; de 20 a 35, com depressão moderada; e entre 36 a 63, com depressão grave. Para este estudo foram considerados sugestivos de depressão os escores maiores que 11.<sup>28,29</sup>

### Análise Estatística

As variáveis categóricas foram descritas pela frequência absoluta e frequência relativa percentual e as variáveis quantitativas pela média e desvio padrão quando as variáveis tiveram distribuição simétrica e pela mediana e intervalo interquartil quando esta foi assimétrica. Foram comparadas as variáveis categóricas pelo teste do Qui-quadrado, as quantitativas pelo teste ANOVA e Teste de Turkey para comparações múltiplas. As variáveis quantitativas com distribuição assimétrica foram comparadas pelo teste de Krukall-Wallis e foi realizada uma transformação por postos da variável para utilização do teste de Turkey para comparações múltiplas. O coeficiente de correlação Spermán foi utilizado para associar variáveis quantitativas.

### Considerações Éticas

Os dados foram coletados após a aprovação nos Comitês de Ética e Pesquisa e do consentimento formal dos responsáveis. As crianças também foram convidadas a participar do estudo e foi respeitada a sua vontade caso demonstrassem discordância.

### **Resultados**

Foram analisados 118 pacientes, sendo 50 com dermatite atópica, 43 com vitiligo e 25 com psoríase. Houve uma amostra significativamente menor no grupo de psoríase devido à menor prevalência da doença nesta faixa etária com relação aos outros dois grupos.<sup>30</sup> Todos os pacientes estavam acompanhados de seu cuidador principal, sendo 78% mães, 9,5% pais, 8,5% avós, 1% irmã e 1% padrasto.

A ansiedade estava presente em 36% dos cuidadores do grupo de pacientes com dermatite atópica, em 36% do grupo com psoríase e 42% do grupo com vitiligo. A depressão foi observada em 36% dos cuidadores de pacientes com DA, 36% dos responsáveis pelos pacientes com Ps e em 26% dos cuidadores de pacientes com Vi.

Analisando os sintomas de depressão e ansiedade nos cuidadores de pacientes dos três grupos de dermatoses, observou-se uma associação estatisticamente significativa entre a pior qualidade de vida dos pacientes com vitiligo tanto na presença de depressão quanto de ansiedade nos seus cuidadores. Esta significância não foi verificada nos grupos com dermatite atópica e psoríase (Tabela 1).

Na avaliação da superfície corporal total comprometida pela dermatose e a presença de sintomas emocionais nos cuidadores, identificou-se uma associação estatisticamente significativa entre a maior extensão total da doença e a presença de depressão e ansiedade nos cuidadores de pacientes com psoríase. As demais dermatoses não demonstraram esta correlação (Tabela 1). Já a análise semelhante realizada com a superfície corporal em áreas expostas à visualização, observou-se uma significativa co-relação da presença de ansiedade nos cuidadores dos pacientes com vitiligo (Tabela 1).

**Tabela 1:** Comparação entre a qualidade de vida dos pacientes com dermatoses crônicas e superfície corporal total e exposta comprometida pela doença em relação à presença ou ausência de depressão nos cuidadores

		GRUPO DE DERMATOSE		
		Dermatite Atópica	Vitiligo	Psoríase
		<b>QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES*</b>		
		<b>mediana (P25 – P75)</b>		
<b>DEPRESSÃO NOS CUIDADORES**</b>	<i>Ausente</i>	8,5 (5 - 12,5)	2 (1 - 4,5)	5 (2,25 - 12,25)
	<i>Presente</i>	9 (4,75 - 14,25)	4 (1,75 - 8,5)	8 (4,5 - 16,5)
	<i>p</i>	0,453	0,032	0,419
<b>ANSIEDADE NOS CUIDADORES***</b>	<i>Ausente</i>	8 (5 - 11)	2 (1 - 4)	5,5 (2,25 - 12,5)
	<i>Presente</i>	10 (6,25 - 14,75)	7 (2 - 12)	8 (4 - 16,5)
	<i>p</i>	0,134	0,001	0,452
		<b>EXTENSÃO TOTAL DA DOENÇA</b>		
		<b>mediana (P25 – P75)</b>		
<b>DEPRESSÃO NOS CUIDADORES**</b>	<i>Ausente</i>	9,5 (6,25 - 27)	4 (2 - 8)	3,5 (2 - 19,5)
	<i>Presente</i>	9,5 (5,75 - 24,25)	3,5 (1,75 - 11)	36 (5,5 - 70,5)
	<i>p</i>	0,613	0,756	0,027
<b>ANSIEDADE NOS CUIDADORES***</b>	<i>Ausente</i>	10,5 (6,25 - 23,75)	3,5 (2 - 7,5)	3,5 (2 - 7,5)
	<i>Presente</i>	9 (5 - 27)	5 (2 - 10)	38 (18,5 - 70,5)
	<i>p</i>	0,777	0,592	0,004
		<b>EXTENSÃO DA DOENÇA EM ÁREAS EXPOSTAS</b>		
		<b>mediana (P25 – P75)</b>		
<b>DEPRESSÃO NOS CUIDADORES**</b>	<i>Ausente</i>	3 (1 - 6,5)	0 (0 - 1,5)	2,5 (1 - 6,75)
	<i>Presente</i>	3,5 (0 - 6,25)	1,5 (0 - 3,25)	6 (3 - 6,5)
	<i>p</i>	0,992	0,084	0,251
<b>ANSIEDADE NOS CUIDADORES***</b>	<i>Ausente</i>	2,5 (0 - 5,5)	0 (0 - 1,75)	2,5 (1 - 5,5)
	<i>Presente</i>	4,5 (1 - 7,5)	2 (0 - 4)	6 (3 - 13)
	<i>p</i>	0,111	0,037	0,057

p= Nível mínimo de significância de 5% do Teste Não-Paramétrico Mann-Whitney

\*Qualidade de vida aferida pelo Índice de Qualidade de Vida para Dermatologia em Crianças (CDLQI)

\*\*Inventário de Beck para Depressão

\*\*\*Escala de Hamilton para Ansiedade

Na análise comparativa da qualidade de vida entre os três grupos de dermatoses, verificou-se uma diferença estatisticamente significativa entre uma pior QoL dos grupos de pacientes com dermatite atópica e psoríase comparado com o grupo com vitiligo. Não foram encontradas diferenças significativas dos índices de depressão e ansiedade entre os cuidadores dos pacientes dos três grupos de dermatoses (Tabela 2).

**Tabela 2:** Comparação da presença de ansiedade e depressão nos cuidadores e qualidade de vida nos pacientes entre os três grupos de dermatoses crônicas

ESCORES DA ESCALA AVALIADA	GRUPO DE DERMATOSES					
	Dermatite Atópica		Vitiligo		Psoríase	
	MEDIANA (P25–P75)	Rank médio	MEDIANA (P25–P75)	Rank médio	MEDIANA (P25–P75)	Rank médio
QUALIDADE DE VIDA	9 (5 - 13)	72,69 <sup>A</sup>	2 (1 - 6)	39,66 <sup>B</sup>	7 (3 - 14,5)	67,24 <sup>A</sup>
DEPRESSÃO	9 (4 - 16,5)	61,34 <sup>A</sup>	6 (3 - 17)	58,36 <sup>A</sup>	9 (3 - 14,5)	57,78 <sup>A</sup>
ANSIEDADE	11,5 (5,8 - 19,3)	58,61 <sup>A</sup>	10 (5 - 19)	55,99 <sup>A</sup>	13 (8,5 - 23,5)	67,32 <sup>A</sup>

Ranks médios seguidos de letras distintas diferem significativamente através do Teste Não-Paramétrico Kruskal Wallis, complementado pelo seu Teste de Comparações Múltiplas, ao nível de significância de 5%  
Letras A e B representam grupos significativamente diferentes

### Discussão

Cuidar de crianças acometidas por dermatoses crônicas é uma tarefa que exige importante comprometimento familiar. Porém, ainda não temos a real dimensão sobre quais problemas psicossociais são vivenciados, nem sobre as repercussões destes sobre o adoecimento infantil.<sup>4,6,13,14,31,32,33</sup> Nos estudos sobre a qualidade de vida de familiares de pacientes com dermatoses crônicas, é comum a referência à presença de ansiedade e de depressão.<sup>4,13,14,33</sup> Contudo, essas publicações não avaliam diretamente sua frequência e seu impacto sobre as dermatoses crônicas pediátricas.

Observaram-se no presente, porcentagens altas de sintomas depressivos e de ansiedade nos cuidadores dos três grupos de doenças (DA 36%, Vi 42% e Ps 36% de ansiedade; DA 36%, Vi 26% e Ps 36% de depressão). Segundo a Organização Mundial de Saúde a prevalência de ansiedade varia entre 10-15% e de depressão entre 5-10%.<sup>34</sup> As possíveis explicações para este achado são difíceis de definir, contudo os resultados desse estudo sugerem que as dermatoses pediátricas estudadas possam ter influência sobre o aumento dos índices de ansiedade e depressão do cuidador. Este fato pode decorrer de mecanismos inadequados de adaptação à doença dos filhos por parte dos genitores, talvez em razão da quebra da imagem do filho idealizado.<sup>28</sup> Assim, a melhora do paciente pode ser comprometida

tanto pela má adesão ao tratamento executado pelo responsável, quanto pela psicossomatização da criança que vivencia o sofrimento psíquico do seu cuidador.<sup>28,33,35</sup> É válido ressaltar que, na tentativa de reduzir possíveis vieses decorrentes de outros agentes que influenciem os altos índices de ansiedade e depressão encontrados, procedeu-se à exclusão da amostra de todos pacientes e cuidadores que tivessem o envolvimento de outras doenças crônicas ou fizessem uso de medicações neuropsiquiátricas. Esta medida, por outro lado, levou a uma importante dificuldade no recrutamento pela frequência destas associações.

Para compreender as dificuldades encontradas no ambiente familiar de uma criança com dermatoses crônica, estudos apontam para a relação de mães e filho,s que tende a se assemelhar mais com uma relação exclusivamente de cuidador e paciente.<sup>4</sup> Este fato deve-se ao nível de exigência sofrido para que sejam executados todos os cuidados preventivos e terapêuticos necessários.<sup>4</sup> Também, é visto na literatura que cuidar uma criança com dermatose pode ser mais estressante do que cuidar de pacientes com doenças aparentemente mais graves, como a diabetes melitus.<sup>36</sup>

Quando analisada a qualidade de vida dos pacientes e a presença de ansiedade e de depressão nos cuidadores, observou-se uma relação estatisticamente significativa entre o decréscimo da QoL dos pacientes com vitiligo e a presença tanto de ansiedade quanto de depressão nos seus cuidadores. Os pacientes da faixa etária estudada caracterizam-se pela vulnerabilidade emocional, e sua exposição a experiências negativas relacionadas à ansiedade e à depressão do seu principal cuidador pode reduzir a qualidade de vida daqueles.<sup>5,10,37</sup> Por sua vez, mecanismos de psicossomatização podem estar relacionados ao agravamento das dermatoses pediátricas, como já visto em estudos.<sup>33</sup> Também pode ocorrer o fenômeno inverso, em que a baixa capacidade de adaptação do paciente à doença desencadeie ansiedade e depressão nos cuidadores, que se sentem incapazes de proteger o filho de uma doença tão estigmatizaste quanto o vitiligo.<sup>5,10</sup> Porém, o presente estudo não encontrou a significância

esperada na relação entre a baixa qualidade de vida dos pacientes com psoríase e dermatite atópica e a presença de ansiedade e depressão nos cuidadores. Talvez estudos posteriores com amostras maiores possam elucidar melhor este fato.

Os cuidadores de pacientes com psoríase apresentaram uma relação estatisticamente significativa entre a maior porcentagem de superfície corporal total acometida pela doença e um maior índice de depressão e ansiedade. Este achado pode justificar-se pela presença de sentimentos como vergonha do parente com a dermatose, limitação em situações de lazer que exponham o corpo e o tempo dispensado para executar tratamentos mais complexos.<sup>5,9,31,38</sup> Outro fator que também pode contribuir é a sabida relação existente entre o maior impacto psicológico da doença no âmbito familiar e a gravidade da doença, que pode estar representada pela extensão corporal comprometida pela dermatose.<sup>1,39</sup> Também se deve questionar até que ponto a psicossomatização do paciente cuidado por um adulto ansioso e/ou deprimido pode levar ao agravamento da doença.<sup>38</sup>

Quando analisada a presença de ansiedade e de depressão nos cuidadores em relação à extensão da doença em áreas que estão constantemente expostas, observou-se que os cuidadores de pacientes com vitiligo apresentaram uma relação estatisticamente significativa para a presença de ansiedade. A literatura já aponta que o estigma da visibilidade das lesões cutâneas vem associado a doenças psíquicas e a redução da qualidade de vida nos pacientes.<sup>1,4,10,11</sup> Autores descrevem um fenômeno que relaciona a exposição de dermatoses a uma pior percepção da doença, independentemente da presença de sintomas e o total da superfície corporal comprometida.<sup>4,11</sup> Na análise da qualidade de vida dos pacientes com dermatoses expostas, o domínio social acaba sendo o mais afetado diante da associação que se faz de lesões cutâneas com possibilidade de contágio.<sup>5</sup> Além disso, a influência da inserção de uma criança num ambiente conturbado pode agir como desencadeador, mantenedor ou agravante da doença.<sup>12</sup> Outro fato a ser ressaltado é que cuidadores de pacientes com dermatoses

crônicas tendem a ter uma postura superprotetora com relação à criança que as levam a ter índices maiores de doenças psíquicas na vida adulta.<sup>4</sup>

Comparando-se os três grupos de dermatoses com a presença de ansiedade e de depressão nos cuidadores e a qualidade de vida dos pacientes, encontramos significância quanto à presença de uma pior qualidade de vida dos pacientes com dermatite atópica e psoríase, em comparação aos pacientes com vitiligo. A literatura já demonstra claramente o impacto na QoL dos atópicos e portadores de psoríase.<sup>31,40,41</sup> Isto se deve a inúmeros fatores que se relacionam à presença de sentimentos negativos, como insatisfação com a própria aparência, ansiedade, depressão, vergonha, tristeza, redução na auto-estima, estigmatização, restrição à vida social e prejuízo à qualidade de sono.<sup>5,32,40,42,43,44</sup> Contudo, investigações referem um decréscimo significativo da QoL dos pacientes com vitiligo, porém nenhuma delas avalia comparativamente a qualidade de vida destes três grupos de dermatoses. Como o presente estudo é o primeiro a demonstrar este achado, acreditamos que ele possa decorrer do fato que a dermatite atópica e a psoríase são doenças relacionadas à presença de sintomas como prurido, queimação e dor, enquanto o vitiligo é caracteristicamente assintomático.<sup>1,10,32,44</sup> Assim, o desconforto causado pelo Vi está somente relacionado ao constrangimento estético.<sup>10,44</sup>

Assim, acreditamos que prevenir e tratar distúrbios emocionais presentes no nicho familiar de crianças com as dermatoses crônicas em pauta pode auxiliar o processo terapêutico, além de propiciar uma vida mais estável reduzindo a possibilidade de repercussões futuras.

## Referências

1. Ludwig MWB, Muller MC, Oliveira MS, Moraes JFD. Qualidade de vida e localização das lesões em pacientes dermatológicos. *An Bras Dermatol*. 2009;84(2): 143-50.
2. Weber MB, Fontes Neto PTL, Prati C, Soirefmann M, Mazzotti NG, Barzenski B, Cestari TF. Improvement of pruritus and quality of life of children with atopic dermatitis and their families after joining support groups. *JEADV* 2008;22:992-997.
3. Fortune DG, Richards HL, Kirby B, Bowcock S, Main CJ, Griffiths CEM. A cognitive-behavioral symptom management programme as an adjunct un psoriasis therapy. *Br J Dermatol* 2002;146:458-465.
4. Carroll CL, Balkrishnan R, Feldman SR, Fleischer AB, Manuel JC. The Burden of Atopic Dermatitis: Impact on the Patient, Family, and Society. *Pediatric Dermatology*, 2005;22(3):192-199.
5. Ludwig MWB, Redivo LB, Zogbi H, Hauber L, Facchin TH, Muller MC. Aspectos psicológicos em dermatologia: avaliação de índices de ansiedade, depressão, estresse e qualidade de vida. *Psic [online]* 2006;7(2):69-76.
6. Neme CMB, Dameto CA, Azevedo GMG, Fonseca MS. Implicações do vínculo mãe-criança no adoecimento infantil: revisão de literatura. *Pediatria Moderna* 2008;162-166.
7. Bick E. The experience of skin in early object relations. *Int Psycho Ther*. 1986;2:292-9.
8. Manzoni APDS, Grazziotin TC. Psicodermatoses na infância. In: Weber MB, Fontes Neto PTL. *Psicodermatologia*. São Caetano do Sul SP: Yendis, 2009.
9. Potocka A, Turczyn-Jablonska K, Merez D. Psychological correlates of quality of life in dermatology patients: the role of mental health and self-acceptance. *Acta Dermatol Ven*. 2009;18:53-61.

10. Linthorst Homan MW, Korte J, Grootenhuis MA, Bos JD, Sprangers MAG, Veen JPW. Impact of childhood vitiligo on adult life. *Br J Dermatol*. 2008;159:915-920.
11. Kent G, Keohane S. Social anxiety and disfigurement: the moderating effects of fear of negative evaluation and past experience. *Br J Clin Psychol*. 2001;40:23-34.
12. Azambuja RD. A conexão psiconeuroimunológica em Dermatologia. *An Bras Dermatol* 1992;67:3-6.
13. Ricci G, Bendandi B, Aiazzi R, Patrizi A, Mais M. Three Years of Italian Experience of an Educational Program for Parents of Young Children Affected by Atopic Dermatitis: Improving Knowledge Produces Lower Anxiety Levels in Parents of Children with Atopic Dermatitis. *Pediatric Dermatology*, 2009;26(1):1-5.
14. Goh C, Lane AT, Bruckner AL. Support Groups for Children and Their Families in Pediatric Dermatology. *Pediatric Dermatology*, 2007;24(3):302-305.
15. Hayes J, Koo J. Psoriasis: depression, anxiety, smoking, and drinking habits. *Dermatol Ther*. 2010;23:174:174-80.
16. Cvetkovski RS, Zachariae R, Jensen H, Olsen J, Johansen JD, Agner T. Quality of life and depression in a population of occupational hand eczema patients. *Contact Dermatitis*. 2006;54(2):106-11.
17. Hong J, Koo B, Koo J. The psychosocial and occupational impact of chronic skin disease. *Dermatol Ther*. 2008;21(1):54-9.
18. Loney T, Standage M, Lewis S. Not just 'skin deep': psychosocial effects of dermatological-related social anxiety in a sample of acne patients. *J Health Psychol*. 2008;13(1):47-54.
19. Fried RG, Gupta MA, Gupta AK. Depression and skin disease. *Dermatol Clin*. 2005;23(4):657-64.

20. Picardi A, Pasquini P, Abeni D, Fassone G, Mazzotti E, Fava GA. Psychosomatic assessment of skin diseases in clinical practice. *Psychother Psychosom.* 2005;74(5):315-22.
21. Kiken DA, Silverberg NB. Atopic dermatitis in children, part 1: epidemiology, clinical features, and complications. *Cutis.* 2006;78(4):241-7.
22. Benoit S, Hamm H Childhood psoriasis. *Clin Dermatol.* 2007;25(6):555-62.
23. Huggins RH, Schwartz RA, Janniger CK. Childhood vitiligo. *Cutis.* 2007;79(4):277-80.
24. Balkrishnan R, Housman TS, Carroll C, Feldman SR, Fleischer AB. Disease severity and associated family impact in childhood atopic dermatitis. *Arch of Dis in Child* 2003;88:423-427.
25. Vale, ECS. Primeiro atendimento em queimaduras: a abordagem do dermatologista. *An Bras Dermatol.* 2005;80(1):9-19.
26. Prati C, Comparin C, Boza JC, Cestari TF. Validação para o português falado no Brasil do instrumento Escore da Qualidade de Vida na Dermatologia Infantil (CDLQI). *Med Cutan Iber Lat Am.* 2010;38(6):229-233.
27. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959;32:50-5.
28. Telles-Correia D, Barbosa A. Ansiedade e depressão em medicina – modelos teóricos e avaliação. *Acta Med Port.* 2009;22:89-98.
29. Gorestein C, Andrade L. Validation of a portuguese version of the Beck Depression Inventory. *Braz. J. Méd. Biol. Res.* 1996;29:453-57.
30. Augustin M, Glaeske G, Radtke MA, Christophers E, Reich K, Schäfer I. Epidemiology and comorbidity of psoriasis in children. *Br J Dermatol* 2010;162(3):633-6.
31. Eghlileb AM, Davies EEG, Finlay AY. Psoriasis has a major secondary impact on lives of family members and partners. *Br J Dermatol* 2007;156:1245-1250.

32. Howlett S. Emotional dysfunction, child-family relationships and childhood atopic dermatitis. *Br J of Dermatol* 1999;140:381-84.
33. Schwartz R; Sepulveda, JE, Quintana T. Factores psicobiológicos en vitiligo infantil: Posible rol en su génesis e impacto en la calidad de vida. *Rev. Méd. Chile.* 2009,137(1):53-62.
34. Desai NG, Isaac M. World Health Organization. Disponível em: [http://www.searo.who.int/EN/Section1243/Section1310/Section1343/Section1344/Section1353\\_5279.htm](http://www.searo.who.int/EN/Section1243/Section1310/Section1343/Section1344/Section1353_5279.htm). Acesso 6 de dez. 2010.
35. Ender T, Behcet C, Sabri B, Emel Ç, Meltem Ö, Zehra A. Depression and anxiety in patients with Behçet's disease compared with that in patients with psoriasis. *International Journal of Dermatology* 2007;46;1118–1124.
36. Su JC, Kemp AS, Varigos GA. Atopic eczema: its impact on the family and financial cost. *Arch Dis Child* 1997;76:159-162.
37. Kossakowska MM, Cieciska C, Jaszewska J, Placek WJ. Control of negative emotions and its implication for illness perception among psoriasis and vitiligo patients. *JEADV* 2010;24(4): 429-433.
38. Kotrulja L, Tadinac M, Joki-Begi NA, Gregurek R. A multivariate analysis of clinical severity, psychological distress and psychopathological traits in psoriatic patients. *Acta Derm Venereol.* 2010;90(3):251-6.
39. Richards HL, Chong SLP, Marson DL, Griffiths CEM. The impact of psoriasis on health partners of patients with psoriasis. *Br J Dermatol* 2002; 147:142.
40. Richards, HL e Fortune, DG. Psychological distress and adherence in patients with psoriasis. *JEAVD* 2006 20:33-41.

41. Basra M K A, Su-Ho R, Finlay A Y. Impact of patients' psoriasis on the quality of life of their families: initial results from a validation study of a novel dermatology-specific measure. *J Investig Dermatol* 2007;127:1808.
42. Magin P, Adams J, Heading G, Pond D, Smith W. The psychological sequelae of psoriasis: results of a qualitative study. *Psychol Health Med*. 2009;14(2):150-61.
43. Coghi S, Brotoletto MC, Sampaio SAP, Franco de Andrade H, Aoki V. Quality of life severely compromised in adult patients with atopic dermatitis in Brasil, especially due to mental components. *Clinics* 2007;62(3):235-42.
44. Nogueira LSC, Zancanaro PCQ, Azambuja RD. Vitiligo e emoções. *An Bras Dermatol*. 2009;84(1):39-43.

**ARTIGO 1 – versão em Inglês**

Artigo formatado para o periódico *International Journal of Dermatology*

**ASSESSING OF DEPRESSIVE SYMPTOMS AND ANXIETY IN THE  
CAREGIVERS OF PEDIATRIC PATIENTS WITH ATOPIC DERMATITIS,  
PSORIASIS AND VITILIGO**

Ana Paula Dornelles Manzoni<sup>1,2,3</sup>, Magda Blessmann Weber<sup>2</sup>, Aline Nagatomi<sup>1</sup>, Rita Langie Pereira<sup>3</sup>, Roberta Zaffari Townsend<sup>3</sup>, Tania Ferreira Cestari<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS, Brasil.

<sup>2</sup>Serviço de Dermatologia da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Centro de Saúde Santa Marta, , Porto Alegre/RS, Brasil.

<sup>3</sup>Disciplina de Dermatologia da Universidade Luterana do Brasil, Porto Alegre/RS, Brazil.

## ABSTRACT

**Introduction:** The literature has shown that the presence of emotional disturbances in caregivers of children with skin diseases affects the course and treatment of the disease. Anxiety and depression are among the most frequently reported psychiatric diagnoses related to this fact. However, most publications have attempted to gauge this relationship indirectly by using quality of life scales rather than direct scales developed for the evaluation of anxiety and depression. **Objective:** To evaluate the presence of anxiety and depression in caregivers of 118 pediatric patients with chronic skin disorders, exemplified by atopic dermatitis, psoriasis and vitiligo, and correlate them to the quality of life of the patients, total body area affected by the disease and the extent of that affected area exposed to view.

**Methods:** The sample consisted of patients with atopic dermatitis, vitiligo and psoriasis accompanied by their main caregiver. The levels of anxiety and depression in the caregivers were assessed using the Hamilton Anxiety Scale and the Beck Depression Inventory, respectively. The validated for Portuguese Children's Dermatology Life Quality Index was applied. The total body surface affected by the disease and the area exposed to view were measured using the human model for burn patients. **Results:** Anxiety was observed in 36% of the caregivers of the patients with atopic dermatitis, 36% of those of children affected by psoriasis and 42% of those responsible for pediatric patients with vitiligo. Depression occurred in 36% of the caregivers of patients with atopic dermatitis, 36% of those of children affected by psoriasis and 26% of those responsible for pediatric patients with vitiligo affected. There was a significant correlation between poor quality of life scores in patients with vitiligo and the presence of depression and anxiety in their caregivers. The greater the total body surface affected by psoriasis the higher the rate of depression and anxiety in their caregivers. For vitiligo, extensive surface body area corresponded to more intense anxiety in their caregivers. In the comparative analysis of the quality of life between the three groups of dermatoses, the QoL of patients with atopic dermatitis and psoriasis was significantly worse than for those affected by vitiligo. **Conclusion:** The presence of anxiety and depression in caregivers of patients with vitiligo was significantly related to the lower quality of life of the patients and the greater extent of disease exposed to view. Among caregivers of patients with psoriasis, the larger total body surface affected by the disease, the higher were the observed levels of depression and anxiety. Caregivers of patients with atopic dermatitis showed no significant correlations in the study to justify the rates of anxiety and depression. However, the worst quality of life scores were identified among atopic patients. Thus, we believe that emotional disorders tend to be present in the close family of children with the studied chronic skin diseases.

**Keywords:** Atopic Dermatitis. Psoriasis. Vitiligo. Anxiety. Depression. Quality of Life.

## **Introduction**

Many authors have referred to the close relationship between the skin and psyche. This association has been shown to be important from the formation of the ego to the understanding of the skin as a means of communication with the outside world.<sup>1</sup> Based on this evidence, the literature has demonstrated the influence of psychological issues on the treatment of certain skin diseases and the necessity of understanding these mechanisms in order to obtain better treatment results.<sup>2,3,4</sup>

In the context of pediatric dermatology, one must pay attention to the intense emotional and biological connection between children and their caregivers and the degree to which this relationship regulates and influences children's behavior.<sup>1,4</sup> The skin has an important role in this connection because it is through the skin that the child perceives its first sensations and begins to identify what is pleasurable or not.<sup>1,4</sup> Thus, the presence of skin disease can have repercussions on the children-adult bond and the healthy development of a relationship.<sup>1,2</sup>

It is estimated that there is some psychosomatic influence on the genesis of the disease in one third of patients with dermatoses.<sup>1</sup> Therefore, it is important to assess the difficulties faced by patients and their ability to provide healthy adaptive responses toward the disease. In the pediatric population some authors suggest that the early onset of skin diseases is seldom related to a psychic trigger event.<sup>1,5</sup> However, other studies have shown that children are susceptible to imbalances in their home contributing to psychosomatization even on an early age.<sup>1,4,6</sup>

It has been reported that deprivation or stress in early childhood cause alters brain structure and neuroendocrine secretions.<sup>7</sup> Furthermore, studies on pediatric populations have demonstrated the influence of stress factors in obtaining good treatment results, and pointed to the need for cognitive-behavioral monitoring for both children and their families.<sup>2,3,4,5</sup> Skin

diseases have a clear negative impact on family life and caregivers tend to feel overwhelmed, present sleep disturbances, fear of the future, in addition to having higher rates of absence from work and job abandonment in order to attend sick children.<sup>2,3</sup> The literature also points out the influence of the caregiver's behavioral disturbances on their child's illness, on the evolution of the disease and even on the personality formation of future adults who could be socially ill-adapted.<sup>4,8,9</sup>

Anxiety and depression in caregivers are among the psychiatric diagnoses that most affect pediatric dermatoses.<sup>10,11,12,13,14,15</sup> Yet, the majority of publications attempt to gauge this relationship indirectly, mainly by using scales that assess the quality of life.<sup>11,14</sup> Thus, this study aims to directly assess the levels of anxiety and depression in caregivers of pediatric patients with atopic dermatitis, vitiligo and psoriasis, which are considered the main chronic skin diseases in this age group. Additionally, we intend to investigate the correlation between caregivers' emotional symptoms and the patients' quality of life and the extent of the body area affected by the disease.

## **Materials and Methods**

### Study Population

The study included patients with atopic dermatitis (AD), vitiligo (Vi) and psoriasis (Ps) diagnosed according to the classical clinical criteria for these dermatoses or histopathological confirmation in the case of diagnostic uncertainty.<sup>4,16,17,18</sup> Each selected patients was accompanied by his/her respective main caregiver in accordance with the definition from Balkrishnan *et al.*<sup>19</sup> Patients aging from 5 to 16 years-old were suitable for the application of the Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI). The exclusion criteria for patients were: diagnosis within the last 6 months, the presence of other chronic diseases under treatment and the use of neuropsychiatric medications. The exclusion criteria

for caregivers were: the presence of chronic diseases and the use of neuropsychiatric medications.

### **Survey methodology**

All patients had their demographic information and duration of the illness annotated. A complete dermatological examination was performed by mapping the total affected body surface and areas exposed to view (mainly face, neck, forearms and hands). The percentage of the affected body surface was calculated according to the human model for burns patients.<sup>20</sup>

Quality of Life (QoL) was assessed using the Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI) questionnaire<sup>21</sup>, validated for Brazilian Portuguese. This instrument was developed to be answered by patients aged between 5 and 16 years and consists of 10 questions for each of 6 domains - symptoms and feelings, leisure, school or holidays, personal relationships, sleep and treatment. Each question is scored as follows: "very much" scored 3, "a lot" scored 2; "a little" scored 1 and "not at all" scored 0. The total score ranges from 0 to 30, with values of 0 and 1 indicating no effect on the child's life, 2-6 small effect, 7 to 12 a moderate effect, 13 to 18 a very large and 19 to 30 extremely large effect.

Each caregiver's level of anxiety was evaluated using the Hamilton Anxiety Scale (HAS). This instrument consists of 14 items that address aspects of psychic and somatic anxiety. Each item is rated on a 5-point scale, ranging from 0 (not present) to 4 (severe). The level varies according to the sum of the scores, where up to 17 indicates absence or mild anxiety, 18 to 24 mild to moderate anxiety and 25 to 56 moderate to severe. Scores of over than 17 were considered suggestive of anxiety.<sup>22</sup>

The Beck Depression Inventory (BDI) was used to assess the each caregiver's level of depression. This instrument comprises 21 items that contemplate cognitive aspects of depression. Each item is rated on a 4-point scale, ranging from 0 (minimal) to 3 (severe). The

level varies according to the sum of the scores, where up to 9 indicates absence of depression, 10-18 mild, 19 to 29 moderate and 30 to 63 severe depression. Scores of over 10 were considered suggestive of depression.<sup>23</sup>

### **Statistical analysis and Ethical Consideration**

Categorical variables were described by the absolute frequency and percentage of relative frequency; quantitative variables by mean and standard deviation when variables had normal distributions and the median and interquartile range when the distribution was asymmetric. Categorical variables were compared using the chi-square test; while the quantitative variables were matched up using ANOVA and the Turkey test for multiple comparisons. Quantitative variables with asymmetric distribution were analyzed by means of the Kruskal-Wallis test and variable position transformation was performed in order to use Turkey's test for multiple comparisons. The Spearman's correlation coefficient was used to associate quantitative variables.

The project and all its procedures were submitted to and approved by the Institutional Review Board. All patients and their caregivers were fully informed regarding the nature of the study and gave their written consent.

### **Results**

Of the total of 118 patients analyzed, 50 had atopic dermatitis, 43 had vitiligo and 25 had psoriasis. The psoriasis group was significantly smaller due to the lower prevalence of disease in this age group when compared with the other two groups.<sup>30</sup> All patients were accompanied by their primary caregivers: the mother (78% of cases), father (9.5%), grandparents (8.5%), sister (1%) and stepfather (1%)

Anxiety was present in 36% of caregivers in the group of patients with atopic dermatitis, in 36% of those responsible for patients with psoriasis and in 42% of those responsible for patients with vitiligo. Similarly, depression was observed in 36% of the caregivers of atopic dermatitis patients, 36% of those responsible for patients with psoriasis and 26% of caregivers of patients with vitiligo

There was a statistically significant correlation between worst quality of life and the presence of both depression and anxiety in the caregivers of vitiligo patients. This significance was not observed in the groups with atopic dermatitis and psoriasis. (Table 1)

The assessment of the total body surface affected by dermatosis and the presence of emotional symptoms in caregivers, demonstrated a statistically significant correlation between the total extent of the disease and the presence of depression and anxiety in the caregivers of patients with psoriasis. The other evaluated dermatoses did not show such correlation. (Table 1) However, a similar analysis in relation to the body surface area exposed to view demonstrated a significant correlation between the presence of anxiety in the caregivers of patients with vitiligo and the extension of visible lesions. (Table 1)

**Table 1:** Comparison of the quality of life of patients with chronic skin diseases and total body surface exposed and affected by the disease in relation to the presence or absence of depression in their caregivers

		<b>CHRONIC SKIN DISEASES</b>		
		<b>Atopic Dermatitis</b>	<b>Vitiligo</b>	<b>Psoriasis</b>
		<b>QUALITY OF LIFE OF THE PATIENTS*</b>		
		<b>median (P25 – P75)</b>		
<b>DEPRESSION IN THE CAREGIVERS**</b>	<i>Absent</i>	8.5 (5 - 12.5)	2 (1 - 4.5)	5 (2.25 - 12.25)
	<i>Present</i>	9 (4.75 - 14.25)	4 (1.75 - 8.5)	8 (4.5 - 16.5)
	<i>p</i>	0.453	0.032	0.419
<b>ANXIETY IN THE CAREGIVERS***</b>	<i>Absent</i>	8 (5 - 11)	2 (1 - 4)	5.5 (2.25 - 12.5)
	<i>Present</i>	10 (6.25 - 14.75)	7 (2 - 12)	8 (4 - 16.5)
	<i>p</i>	0.134	0.001	0.452
		<b>TOTAL EXTENSION OF THE DISEASE</b>		
		<b>MEDIAN (P25 – P75)</b>		
<b>DEPRESSION IN THE CAREGIVERS**</b>	<i>Absent</i>	9.5 (6.25 - 27)	4 (2 - 8)	3.5 (2 - 19.5)
	<i>Present</i>	9.5 (5.75 - 24.25)	3.5 (1.75 - 11)	36 (5.5 - 70.5)
	<i>p</i>	0.613	0.756	0.027
<b>ANXIETY IN THE CAREGIVERS***</b>	<i>Absent</i>	10.5 (6.25 - 23.75)	3.5 (2 - 7.5)	3.5 (2 - 7.5)
	<i>Present</i>	9 (5 - 27)	5 (2 - 10)	38 (18.5 - 70.5)
	<i>p</i>	0.777	0.592	0.004
		<b>EXTENSION OF THE DISEASE IN EXPOSED AREAS</b>		
		<b>MEDIAN (P25 – P75)</b>		
<b>DEPRESSION IN THE CAREGIVERS**</b>	<i>Absent</i>	3 (1 - 6.5)	0 (0 - 1.5)	2.5 (1 - 6.75)
	<i>Present</i>	3.5 (0 - 6.25)	1.5 (0 - 3.25)	6 (3 - 6.5)
	<i>p</i>	0.992	0.084	0.251
<b>ANXIETY IN THE CAREGIVERS***</b>	<i>Absent</i>	2.5 (0 - 5.5)	0 (0 - 1.75)	2.5 (1 - 5.5)
	<i>Present</i>	4.5 (1 - 7.5)	2 (0 - 4)	6 (3 - 13)
	<i>p</i>	0.111	0.037	0.057

p= Minimum significance level of 5% in the non-parametric Mann-Whitney Test

\*Quality of life measured using the Children's Dermatology of Life Quality Index (CDLQI)

\*\*The Beck Depression Inventory

\*\*\*Hamilton Anxiety Scale

The analysis of quality of life showed statistically significant differences, with worse QoL scores in the groups of patients with atopic dermatitis and psoriasis when compared with those with vitiligo. However, it was not possible to demonstrate significant correlations between the QoL indexes and the rates of depression and anxiety among the caregivers of patients in the studied sample. (Table 2)

**Table 2:** Comparison of the presence of anxiety and depression in the caregivers and quality of life of pediatric patients with chronic skin diseases

SCORES OF THE EVALUATED SCALE	GROUPS OF SKIN DISEASES					
	Atopic Dermatitis		Vitiligo		Psoriasis	
	MEDIAN (P25–P75)	Rank average	MEDIAN (P25–P75)	Rank average	MEDIAN (P25–P75)	Rank average
QUALITY OF LIFE	9 (5 - 13)	72.69 <sup>A</sup>	2 (1 - 6)	39.66 <sup>B</sup>	7 (3 - 14.5)	67.24 <sup>A</sup>
DEPRESSION	9 (4 - 16.5)	61.34 <sup>A</sup>	6 (3 - 17)	58.36 <sup>A</sup>	9 (3 - 14.5)	57.78 <sup>A</sup>
ANXIETY	11.5 (5.8 - 19.3)	58.61 <sup>A</sup>	10 (5 - 19)	55.99 <sup>A</sup>	13 (8.5 - 23.5)	67.32 <sup>A</sup>

Average ranks followed by distinct letters differ significantly using the non-parametric Kruskal Wallis test, complemented by the multiple comparisons test, at a significance level of 5%

## Discussion

Caring for children affected by chronic skin diseases is a task that requires a significant degree of family involvement. However, we still lack a full understanding of which psychosocial problems are experienced and their impact on childhood illness.<sup>4,8,25,26</sup> In studies on the quality of life of relatives of patients with chronic skin diseases, the presence of anxiety and depression are often cited.<sup>4,8,9,26</sup> However, these reports do not directly evaluate their frequency and their impact on pediatric chronic dermatoses.

DA 36% Vi 42% and 36% anxiety Ps; DA 36% Vi 26% and 36% depression Ps). According to World Health Organization the prevalence of anxiety varies between 10-15% and 5-10% for depression.<sup>27</sup> Possible explanations for this finding are difficult to interpret, yet the results of this study suggest that the studied pediatric dermatoses may influence the higher rates of anxiety and depression in caregivers. This may be due to the parents lacking of adequate adaptive mechanisms when confronted to their children disease, as the child's physical appearance may not conform to the parent's or family idealized image.<sup>15</sup> Thus, the patient's improvement may be compromised both by poor adherence to treatment which is the responsibility of the caregiver, and the psychosomatization of the child who experiences the psychological distress of their caregivers.<sup>26,28</sup>

Studies have shown that one of the difficulties encountered within the family environment of a child with chronic skin disease is that the mother-child relationship tends to more closely resemble that of caregiver and patient.<sup>4</sup> This fact is due to the level of demand required to ensure that all the necessary preventive and therapeutic procedures are performed.<sup>4</sup> Caring for a child with skin disease may be more stressful than caring for patients with apparently more serious diseases such as diabetes mellitus.<sup>29</sup>

When analyzing the quality of life of patients and the presence of anxiety and depression in the caregivers there was a statistically significant relationship between the decrease in QoL of patients with vitiligo and the presence of both anxiety and depression in their caregivers. Patients in the studied age group are characterized by emotional vulnerability, and their exposure to negative experiences related to anxiety and depression in their main caregiver can have the effect of reducing their quality of life.<sup>6,30</sup> In turn, psychosomatic mechanisms may be related to the worsening of skin diseases reported in pediatric studies.<sup>26</sup> The inverse situation may also occur, where the patient's low capacity to adapt to the illness triggers anxiety and depression in caregivers who feel unable to protect their child from a disease as stigmatized as vitiligo.<sup>6</sup> However, this study could not demonstrate the expected significant relationship between the low quality of life of patients with psoriasis and atopic dermatitis and the presence of anxiety and depression in their caregivers. Perhaps further studies with larger samples may elucidate this fact.

Caregivers of patients with psoriasis showed a statistically significant relationship between the largest percentage of total body surface affected by the disease and the highest rate of depression and anxiety in their caregivers. This finding may be explained by the presence of feelings such as shame due to the relative limitations in leisure situations imposed by the disease and the amount of time spent performing more complex treatment.<sup>9,25,28</sup> Another factor that may contribute to explain these findings is the known relationship between the

psychological impact of major illness on the family and the severity of disease that may be represented by the extent of the body affected by it.<sup>1,31</sup> Similarly, it should be asked to what degree psychosomatization in a patient under the care of an adult suffering from anxiety or depression can lead to worsening of the disease.<sup>1,31</sup>

Analysis of the presence of anxiety and depression in caregivers in relation to the extent of the disease in constantly exposed areas, there was a statistically significant relationship between caregivers of patients with vitiligo and the presence of anxiety. Published data suggests that the stigma due to the visibility of skin lesions is associated with mental illness and reduced quality of life in patients with vitiligo, atopic dermatitis and psoriasis.<sup>1,6,7</sup> Moreover, authors have described a phenomenon that relates the exposure of skin diseases with a poor perception of the disease, regardless of the presence of symptoms or the total body surface affected.<sup>4,7</sup> In the analysis of quality of life of patients with exposed dermatoses, the social domain is the most affected due to the association which is made between skin lesions and the possibility of contagion.<sup>4</sup> Furthermore, the influence of placing a child in a troubled environment can act as a trigger, maintainer or aggravator of the disease.<sup>5</sup> Another fact to be emphasized is that caregivers of patients with chronic skin diseases tend to be overprotective towards the child, which leads them to have higher rates of mental illnesses in adulthood.<sup>4</sup>

Comparing the three groups of dermatoses with the presence of anxiety and depression in caregivers and quality of life there is a significant relationship between the presence of a poorer quality of life of patients with atopic dermatitis and psoriasis when compared to patients with vitiligo. Published data has clearly demonstrated the impact on QoL of atopic dermatitis and psoriasis.<sup>25,32</sup> This is due to several factors that include the presence of negative feelings such as dissatisfaction with their appearance, anxiety, depression, shame, sadness, loss of self-esteem, stigma, restricted social life and poor quality of sleep.<sup>7,14,15,33</sup>

Publications state that there is also a significant decrease in the QoL of patients with vitiligo, but none of them comparatively evaluate the quality of life of these three groups of dermatoses.<sup>1,6</sup> The present study is the first to demonstrate this finding, to our knowledge. We believe that, probably, it may be due to the fact that atopic dermatitis and psoriasis are related to the presence of symptoms such as itching, burning and pain, while vitiligo is typically asymptomatic.<sup>1,6</sup> Thus, the discomfort caused by Vi is only solely related to aesthetic embarrassment.<sup>6</sup>

Thus, we believe that preventing and treating emotional disorders present within the close family of children with chronic skin diseases can help the therapeutic process, as well as providing a more stable life and future with fewer repercussions.

## References

1. Bick E. The experience of skin in early object relations. *Int Psycho Ther.* 1986; 2:292-9.
2. Weber MB, Fontes Neto PTL, Prati C, Soirefmann M, Mazzotti NG, Barzenski B, Cestari TF. Improvement of pruritus and quality of life of children with atopic dermatitis and their families after joining support groups. *JEADV* 2008;22:992-997.
3. Fortune DG, Richards HL, Kirby B, Bowcock S, Main CJ, Griffiths CEM. A cognitive-behavioral symptom management programme as an adjunct un psoriasis therapy. *Br J Dermatol* 2002;146:458-465.
4. Carroll CL, Balkrishnan R, Feldman SR, Fleischer AB, Manuel JC. The Burden of Atopic Dermatitis: Impact on the Patient, Family, and Society. *Pediatric Dermatology*, 2005;22(3):192-199.
5. Potocka A, Turczyn-Jablonska K, Merez D. Psychological correlates of quality of life in dermatology patients: the role of mental health and self-acceptance. *Acta Dermatol Ven.* 2009;18:53-61.
6. Linthorst Homan MW, Korte J, Grootenhuis MA, Bos JD, Sprangers MAG, Veen JPW. Impact of childhood vitiligo on adult life. *Br J Dermatol* 2008;159:915-920.
7. Kent G, Keohane S. Social anxiety and disfigurement: the moderating effects of fear of negative evaluation and past experience. *Br J Clin Psychol.* 2001;40:23-34.
8. Ricci G, Bendandi B, Aiazzi R, Patrizi A, Mais M. Three Years of Italian Experience of an Educational Program for Parents of Young Children Affected by Atopic Dermatitis: Improving Knowledge Produces Lower Anxiety Levels in Parents of Children with Atopic Dermatitis. *Pediatric Dermatology* 2009;26(1):1-5.
9. Goh C, Lane AT, Bruckner AL. Support Groups for Children and Their Families in Pediatric Dermatology. *Pediatric Dermatology*, 2007;24(3):302-305.

10. Hayes J, Koo J. Psoriasis: depression, anxiety, smoking, and drinking habits. *Dermatol Ther.* 2010; 23:174:174-80.
11. Cvetkovski RS, Zachariae R, Jensen H, Olsen J, Johansen JD, Agner T. Quality of life and depression in a population of occupational hand eczema patients. *Contact Dermatitis.* 2006;54(2):106-11.
12. Hong J, Koo B, Koo J. The psychosocial and occupational impact of chronic skin disease. *Dermatol Ther.* 2008;21(1):54-9.
13. Loney T, Standage M, Lewis S. Not just 'skin deep': psychosocial effects of dermatological-related social anxiety in a sample of acne patients. *J Health Psychol.* 2008;13(1):47-54.
14. Fried RG, Gupta MA, Gupta AK. Depression and skin disease. *Dermatol Clin.* 2005;23(4):657-64.
15. Picardi A, Pasquini P, Abeni D, Fassone G, Mazzotti E, Fava GA. Psychosomatic assessment of skin diseases in clinical practice. *Psychother Psychosom.* 2005;74(5):315-22.
16. Kiken DA, Silverberg NB. Atopic dermatitis in children, part 1: epidemiology, clinical features, and complications. *Cutis.* 2006;78(4):241-7.
17. Benoit S, Hamm H Childhood psoriasis. *Clin Dermatol.* 2007;25(6):555-62.
18. Huggins RH, Schwartz RA, Janniger CK. Childhood vitiligo. *Cutis.* 2007; 79(4):277-80.
19. Balkrishnan R, Housman TS, Carroll C, Feldman SR, Fleischer AB. Disease severity and associated family impact in childhood atopic dermatitis. *Arch of Dis in Child* 2003;88:423-427.
20. Vale, ECS. Initial management of burns: approach by dermatologists. *An Bras Dermatol.* 2005;80(1):9-19.

21. Prati C, Comparin C, Boza JC, Cestari TF. Validação para o português falado no Brasil do instrumento Escore da Qualidade de Vida na Dermatologia Infantil (CDLQI). *Med Cutan Iber Lat Am.* 2010;38(6): 229-233.
22. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959;32:50-5.
23. Telles-Correia D, Barbosa A. Ansiedade e depressão em medicina – modelos teóricos e avaliação. *Acta Med Port.* 2009;22:89-98.
24. Gorestein C, Andrade L. Validation of a portuguese version of the Beck Depression Inventory. *Braz. J. Méd. Biol. Res.* 1996;29:453-57.
25. Eghlileb AM, Davies EEG, Finlay AY. Psoriasis has a major secondary impact on lives of family members and partners. *Br J Dermatol.* 2007;156:1245-1250
26. Schwartz R; Sepulveda, JE, Quintana T. Factores psicobiológicos en vitiligo infantil: Posible rol en su génesis e impacto en la calidad de vida. *Rev. Méd. Chile,* 2009;137(1):53-62.
27. Desai NG, Isaac M. Word Health Organization. Access in: [http://www.searo.who.int/EN/Section1243/Section1310/Section1343/Section1344/Section1353\\_5279.htm](http://www.searo.who.int/EN/Section1243/Section1310/Section1343/Section1344/Section1353_5279.htm). December 6, 2010.
28. Ender T, Behcet C, Sabri B, Emel Ç, Meltem Ö, Zehra A. Depression and anxiety in patients with Behçet's disease compared with that in patients with psoriasis. *International Journal of Dermatology* 2007;46:1118–1124.
29. Su JC, Kemp AS, Varigos GA. Atopic eczema: its impact on the family and financial cost. *Arch Dis Child* 1997;76:159-162.
30. Kossakowska MM, Cieciska C, Jaszewska J, Placek WJ. Control of negative emotions and its implication for illness perception among psoriasis and vitiligo patients. *JEADV* 2010;24(4): 429-433.

31. Kotrulja L, Tadinac M, Joki-Begi NA, Gregurek R. A multivariate analysis of clinical severity, psychological distress and psychopathological traits in psoriatic patients. *Acta Derm Venereol.* 2010;90(3):251-6.
32. Basra M K A, Su-Ho R, Finlay A Y. Impact of patients' psoriasis on the quality of life of their families: initial results from a validation study of a novel dermatology-specific measure. *J Investig Dermatol.* 2007;127:1808.
33. Magin P, Adams J, Heading G, Pond D, Smith W. The psychological sequelae of psoriasis: results of a qualitative study. *Psychol Health Med.* 2009;14(2):150-61.

## ARTIGO 2

Artigo formatado para o periódico Anais Brasileiros de Dermatologia

# **AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS COM AS PRINCIPAIS DERMATOSES CRÔNICAS DA INFÂNCIA**

Quality of life assessment in pediatric patients with the major chronic childhood skin diseases

Ana Paula Dornelles Manzoni<sup>1,2,3</sup>, Magda Blessmann Weber<sup>2</sup>, Aline Rodrigues da Silva

Nagatomi<sup>1</sup>, Rita Langie Pereira<sup>3</sup>, Roberta Zaffari Townsend<sup>3</sup>, Tania Ferreira Cestari<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS, Brasil.

<sup>2</sup>Serviço de Dermatologia da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Centro de Saúde Santa Marta, Porto Alegre/RS, Brasil.

<sup>3</sup>Disciplina de Dermatologia da Universidade Luterana do Brasil, Porto Alegre/RS, Brasil.

## RESUMO

**Introdução:** A pele é a principal interface do ser humano com o meio externo e a presença de doenças cutâneas pode levar a repercussões importantes na qualidade de vida destes pacientes. O presente estudo tem como objetivo fazer uma avaliação comparativa entre a qualidade de vida dos pacientes pediátricos com dermatite atópica, vitiligo e psoríase e correlacioná-la à superfície corporal total e às áreas expostas à visualização acometidas pela doença. **Métodos:** Amostra composta por 118 pacientes com dermatite atópica, vitiligo e psoríase na faixa etária entre 5 a 16 anos para a aplicação do questionário Índice de Qualidade de Vida para Dermatologia em Crianças (CDLQI). Realizado exame dermatológico para a aferição da superfície corporal total acometida pela doença e em áreas expostas à visualização através do modelo humano para queimados. **Resultados:** Os três grupos de pacientes pediátricos demonstraram ter redução na qualidade de vida. Os pacientes com dermatite atópica e psoríase apresentaram um impacto na QoL significativamente maior que o grupo com vitiligo. Há uma tendência na redução da qualidade de vida dos pacientes dos três grupos de dermatoses relacionada ao aumento tanto da superfície total quanto da superfície exposta à visualização ( $r=0,428$  e  $p<0,001$ ;  $r=0,381$  e  $p<0,001$ , respectivamente). A análise das questões do CDLQI demonstrou que os pacientes com dermatite atópica e psoríase apresentaram um impacto estatisticamente maior que o grupo com vitiligo nas questões relacionadas à presença de sintomas, mudança na forma de se vestir e presença de alterações do sono secundárias à doença. **Conclusão:** As crianças avaliadas com dermatite atópica, psoríase e vitiligo apresentaram redução na qualidade de vida. Porém, há um impacto significativamente maior nos grupos de pacientes com dermatite atópica e psoríase em relação ao grupo com vitiligo. Este fato pode dever-se à ausência de sintomas no vitiligo e ao grupo ter apresentado uma superfície corporal comprometida estatisticamente menor que outros dois grupos.

**Palavras-chave:** Qualidade de vida. Crianças. Dermatite atópica. Psoríase. Vitiligo.

## ABSTRACT

**Introduction:** The skin is the primary interface of the human being with the external environment and the presence of skin diseases can have substantial effects on quality of life of these patients. This study aims to make a comparative evaluation of the quality of life of pediatric patients with atopic dermatitis, psoriasis and vitiligo and correlate the findings to the total body surface and the areas exposed to view with the disease.

**Methods:** The sample comprised 118 patients with atopic dermatitis, vitiligo and psoriasis, aged between 5 and 16 years, who were asked to answer the Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI) questionnaire. Dermatological examination for the measurement of total body surface affected by the disease and in those areas exposed to view, through the human model for burns victims.

**Results:** The three groups of pediatric patients were shown to have a reduced quality of life. Patients with atopic dermatitis and psoriasis showed a significantly greater impact on QoL than the group with vitiligo. There is a trend towards reduced quality of life in patients from the three groups of dermatoses which is related to increases in both the total affected area and affected area exposed to view ( $r = 0.428$  and  $p < 0.001$ ,  $r = 0.381$  and  $p < 0.001$ , respectively). Analysis of the responses to the CDLQI demonstrated that patients with atopic dermatitis and psoriasis showed a statistically greater impact than the group with vitiligo in the questions related to symptoms, altered mode of dressing and presence of sleep disturbances secondary to disease

**Conclusion:** The assessed children with atopic dermatitis, psoriasis and vitiligo had reduced quality of life. However, there is a significantly greater impact in the groups of patients with atopic dermatitis and psoriasis than in the group with vitiligo. This may be due to lack of symptoms in vitiligo and the fact the group presented a statistically smaller affected body surface area than the other two groups.

**Keywords:** Quality of life, children, atopic dermatitis, psoriasis, vitiligo

## Introdução

Atualmente há um aumento do interesse nas questões que contemplam o impacto das doenças dermatológicas sobre aspectos psíquicos, sociais e econômicos dos pacientes.<sup>1,2,3</sup> Como a pele é a principal interface do ser humano com o meio externo, a presença de alterações cutâneas pode levar a repercussões importantes na qualidade de vida (QoL) destes pacientes.<sup>1,4,5</sup> Acredita-se que isto se deva à importante função que a pele tem na formação da imagem corporal e na constituição do ego. Como consequência, os pacientes com dermatoses mostram-se mais suscetíveis a doenças psíquicas e a repercussões sociais negativas.<sup>4,6</sup>

A dermatite atópica (DA), o vitiligo (Vi) e a psoríase (Ps) são importantes dermatoses crônicas da infância e a literatura vem demonstrando o seu impacto na QoL das crianças afetadas.<sup>1,7,8</sup> A dermatite atópica é considerada a mais comum delas (10-20%) e apresenta uma prevalência crescente.<sup>9</sup> Autores descrevem que as suas manifestações clínicas típicas, o prurido e o eczema, juntamente com a sobrecarga decorrente das permanentes rotinas preventivas e terapêuticas levam a repercussões psicossociais.<sup>10</sup> Já o vitiligo acomete cerca de 1% da população em geral, sendo 50% em menores de 20 anos.<sup>11,12</sup> Ele se caracteriza pela despigmentação da pele e, apesar de ser uma dermatose assintomática, está significativamente relacionada à redução na qualidade de vida.<sup>11,12,13</sup> A psoríase é uma doença eritêmato-descamativa cuja prevalência é de até 3% da população em geral, sendo 4% antes dos 16 anos.<sup>14</sup> Apesar de ser a dermatose pediátrica de menor frequência entre as três estudadas, a literatura demonstra fortemente a presença de estresse, baixa auto-estima, discriminação social e alterações psiquiátricas.<sup>15,16</sup>

Para dimensionar o impacto na qualidade de vida da população pediátrica com dermatoses foram criados instrumentos capazes de quantificar os aspectos subjetivos da doença e possibilitar uma visão mais completa sobre os pacientes.<sup>17,18</sup> O Escore de Qualidade de Vida na Dermatologia Infantil (*Children's Dermatology Life Quality Index* - CDLQI) é um

consagrado instrumento que permite a avaliação da QoL em pacientes na faixa etária pediátrica e já foi amplamente testado e validado para língua portuguesa brasileira.<sup>1,19</sup>

O presente estudo tem como objetivo fazer uma avaliação comparativa entre a qualidade de vida de pacientes pediátricos com dermatite atópica, vitiligo e psoríase, e correlacioná-la à superfície corporal total e às áreas expostas à visualização acometidas pela doença.

## **Material e Métodos**

### Amostra

O estudo foi realizado com 118 pacientes pediátricos portadores de dermatite atópica (DA), vitiligo (Vi) e psoríase (Ps) diagnosticados pelos critérios clínicos clássicos destas dermatoses.<sup>7,8,14</sup> No caso de dúvida diagnóstica, foi utilizado o exame histopatológico para confirmação. A faixa etária dos pacientes variou entre 5 a 16 anos de idade, própria para a aplicação do Índice de Qualidade de Vida para Dermatologia em Crianças. A amostra foi coletada entre dezembro de 2008 e julho de 2010.

Foram considerados fatores de exclusão os seguintes itens: diagnósticos da dermatose há menos de seis meses, presença de outras doenças crônicas em tratamento e uso de medicações neuropsiquiátricas.

### Instrumentos de coleta de dados e variáveis analisadas

Foram coletadas as seguintes variáveis: a idade, o sexo e o tempo de doença do paciente. Foi realizado exame dermatológico completo para o mapeamento da superfície corporal total acometida e das áreas expostas à visualização. O cálculo da porcentagem da superfície corporal foi realizado conforme o modelo humano para queimados.<sup>20</sup>

Qualidade de Vida (QoL): os pacientes responderam ao questionário CDLQI desenvolvidos por Lewis-Jones e Filay e validado para o português brasileiro por Prati *et al.*<sup>19,21</sup> Este instrumento é composto por 10 perguntas e contempla seis domínios – sintomas e sentimentos, lazer, escola/férias, relações pessoais, sono e tratamento. Cada questão corresponde às respostas seguintes, com seus valores: “muitíssimo” - 3, “muito” - 2, “pouco” - 1 e “não” - 0. Escores de 0 a 1 são considerados sem impacto na qualidade de vida; de 2 a 6, de pequeno impacto; de 7 a 12 de moderado impacto; de 13 a 18, de grande impacto; e de 19 a 30, de extremo impacto.<sup>19</sup>

#### Análise Estatística

As variáveis qualitativas foram descritas através de frequência absoluta e de frequência relativa. As variáveis quantitativas foram descritas pela média e desvio padrão quando tiveram distribuição normal e pela mediana e intervalo interquartil, caso contrário. A associação entre as variáveis qualitativas e os grupos de dermatoses foi realizada através do Teste Qui-quadrado. A média das variáveis quantitativas em relação aos grupos foi feita através da Análise de Variância e, sempre que significativa, o Teste de Comparações Múltiplas de Tukey foi utilizado como complemento. As variáveis quantitativas que não satisfizeram a suposição de normalidade e as variáveis qualitativas ordinais foram comparadas pelo teste de Kruskal-Wallis quando comparados os diferentes grupos. O coeficiente de correlação de Sperman foi utilizado para associar variáveis quantitativas. Para controlar os efeitos da superfície corporal, da doença de base e do tempo de doença sobre a qualidade de vida, foi utilizada a regressão logística.

### Considerações Éticas

Os dados foram coletados após a aprovação nos Comitês de Ética e Pesquisa e do consentimento formal dos responsáveis. Os pacientes foram convidados a participar e tiveram respeitada a sua vontade sem prejuízos ao acompanhamento clínico.

### **Resultados**

Foram avaliados 118 pacientes, sendo 55% do sexo feminino; prevaleceram os pacientes com dermatite atópica (42,3%), seguidos pelos portadores de vitiligo (36,4%) e de psoríase (21,3%). Houve uma amostra significativamente menor no grupo de psoríase devido à menor prevalência desta doença na faixa etária avaliada.

A análise comparativa da qualidade de vida nos três grupos de dermatoses demonstrou que os pacientes com dermatite atópica e psoríase apresentam um impacto na QoL significativamente maior que o grupo com vitiligo (Tabela 1). Quando este impacto é avaliado de acordo com a superfície corporal total e com a área corporal exposta à visualização comprometida pela doença, observou-se uma tendência na redução da QoL dos pacientes dos três grupos de dermatoses relacionado ao aumento tanto da superfície total ( $r=0,428$  e  $p<0,001$ ) quanto da superfície exposta ( $r=0,381$  e  $p<0,001$ ) acometidas pela doença (Tabela1). Vale ressaltar que a superfície corporal total e a exposta à visualização foram significativamente maiores nos grupos com dermatite atópica e psoríase do que no grupo com vitiligo.

**Tabela 1:** Análise comparativa entre os grupos de dermatoses com a qualidade de vida, a superfície total acometida pela doença e em áreas expostas à visualização

	Grupo					
	Dermatite Atópica		Vitiligo		Psoríase	
	Mediana (P25–P75)	Rank médio	Mediana (P25–P75)	Rank médio	Mediana (P25–P75)	Rank médio
<b>Escores de Qualidade de Vida pelo CDLQI</b>	9 (5 - 13)	72,7 <sup>A</sup>	2 (1 - 6)	39,66 <sup>B</sup>	7 (3 - 14,5)	67,2 <sup>A</sup>
<b>Superfície corporal total (%)</b>	9,5 (6,0 - 24,3)	71,7 <sup>A</sup>	4 (2,0 - 8,0)	44,3 <sup>B</sup>	6 (2,0 - 37,0)	61,3 <sup>A</sup>
<b>Superfície corporal exposta (%)</b>	3 (0,8 - 6,3)	67,71 <sup>A</sup>	0 (0 - 2)	41,81 <sup>B</sup>	4 (1 - 6,5)	73,50 <sup>A</sup>

Ranks médios seguidos de letras distintas diferem significativamente através do Teste Não-Paramétrico Kruskal Wallis, complementado pelo seu Teste de Comparações Múltiplas, ao nível de significância de 5%.

Letras A e B representam grupos significativamente diferentes.

Quando realizada a dicotomização para comparar a ausência (escores 0 ou 1 do CDLQI) ou presença (escores 2 ou mais no CDLQI) de impacto na qualidade de vida, verificou-se que o grupo com dermatite atópica está estatisticamente associado ao decréscimo na QoL dos pacientes e o grupo com vitiligo relacionado à ausência de impacto na QoL ( $\chi^2=15,77$ ;  $p<0,001$ ). Na avaliação do impacto de moderado a grave na qualidade de vida dos três grupos de dermatoses (escores 6 ou mais no CDLQI), observou-se, através da análise de regressão logística, que os pacientes com dermatite atópica apresentaram 4,65 vezes mais chance de terem baixa qualidade de vida quando comparados com os pacientes com vitiligo. Já os pacientes com psoríase apresentam 2,7 vezes mais chance de terem baixa qualidade de vida quando comparados ao grupo com vitiligo.

A análise das perguntas que compõem o CDLQI demonstrou que os pacientes com dermatite atópica e psoríase apresentaram um impacto estatisticamente maior que o grupo com vitiligo nas seguintes questões: presença de sintomas, mudança na forma de se vestir e presença de alterações do sono secundárias à doença (Tabela 2).

**Tabela 2:** Análise comparativa dos grupos de dermatoses e as perguntas que avaliam a qualidade de vida pelo CDLQI

Pergunta CDLQI (Domínios)	Resposta	Dermatose					
		Dermatite Atópica		Vitiligo		Psoríase	
		Escore	%	Escore	%	Escore	%
<b>1. Sintoma/ Sentimento – Sintomas</b>	0. Não	8	16,0	24	55,8	5	20,0
	1. Pouco	13	26,0	14	32,6	12	48,0
	2. Não Muito	5	10,0	4	9,3	3	12,0
	3. Muito	24	48,0	1	2,3	5	20,0
	Total	50	100,0	43	100,0	25	100,0
	Rank médio	75,79 <sup>A</sup>		39,24 <sup>B</sup>		61,76 <sup>A</sup>	
<b>2. Sintoma/ Sentimento – Vergonha</b>	0. Não	22	44,0	23	53,5	10	40,0
	1. Pouco	12	24,0	10	23,3	5	20,0
	2. Não Muito	7	14,0	5	11,6	3	12,0
	3. Muito	9	18,0	5	11,6	7	28,0
	Total	50	100,0	43	100,0	25	100,0
	Rank médio	60,92 <sup>A</sup>		54,05 <sup>A</sup>		66,04 <sup>A</sup>	
<b>3. Relações Pessoais</b>	0. Não	40	80,0	42	97,7	17	68,0
	1. Pouco	4	8,0	1	2,3	3	12,0
	2. Não Muito	4	8,0	0	0,0	1	4,0
	3. Muito	2	4,0	0	0,0	4	16,0
	Total	50	100,0	43	100,0	25	100,0
	Rank médio	61,70 <sup>A</sup>		51,24 <sup>A</sup>		69,30 <sup>A</sup>	
<b>4. Lazer – Roupas</b>	0. Não	23	46,0	35	81,4	12	48,0
	1. Pouco	10	20,0	4	9,3	4	16,0
	2. Não Muito	10	20,0	2	4,7	2	8,0
	3. Muito	7	14,0	2	4,7	7	28,0
	Total	50	100,0	43	100,0	25	100,0
	Rank médio	66,80 <sup>A</sup>		45,87 <sup>B</sup>		68,34 <sup>A</sup>	
<b>5. Lazer</b>	0. Não	34	68,0	32	74,4	15	60,0
	1. Pouco	7	14,0	7	16,3	3	12,0
	2. Não Muito	5	10,0	2	4,7	4	16,0
	3. Muito	4	8,0	2	4,7	3	12,0
	Total	50	100,0	43	100,0	25	100,0
	Rank médio	60,00 <sup>A</sup>		55,30 <sup>A</sup>		65,72 <sup>A</sup>	
<b>6. Lazer – Esportes</b>	0. Não	33	66,0	37	86,0	19	76,0
	1. Pouco	5	10,0	4	9,3	1	4,0
	2. Não Muito	6	12,0	1	2,3	3	12,0
	3. Muito	6	12,0	1	2,3	2	8,0
	Total	50	100,0	43	100,0	25	100,0
	Rank médio	65,37 <sup>A</sup>		52,59 <sup>A</sup>		59,64 <sup>A</sup>	
<b>7.1 Escola</b>	0. Não	29	70,7	33	86,8	15	68,2
	1. Pouco	9	22,0	4	10,5	4	18,2
	2. Não Muito	2	4,9	0	0,0	1	4,5
	3. Muito	1	2,4	1	2,6	2	9,1
	Total	41	100,0	38	100,0	22	100,0
	Rank médio	53,57 <sup>A</sup>		45,54 <sup>A</sup>		55,64 <sup>A</sup>	

Pergunta CDLQI (Domínios)	Resposta	Dermatose					
		Dermatite Atópica		Vitiligo		Psoríase	
7.2 Férias	0. Não	9	90,0	7	77,8	3	60,0
	1. Pouco	0	0,0	1	11,1	1	20,0
	2. Não Muito	1	10,0	1	11,1	0	0,0
	3. Muito	0	0,0	0	0,0	1	20,0
	Total	10	100,0	9	100,0	5	100,0
	Rank médio	11,25 <sup>A</sup>		12,56 <sup>A</sup>		14,90 <sup>A</sup>	
8. Relações Pessoais – <i>Bullying</i>	0. Não	33	66,0	31	72,1	13	54,2
	1. Pouco	3	6,0	5	11,6	5	20,8
	2. Não Muito	8	16,0	6	14,0	1	4,2
	3. Muito	6	12,0	1	2,3	5	20,8
	Total	50	100,0	43	100,0	24	100,0
	Rank médio	59,84 <sup>A</sup>		54,15 <sup>A</sup>		65,94 <sup>A</sup>	
9. Sono	0. Não	23	46,0	39	90,7	15	60,0
	1. Pouco	5	10,0	3	7,0	5	20,0
	2. Não Muito	7	14,0	0	0,0	2	8,0
	3. Muito	15	30,0	1	2,3	3	12,0
	Total	50	100,0	43	100,0	25	100,0
	Rank médio	72,34 <sup>A</sup>		43,77 <sup>B</sup>		60,88 <sup>A</sup>	
10. Tratamento	0. Não	21	42,0	24	55,8	14	56,0
	1. Pouco	12	24,0	13	30,2	5	20,0
	2. Não Muito	10	20,0	3	7,0	2	8,0
	3. Muito	7	14,0	3	7,0	4	16,0
	Total	50	100,0	43	100,0	25	100,0
	Rank médio	65,49 <sup>A</sup>		53,81 <sup>A</sup>		57,30 <sup>A</sup>	

Ranks médios seguidos de letras distintas diferem significativamente através do Teste Não-Paramétrico Kruskal Wallis, complementado pelo seu Teste de Comparações Múltiplas, ao nível de significância de 5%.

Letras A e B representam grupos significativamente diferentes

Quando realizada a análise do CDLQI através dos seus domínios, verificou-se que nos domínios “sintomas e sentimentos” e “lazer” os grupos com dermatite atópica e psoríase apresentaram escores significativamente maiores que o grupo com vitiligo. No domínio “relações pessoais”, os pacientes com psoríase apresentam escores significativamente maiores do que os pacientes com vitiligo. No domínio “sono”, os pacientes atópicos tiveram escores significativamente piores que os pacientes com vitiligo. Os domínios “escola/férias” e “tratamento” não demonstraram diferenças estatísticas entre os grupos (Tabela 3).

**Tabela 3:** Análise comparativa dos grupos de dermatoses e os domínios que avaliam a qualidade de vida pelo CDLQI

	Grupo					
	Dermatite Atópica		Vitiligo		Psoríase	
	Mediana (P25-P75)	Rank médio	Mediana (P25-P75)	Rank médio	Mediana (P25-P75)	Rank médio
<b>Sintomas e Sentimentos</b>	3 ( 1 - 4 )	71,94 <sup>A</sup>	1 ( 0 - 2 )	42,02 <sup>B</sup>	3 ( 1 - 4 )	64,68 <sup>A</sup>
<b>Relações Pessoais</b>	0 ( 0 - 2 )	61,74 <sup>AB</sup>	0 ( 0 - 1 )	50,91 <sup>B</sup>	1 ( 0 - 3 )	69,80 <sup>A</sup>
<b>Lazer</b>	1,5 ( 0 - 4 )	66,32 <sup>A</sup>	0 ( 0 - 1 )	47,97 <sup>B</sup>	1 ( 0 - 4,5 )	65,70 <sup>A</sup>
<b>Escola/Férias</b>	0 ( 0 - 1 )	60,52 <sup>A</sup>	0 ( 0 - 0 )	54,92 <sup>A</sup>	0 ( 0 - 1 )	65,34 <sup>A</sup>
<b>Sono</b>	1 ( 0 - 3 )	72,34 <sup>A</sup>	0 ( 0 - 0 )	43,77 <sup>B</sup>	0 ( 0 - 1 )	60,88 <sup>AB</sup>
<b>Tratamento</b>	1 ( 0 - 2 )	65,49 <sup>A</sup>	0 ( 0 - 1 )	53,81 <sup>A</sup>	0 ( 0 - 1,5 )	57,30 <sup>A</sup>

Ranks médios seguidos de letras distintas diferem significativamente através do Teste Não-Paramétrico Kruskal Wallis, complementado pelo seu Teste de Comparações Múltiplas, ao nível de significância de 5%.

Letras A e B representam grupos significativamente diferentes

Na avaliação dos domínios do CDLQI com relação à área total e exposta comprometida pela doença, observou-se uma correlação significativa entre a presença de uma maior superfície corporal total e exposta comprometida e piores escores nos domínios “sintomas e sentimentos” ( $p < 0,01$ ), “relações pessoais” ( $p < 0,01$ ) e “lazer” ( $p < 0,01$ ). Os domínios “sono” e “tratamento” somente apresentaram significância quando relacionados à maior superfície corporal total comprometida pela doença ( $p = 0,012$  e  $p = 0,04$ , respectivamente). O domínio “escola/férias” não apresentou correlações significativas com a área corporal comprometida.

## Discussão

As crianças com dermatite atópica, psoríase e vitiligo avaliadas no presente estudo apresentaram comprometimento na sua qualidade de vida. Este achado está bem descrito na literatura, porém quando os três grupos são comparados observam-se peculiaridades ainda não relatadas na população pediátrica.<sup>6,18,22,23,24</sup>

Os grupos com dermatite atópica e psoríase apresentaram uma redução estatisticamente significativa na qualidade de vida em relação ao grupo de pacientes com vitiligo. As publicações que realizam uma avaliação semelhante comparam somente pacientes com dermatite atópica e psoríase e também constata um decréscimo na QoL de ambos os grupos sem diferença estatisticamente significativa entre eles.<sup>9,22,23,24</sup> Outro estudo que analisa a presença de emoções negativas em pacientes adultos com psoríase, vitiligo e um grupo controle demonstrou que pacientes com Ps sofrem mais repercussões emocionais que os pacientes com vitiligo e o controle.<sup>6</sup> Nosso estudo também constatou que pacientes pediátricos com dermatite atópica e psoríase apresentaram QoL pior que os pacientes com vitiligo. Acreditamos que isso se deva ao fato de o vitiligo ser uma dermatose assintomática e estar menos relacionado a períodos de exacerbação e internações do que a psoríase e a dermatite atópica.<sup>6,9,22,23,24</sup>

Quando realizada uma análise comparativa entre os grupos de pacientes que tiveram impacto moderado a grave na sua qualidade de vida, os pacientes com dermatite atópica apresentaram 4,65 vezes mais chance de terem baixa qualidade de vida, e os pacientes com psoríase que tiveram 2,7 vezes maior risco quando comparados ao grupo com vitiligo. Esta tendência também é vista em outras publicações científicas que comparam a DA a doenças tidas como de maior gravidade, como fibrose cística, diabetes e doenças renais crônicas.<sup>6,9,21,22,23,24,25</sup>

Na avaliação do impacto na qualidade de vida dos pacientes de acordo com a superfície corporal total e em área expostas à visualização comprometida pela doença, observou-se uma tendência na redução da QoL dos pacientes dos três grupos de dermatoses. Quando analisados por domínios do CDLQI, observou-se uma correlação significativa entre a presença de uma maior superfície corporal total e exposta comprometida e piores escores nos domínios “sintomas e sentimentos”, “relações pessoais” e “lazer”. Os domínios “sono” e

“tratamento” somente apresentaram significância quando relacionados a maior superfície corporal total comprometida pela doença. A literatura explica estes achados pela presença de sentimentos como vergonha, limitação em situações de lazer que exponham o corpo e o maior tempo dispensado para executar tratamentos mais complexos.<sup>3,4,26,27</sup> Quanto à significância entre a piora na qualidade de vida e a presença de lesões em áreas visíveis, autores propõem a existência do estigma da visibilidade das lesões cutâneas, que é capaz de influenciar na gênese de doenças psíquicas e na redução da qualidade de vida dos pacientes.<sup>4,10,12</sup> Autores descrevem um fenômeno que relaciona a exposição de dermatoses a uma pior percepção da doença, independentemente da presença de sintomas e o total da superfície corporal comprometida.<sup>28</sup>

A análise das perguntas que compõem o CDLQI demonstrou que os pacientes com dermatite atópica e psoríase apresentaram escores estatisticamente maiores que o grupo com vitiligo nas questões relacionadas à presença de sintomas da doença, a mudanças no tipo de vestimenta para cobrir as lesões e à presença de alterações do sono. Publicações já descrevem este impacto e sugerem que ele se deve a inúmeros fatores relacionados a sentimentos negativos como insatisfação com a aparência, ansiedade, depressão, vergonha, tristeza, redução na auto-estima, estigmatização, restrição à vida social e pior qualidade de sono.<sup>4,16,17,26,27,29</sup> Contudo, autores também relatam um decréscimo significativo da QoL dos pacientes com vitiligo, porém nenhum deles avalia comparativamente estes três grupos de dermatoses.

É necessário observar que a superfície corporal total e a superfície exposta à visualização são significativamente maiores nos grupos com dermatite atópica e psoríase com relação ao grupo com vitiligo e este fato pode influenciar na qualidade de vida dos grupos. Outro fato relevante é que a dermatite atópica e a psoríase são doenças relacionadas à

presença de sintomas como prurido, queimação e dor, enquanto o vitiligo é caracteristicamente assintomático.<sup>3,12,14,18,24</sup>

Uma das limitações para uma análise mais aprofundada no presente estudo é o número reduzido de pacientes com psoríase devido a sua menor prevalência na faixa etária estudada.

Os resultados deste estudo permitem concluir que pacientes pediátricos com dermatite atópica, psoríase e vitiligo apresentam redução na qualidade de vida. Comparativamente, os grupos com dermatite atópica e psoríase demonstram um impacto significativamente maior que o grupo com vitiligo. Além disso, o maior comprometimento corporal total e em áreas visíveis pela doença influenciou no decréscimo da qualidade de vida dos pacientes dos três grupos de dermatoses avaliadas.

## Referências

1. Weber MB, Fontes Neto PTL, Prati C, Soirefmann, M, Mazzotti, NG, Barzenski B, Cestari TF. Improvement of pruritus and quality of life of children with atopic dermatitis and their families after joining support groups. *JEADV* 2008;22:992-997.
2. Hong J, Koo B, Koo J. The psychosocial and occupational impact of chronic skin disease. *Dermatol Ther.* 2008;21(1):54-9.
3. Kotrulja L, Tadinac M, Joki-Begi NA, Gregurek R. A multivariate analysis of clinical severity, psychological distress and psychopathological traits in psoriatic patients. *Acta Derm Venereol.* 2010 May;90(3):251-6.
4. Ludwig MWB, Muller MC, Oliveira MS, Moraes JFD. Qualidade de vida e localização das lesões em pacientes dermatológicos. *An Bras Dermatol.* 2009;84(2):143-50.
5. Manzoni APDS, Grazziotin TC. Psicodermatoses na infância. In: Weber MB, Fontes Neto PT. *Psicodermatologia.* São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2009.
6. Kossakowska MM, Cieciska C, Jaszewska J, Placek WJ. Control of negative emotions and its implication for illness perception among psoriasis and vitiligo patients. *JEADV* 2010;24(4) 429-433.
7. Benoit S, Hamm H. Childhood psoriasis. *Clin Dermatol.* 2007;Nov-Dec;25(6):555-62.
8. Huggins RH, Schwartz RA, Janniger CK. Childhood vitiligo. *Cutis.* 2007;79(4):277-80.
9. Beattie PE, Lewis-Jones MS. A comparative study of impairment of quality of life in children with skin disease and children with other chronic childhood diseases. *Br J of Dermatol.* 2006;155(1):145-151.

10. Carroll CL, Balkrishnan R, Feldman SR, Fleischer AB, Manuel JC. The Burden of Atopic Dermatitis: Impact on the Patient, Family, and Society. *Pediatric Dermatology*, 2005;22(3):192-199.
11. Sampogna F, Raskovic D, Guerra L, Pedicelli C, Taboli S, Leoni L, Alessandrini L, Abeni D. Identification of categories at risk for high quality of life impairment in patients with vitiligo. *Br J Dermatol*. 2008;159:351-59.
12. Linthorst Homan MW, Korte J, Grootenhuis MA, Bos JD, Sprangers MAG, Veen JPW. Impact of childhood vitiligo on adult life. *Br J Dermatol*. 2008;159:915-920.
13. Parsad D, Dogra S, Kanwar AJ. Quality of life in patients with vitiligo. *Health Qual Life Outcomes*. 2003;23,1:58.
14. Paller AS, Mancini AJ. Lesões pápulo-escamosas e doenças relacionadas. In: Paller AS, Mancini AJ editors. *Hurwitz – Dermatologia Pediátrica – Tratado de doenças de pele na infância e na adolescência*. Rio de Janeiro: Revinter, 2009, p. 85-105.
15. Fortune DG, Richards HL, Kirby B, Bowcock S, Main CJ, Griffiths CEM. A cognitive-behavioral symptom management programme as an adjunct to psoriasis therapy. *Br J Dermatol*. 2002;146:458-465.
16. Hayes J, Koo J. Psoriasis: depression, anxiety, smoking, and drinking habits. *Dermatol Ther*. 2010;23:174:174-80.
17. Basra MKA; Fenech G, Gatt RM, Salek MS, Finlay AY. The Dermatology Life Quality Index 1994-2007: A Comprehensive Review of Validation Data and Clinical Results. *Br J of Dermatol*. 2008;159(5):997-1035.
18. Beattie PE, Lewis-Jones MS. A comparative study of impairment of quality of life in children with skin disease and children with other chronic childhood diseases. *Br J of Dermatol*. 2006;155:145–151.

19. Prati C, Comparin C, Boza JC, Cestari TF. Validação para o português falado no Brasil do instrumento Escore da Qualidade de Vida na Dermatologia Infantil (CDLQI). *Med Cutan Iber Lat Am*. 2010;38(6):229-233.
20. Vale, ECS. Primeiro Atendimento em queimaduras: a abordagem do dermatologista. *An Bras Dermatol*. 2005;80(1):9-19.
21. Lewis-Jones S, Finlay AY. The Childrens Dermatology Life Quality Index (CDLQI): initial validation and practical use. *Br J Dermatol* 1995;132:942-949.
22. Grob J, Revuz J, Ortonne JP, Auquier P, Lorette G. Comparative study of the impact of chronic urticaria, psoriasis and atopic dermatitis on the quality of life . *Br J of Dermatol* 2005;152(2): 289-295.
23. Lundberg L, Johannesson M, Silverdahl M, Hermansson C, Lindberg M. Quality of life, health-state utilities and willingness to pay in patients with psoriasis and atopic eczema. *Br J of Dermatol* 1999;141(6):1067-1075.
24. Lundberg L, Johannesson M, Silverdahl M, Hermansson L, Lindberg M. Health-related Quality of Life in Patients with Psoriasis and Atopic Dermatitis Measured with SF-36, DLQI and a Subjective Measure of Disease Activity *Acta Derm Venereol* 2000;80:430±434.
25. Su JC, Kemp AS, Varigos GA. Atopic eczema: its impacto on the family and financial cost. *Arch Dis Child* 1997;76:159-162.
26. Eghlileb AM, Davies EEG, Finlay AY. Psoriasis has a major secondary impact on lives of family members and partners. *Br J Dermatol* 2007;156:1245-1250.

27. Potocka A, Turczyn-Jablonska K, Merez D. Psychological correlates of quality of life in dermatology patients: the role of mental health and self-acceptance. *Acta Dermatol Ven.* 2009;18:53-61.
28. Firooz A, Bouzari A, Fallah N, Ghazisaidi N, Firoozabadi MR, And Dowlati Y. What patients with vitiligo believe about their condition. *Int Jf Dermatol* 2004;43:811– 814.
29. Magin P, Adams J, Heading G, Pond D, Smith W. The psychological sequelae of psoriasis: results of a qualitative study. *Psychol Health Med.* 2009;14(2):150-61.

ANEXO 1: *Check list* com Critérios de Exclusão dos Pacientes

Todas as respostas deverão ser não. Caso contrário, o paciente não poderá participar da pesquisa.

1. O paciente tem outra dermatose além de dermatite atópica, vitiligo ou psoríase?  
( ) sim ( ) não
2. O paciente em acompanhamento por vitiligo, psoríase ou dermatite atópica tem mais de 16 anos? ( ) sim ( ) não
3. Há dúvida no diagnóstico de vitiligo, psoríase ou dermatite atópica? ( ) sim ( ) não
4. O paciente tem o diagnóstico há menos de 6 meses? ( ) sim ( ) não
5. O paciente tem alguma outra dermatose ou doença crônica em tratamento no momento da inclusão no estudo? ( ) sim ( ) não
6. O adulto que acompanha o paciente não é envolvido nos cuidados diários do paciente?  
( ) sim ( ) não
7. O paciente ou seu cuidador possuem diagnóstico de alguma doença neuropsiquiátrica?  
( ) sim ( ) não
8. O paciente ou cuidador usam alguma medicação neuropsiquiátrica? ( ) sim ( ) não
9. O paciente ou seu cuidador não concordam em assinar o TCLE? ( ) sim ( ) não

## ANEXO 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### **AValiação DA DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM CUIDADORES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS COM DERMATOSSES CRÔNICAS**

#### **Pesquisadores responsáveis:**

Dra. Ana Paula Dornelles da Silva Manzoni - Fones: 33387914 e 84098637

Dra. Tania Cestari e Dra. Magda Weber

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Justificativa:** a dermatite atópica, o vitiligo e a psoríase são doenças dermatológicas que podem afetar crianças e adolescentes. Suas manifestações variam de leve a grave, mas todas elas podem sofrer influência emocional. O aspecto psicológico pode estar envolvido no desencadeamento da doença, no seu agravamento e até atrapalhar o bom andamento do tratamento.

As crianças e adolescentes possuem uma relação de dependência com seus cuidadores. Porém pouco sabemos sobre o estado psíquico destes responsáveis e sobre a sua influência no curso da doença de seus dependentes.

**Objetivos:** verificar a presença de sintomas de depressão e ansiedade em cuidadores de pacientes pediátricos com dermatite atópica, o vitiligo e a psoríase.

**Desconforto e riscos:** os participantes da pesquisa responderão a questionários que avaliarão ansiedade, depressão nos cuidadores, de qualidade de vida nos pacientes e realização do exame dermatológico habitualmente feito. Todos os questionamentos e orientações pertinentes a esse projeto serão fornecidos pelos especialistas em dermatologia e psiquiatria de nossa equipe.

As crianças e adolescentes responderão a um questionário sobre qualidade de vida, elaborado especialmente para faixa etária selecionada e poderão ser auxiliadas por seus cuidadores.

Ao participar do estudo você estará contribuindo para o melhor entendimento da influência de doenças dermatológicas nos aspectos emocionais de pacientes e de suas famílias. Com isto, permitirá que o tratamento seja mais completo e possibilitará que o diagnóstico precoce de sintomas evite sofrimento tanto nos pacientes como em suas famílias.

Declaro que fui detalhadamente informado sobre o estudo do qual farei parte. Sei que se trata de um trabalho de investigação para determinar a presença de sintomas de depressão e ansiedade em cuidadores de pacientes pediátricos com dermatite atópica, o vitiligo e a psoríase. Estou ciente que:

1. Os resultados serão mantidos em banco de dados com garantia de confidencialidade e anonimato na divulgação dos dados.

2. Receberei resposta a qualquer pergunta e esclarecimentos de qualquer dúvida acerca dos procedimentos e outros assuntos relacionados com a pesquisa.

3. Posso retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isto traga prejuízo à continuação do meu cuidado e tratamento.

4. Não terei despesas adicionais por participar do estudo.

Declaro estar de acordo em participar da pesquisa nos termos acima expressos.

Assino o presente documento em duas vias de igual teor, ficando uma em minha posse.

A minha assinatura neste Consentimento Livre e Esclarecido dará autorização ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e à organização governamental de saúde de utilizarem os dados obtidos quando se fizer necessário, incluindo a divulgação dos mesmos, sempre preservando a minha privacidade.

Porto Alegre, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Assinatura do paciente: \_\_\_\_\_

Assinatura do responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura de testemunha: \_\_\_\_\_

Nome do Pesquisador que aplicou o TCLE: \_\_\_\_\_

## ANEXO 3 - Dados de Identificação do Paciente

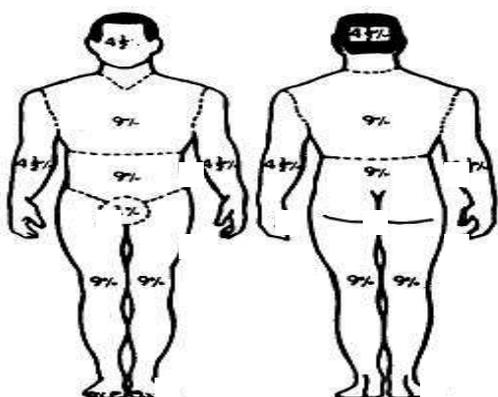
Protocolo número: \_\_\_\_\_ Médico responsável: \_\_\_\_\_

Nome paciente \_\_\_\_\_ Nome cuidador \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Tempo de doença: \_\_\_\_\_

Idade do paciente \_\_\_\_ Sexo: ( ) F ( ) M; Diagnóstico: ( ) D. Atópica ( ) Vitiligo ( ) Psoríase

## ANEXO 4 - Avaliação da Superfície Corporal Comprometida



Total: \_\_\_\_\_ %

Cálculo da superfície corporal em adultos e crianças a partir de 10 anos de idade\*

SEGMENTO CORPORAL	PORCENTAGEM (SC)
Cabeça e pescoço	9
Cada membro superior	9 (x2)
Cada quadrante do tronco	9 (x4)
Cada coxa	9 (x2)
Cada perna e pé	9 (x2)
Genitais e períneo	1
TOTAL	100

	SEGMENTO CORPORAL	PORCENTAGEM
	Cabeça e pescoço	19
ATÉ 1 ANO	Cada membro inferior	13
	Demais segmentos	= adulto
	Cabeça e pescoço	19 - idade
1-10 ANOS	Cada membro inferior	13 + (idade / 2)
	Demais segmentos	= adulto

\*Vale, ECS. Primeiro Atendimento em queimaduras: a abordagem do dermatologista. An Bras dermatol. 2005;80(1):9-19

Cálculo da superfície corporal em crianças até 10 anos de idade\*

## ANEXO 4 - Escala de Hamilton para Ansiedade

0 = ausente; INTENSIDADE 1= fraca; 2 = média; 3 = forte; 4=incapacitante

<b>HUMOR ANSIOSO</b> - inquietude, temor do pior, apreensão quanto ao futuro ou presente, irritabilidade:	( )0 ( )1 ( )2 ( )3 ( )4
<b>TENSÃO</b> - sensação de tensão, fadigabilidade, tremores, choro fácil, incapacidade de relaxar, agitação, reações de sobressalto:	( )0 ( )1 ( )2 ( )3 ( )4
<b>MEDO</b> - de escuro, de desconhecidos, de multidão, de ser abandonado, de animais grandes, de trânsito:	( )0 ( )1 ( )2 ( )3 ( )4
<b>INSÔNIA</b> - dificuldade de adormecer, sonhos penosos, sono interrompido, sono insatisfatório, fadiga ao acordar, pesadelos, terrores noturnos:	( )0 ( )1 ( )2 ( )3 ( )4
<b>INTELECTUAIS</b> - dificuldade de concentração, distúrbios de memória;	( )0 ( )1 ( )2 ( )3 ( )4
<b>HUMOR DEPRESSIVO</b> - perda de interesse, humor variável, indiferença às atividades de rotina, despertar precoce, depressão;	( )0 ( )1 ( )2 ( )3 ( )4
<b>SINTOMAS SOMÁTICOS GERAIS (MUSCULARES)</b> - dores e lassidão muscular, rigidez muscular, mioclonias, ranger de dentes, voz insegura:	( )0 ( )1 ( )2 ( )3 ( )4
<b>SINTOMAS SOMÁTICOS GERAIS (SENSORIAIS)</b> - visão turva, ondas de calor ou frio, sensação de fraqueza, sensação de picada, zumbidos:	( )0 ( )1 ( )2 ( )3 ( )4
<b>SINTOMAS CARDIOVASCULARES</b> - taquicardia, palpitações, dores pré-cordiais, batidas, pulsações arteriais, sensação de desmaio:	( )0 ( )1 ( )2 ( )3 ( )4
<b>SINTOMAS RESPIRATÓRIOS</b> - sensação de opressão, dispnéia, constrição torácica, suspiro, bolo faríngeo:	( )0 ( )1 ( )2 ( )3 ( )4
<b>SINTOMAS GASTROINTESTINAIS</b> - dificuldade de engolir, aerofagia, dispepsia, dor pré ou pós-prandial, queimações, empanzinamento, náuseas, vômitos, cólicas diarreias, constipação, perda de peso:	( )0 ( )1 ( )2 ( )3 ( )4
<b>SINTOMAS GÊNITO-URINÁRIOS</b> - micções freqüentes, urgência de micção, frigidez amenorréia, ejaculação precoce, ausência de ereção, impotência:	( )0 ( )1 ( )2 ( )3 ( )4
<b>SISTEMA NERVOSO AUTÔNOMO</b> - secura na boca, ruborização, palidez, tendência à sudação, vertigens, cefaléia de tensão:	( )0 ( )1 ( )2 ( )3 ( )4
<b>COMPORTAMENTO NA ENTREVISTA</b> - <u>Geral</u> : tenso, pouco à vontade, agitação das mãos, dos dedos tiques, inquietação, respiração suspirosa. <u>Fisiológico</u> : eructações, taquicardia em repouso, ritmo respiratório > 20RPM:	( )0 ( )1 ( )2 ( )3 ( )4
<b>TOTAL:</b>	

## ANEXO 5 - Inventário de Beck para Depressão

Prontuário \_\_\_\_\_

Nome do Paciente \_\_\_\_\_

1	0	Não me sinto triste
	1	Eu me sinto triste
	2	Estou sempre triste e não consigo sair disso
	3	Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar
2	0	Não estou particularmente desanimado quanto ao futuro
	1	Eu me sinto desanimado quanto ao futuro
	2	Acho que nada tenho a esperar
	3	Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar
3	0	Não me sinto um fracasso como pessoa
	1	Acho que fracassei mais do que a maioria das pessoas
	2	Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos
	3	Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso
4	0	Em tudo, tenho tanto prazer quanto antes
	1	Não sinto mais prazer nas coisas como antes
	2	Não encontro um prazer real em mais nada
	3	Estou satisfeito ou aborrecido com tudo
5	0	Não me sinto particularmente culpado
	1	Eu me sinto culpado grande parte do tempo
	2	Eu me sinto culpado na maior parte do tempo
	3	Eu me sinto sempre culpado
6	0	Não acho que esteja sendo punido
	1	Acho que posso ser punido
	2	Creio que vou ser punido
	3	Acho que estou sendo punido
7	0	Não me sinto decepcionado comigo mesmo
	1	Estou decepcionado comigo mesmo
	2	Estou enjoado de mim
	3	Eu me odeio
8	0	Não me sinto de qualquer modo pior que os outros
	1	Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros
	2	Eu me culpo sempre por minhas falhas
	3	Eu me culpo por tudo de mal que acontece

9	0	Não tenho quaisquer idéias de me matar
	1	Tenho idéias de me matar, mas não as executaria
	2	Gostaria de me matar
	3	Eu me mataria se tivesse oportunidade
10	0	Não choro mais que o habitual
	1	Choro mais agora do que costumava
	2	Agora choro o tempo todo
	3	Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira
11	0	Não sou mais irritado agora do que já fui
	1	Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava
	2	Agora eu me sinto irritado o tempo todo
	3	Não me irrito mais com coisas que costumavam me irritar
12	0	Não perdi o interesse pelas outras pessoas
	1	Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar
	2	Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas
	3	Perdi o interesse pelas outras pessoas
13	0	Tomo decisões tão bem quanto antes
	1	Adio as tomadas de decisões mais do que costumava
	2	Tenho mais dificuldade de tomar decisões do que antes
	3	Absolutamente não consigo mais tomar decisões
14	0	Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes
	1	Estou preocupado em estar parecendo velho e sem atrativo
	2	Acho que há mudanças permanentes no meu jeito que me fazem parecer sem atrativo
	3	Acredito que pareço feio
15	0	Posso trabalhar tão bem quanto antes
	1	É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa
	2	Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa
	3	Não consigo mais fazer qualquer trabalho
16	0	Consigo dormir tão bem como o habitual
	1	Não durmo tão bem como costumava
	2	Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir
	3	Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir
17	0	Não fico mais cansado do que o habitual
	1	Fico cansado mais facilmente do que costumava
	2	Fico cansado em fazer qualquer coisa
	3	Estou cansado demais para fazer qualquer coisa

18	0	O meu apetite não está pior do que o habitual
	1	O meu apetite não é tão bom como costumava ser
	2	Meu apetite é muito pior agora
	3	Absolutamente não tenho mais apetite
		Estou propositadamente tentando perder peso, comendo menos. Sim _____ Não _____
19	0	Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum recentemente
	1	Perdi mais do que 2 quilos e meio
	2	Perdi mais do que 5 quilos
	3	Perdi mais do que 7 quilos
20	0	Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual
	1	Estou preocupado com problemas físicos, tais como dor, indisposição no estômago ou prisão de v
	2	Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa
	3	Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa
21	0	Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo
	1	Estou menos interessado por sexo do que costumava
	2	Estou muito menos interessado por sexo agora
	3	Perdi completamente o interesse por sexo
		..... $\Sigma$ + _____

## ANEXO 6 - Escore da Qualidade de Vida na Dermatologia Infantil

O objetivo deste questionário é avaliar o quanto o seu problema de pele tem afetado sua vida na semana que passou. Por favor, marque apenas uma resposta para cada pergunta.

### Na semana que passou:

1. Sua pele tem apresentado coceira, sensibilidade ou dor?  
Muito ( )                      não muito ( )                      pouco ( )                      não ( )
2. Você sentiu-se envergonhado(a), chateado(a) ou triste por causa de sua pele?  
Muito ( )                      não muito ( )                      pouco ( )                      não ( )
3. Sua pele tem afetado suas amizades?  
Muito ( )                      não muito ( )                      pouco ( )                      não ( )
4. Você mudou a sua maneira de vestir por causa de sua pele?  
Muito ( )                      não muito ( )                      pouco ( )                      não ( )
5. Sua pele tem atrapalhado as suas atividades de lazer em geral?  
Muito ( )                      não muito ( )                      pouco ( )                      não ( )
6. Você evitou nadar ou praticar outros esportes por causa dos seus problemas de pele?  
Muito ( )                      não muito ( )                      pouco ( )                      não ( )
- 6.1 Seu problema de pele interferiu em suas atividades escolares?  
Muito ( )                      não muito ( )                      pouco ( )                      não ( )
- 6.2 Se você estava em férias na última semana, seu problema de pele interferiu no aproveitamento de suas férias?  
Muito ( )                      não muito ( )                      pouco ( )                      não ( )
7. Você teve problemas com pessoas que implicaram com você, dando-lhe apelidos constrangedores a ponto de intimidar-lhe por causa de sua pele?  
Muito ( )                      não muito ( )                      pouco ( )                      não ( )
8. Seu sono foi afetado por causa de seu problema de pele?  
Muito ( )                      não muito ( )                      pouco ( )                      não ( )
9. Seu tratamento dermatológico foi problemático?  
Muito ( )                      não muito ( )                      pouco ( )                      não ( )

Por favor, verifique se você respondeu a todas as perguntas.

Obrigado(a).