

Acne vulgar e bem-estar em acadêmicos de medicina*

*Acne vulgaris and well-being in medical students**

Jonas Ribas¹Cláudia Marina P. B. Oliveira²Júlio César Simas Ribeiro³

Resumo: FUNDAMENTOS - Observa-se comorbidade psiquiátrica em 40% dos pacientes dermatológicos adultos, sendo a acne vulgar de interesse da psicodermatologia por ter entre suas complicações seqüelas psicossociais.

OBJETIVOS - Estabelecer a relação entre acne e o *status* de bem-estar.

MÉTODOS - Estudo de caso-controle com dados coletados a partir do Índice de Bem-Estar da Organização Mundial da Saúde, por meio de entrevistas com dois grupos de 50 acadêmicos de medicina, sendo um com acne e outro sem acne.

RESULTADOS - Foi verificado que 26% dos acadêmicos do grupo de casos e 24% do grupo controle apresentaram de 0 a 4 pontos em pelo menos um dos itens questionados.

CONCLUSÕES - Apesar de a maioria dos pacientes apresentar atitudes e sentimentos desencadeados pela acne, não se demonstrou associação estatisticamente significativa entre essa dermatose e baixo nível de bem-estar

Palavras-chave: Acne vulgar; Acne vulgar/epidemiologia; Comorbidade

Abstract: BACKGROUND - Psychiatric comorbidity is observed in 40% of adult dermatological patients. Acne vulgaris, in particular, is in the interest of psychodermatology because of its psychological and social stigmas.

OBJECTIVE - To establish the relation between acne and the state of well-being.

METHODS - This consisted of a case-control study with data collected from the World Health Organization Well-being Index, through interviews with two groups of 50 medical students, one with and other without acne.

RESULTS - It was verified that 26% of the students from the case group and 24% from the control group presented from 0 to 4 points in at least one item.

CONCLUSIONS - Although the majority of the patients presented attitudes and feelings related to acne, a statistically significant association between this dermatosis and low level of well-being was not demonstrated.

Keywords: Acne vulgaris; Acne vulgaris/epidemiology; Comorbidity

Recebido em 10.07.2008.

Aprovado pelo Conselho Consultivo e aceito para publicação em 02.11.2008.

* Trabalho realizado na Universidade Federal do Amazonas (Ufam) e financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (Fapeam) – Amazonas (AM), Brasil.

Conflito de interesse: Nenhum / Conflict of interest: None

Suporte financeiro / Financial funding: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (Fapeam) por intermédio do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica da Universidade Federal do Amazonas (Pibic/Ufam 2007/2008).

¹ Professor auxiliar mestre em Patologia Tropical do Curso de Medicina e chefe da Residência Médica em Dermatologia da Universidade Federal do Amazonas – Amazonas (AM), Brasil.

² Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade Federal do Amazonas – Amazonas (AM), Brasil.

³ Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade Federal do Amazonas – Amazonas (AM), Brasil.

INTRODUÇÃO

Apesar de ser tema recentemente explorado, é sabido que a doença dermatológica envolve aspectos psíquicos, havendo ocorrência de 40% de co-morbidade psiquiátrica em pacientes dermatológicos adultos.¹ Estudo recente estima que pelo menos um terço dos pacientes com doença dermatológica apresente aspectos emocionais associados.²

As condições psicodermatológicas podem ser divididas em quatro grandes grupos. O primeiro consiste nas doenças dermatológicas primárias com seqüela psiquiátrica secundária, ou seja, aquelas que reduzem a auto-estima, podendo levar o paciente a quadros de isolamento e depressão. O segundo grupo consta de dermatoses influenciadas pelo estado emocional. Nesses casos, condições psicológicas podem ser o gatilho inicial para o aparecimento das lesões, bem como fator de exacerbação durante sua evolução. O terceiro grupo é composto por transtornos psiquiátricos primários com seqüelas dermatológicas secundárias, em que as lesões da pele são auto-inflingidas e constituem sinal de distúrbio mental. O quarto grupo engloba condições ou lesões dermatológicas como resultado do uso de drogas psicotrópicas.²

Nessa seara, destaca-se a acne, por ser a dermatose mais comum da segunda e terceira décadas.^{1,3} Trata-se de enfermidade genético-hormonal, de localização pilosebácea, caracterizada pela formação de comedões, pápulas e cistos. Quando há inflamação mais intensa, formam-se pústulas e abscessos que regridem em geral deixando cicatrizes.^{3,4}

É doença típica de adolescentes, de elevadíssima frequência (85%), que acomete tanto o sexo feminino (60%) quanto o masculino (70%). Embora mais precoce em adolescentes do sexo feminino, aos 14 anos, do que do masculino, aos 16 anos, são estes últimos que apresentam as formas mais intensas e graves de acne. Costuma haver regressão espontânea após os 20 anos de idade, sendo referida como incomparavelmente mais usual em caucasianos do que em amarelos e negros.^{3,5}

Clinicamente, é classificada em quatro níveis: grau I, a forma mais leve, não inflamatória ou comedoniana, caracterizada pela presença de comedões fechados e abertos; grau II, acne inflamatória ou papulopustulosa, em que, aos comedões, se associam pápulas e pústulas de conteúdo purulento; grau III, acne nódulo-cística, quando se somam nódulos mais exuberantes; e grau IV, acne conglobata, na qual há formação de abscessos e fístulas.^{4,6}

As complicações mais relevantes da enfermidade são cicatrizes físicas e seqüelas psicossociais, que podem persistir após o desaparecimento das lesões ativas.^{3,5}

A literatura sugere que a depressão seja um dos

distúrbios psiquiátricos mais comuns em dermatologia, atingindo 25 a 40% dos pacientes; conforme o modelo psicológico do desamparo aprendido de Seligman, a acne pode ser causa de desordem depressiva.^{1,7}

Contudo, em vista da rotina conturbada e da rapidez dos atendimentos nos consultórios médicos, prejuízos à saúde mental podem ser subdiagnosticados em detrimento do foco da consulta. O dermatologista, então, deve estar preparado para receber, identificar e encaminhar o paciente com tais agravos para o devido acompanhamento psiquiátrico ou psicológico. Para tanto, deve estar munido de instrumento para *screening* de depressão que seja breve e altamente sensível. Nessas circunstâncias, o Índice de Bem-Estar da Organização Mundial da Saúde (OMS) é o instrumento ideal, pois reflete a presença ou ausência de bem-estar relacionado à qualidade de vida, mais aceito pelo paciente do que o inquérito de sintomas depressivos. O escore varia de 0 a 100 pontos, sendo a pontuação abaixo de 13 indicativa de pobre bem-estar, levando à suspeição de depressão, com recomendação de investigação mais aprofundada. É mister ainda salientar que escore baixo nesse instrumento não representa necessariamente diagnóstico de depressão, risco para depressão, nem necessidade de tratamento. É, todavia, recomendável que o paciente com pontuação sugestiva de depressão procure orientação especializada.¹

O objetivo deste estudo é estabelecer a relação entre a presença ou não de acne e o *status* de bem-estar, por meio dos escores extraídos do Índice de Bem-Estar da OMS.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo de caso-controle realizado de agosto de 2007 a abril de 2008. Foram selecionados 100 acadêmicos do curso de medicina entre 18 e 30 anos, divididos em dois grupos de 50 acadêmicos, um com acne, o outro sem. Constituíam critérios de exclusão gravidez e ocorrência de doenças concomitantes.

O questionário padronizado de entrevista constava de dados pessoais, registro da presença ou não de acne, seu grau e tempo de evolução, além de registro dos escores no Índice de Bem-Estar da OMS (versão 1998) e uma lista de atitudes e sentimentos relacionados à acne,⁶ como ansiedade, manipulação frequente das lesões, desgosto por ter acne, medo de a acne nunca cessar, insatisfação e frustração com a aparência física, inadequação (constrangimento) social pela aparência física, medo de ser fotografado, medo de encontrar pessoas pela primeira vez, medo de reencontrar conhecidos e aversão a se olhar no espe-

lho, que deveriam ser respondidos objetivamente pelos entrevistados.

Todos os indivíduos selecionados para a pesquisa responderam ao questionário após ciência e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Realizou-se análise descritiva das variáveis usando-se as frequências relativas e as médias. O teste estatístico empregado foi o qui-quadrado com correção de Yates, adotando-se nível mínimo de significância de 0,05. Os cálculos estatísticos foram realizados pelo programa SigmaStat.

RESULTADOS

Dos 100 participantes, 50 foram diagnosticados com acne e integraram o grupo de casos, com 62% de mulheres e 38%, de homens. No grupo controle, também com 50 acadêmicos, 52% eram homens e 48%, mulheres.

Quanto aos escores no Índice de Bem-Estar da OMS, a maioria do grupo de casos (52%) obteve resultados de 61 a 100 pontos. Os demais 48% apresentaram resultados iguais ou inferiores a 60 pontos (Tabela 1). Os resultados mais baixos, ou seja, inferiores ou iguais a 60, foram encontrados principalmente em mulheres.

Os homens desse grupo demonstraram resultados que variaram de 41 a 100 pontos, sendo 52,6% de 41 a 60 pontos; 31,6% de 61 a 80 pontos e 15,8% de 81 a 100 pontos. Houve ainda um achado de 26,3% de homens com pontuação de 0 a 4 em pelo menos um dos itens questionados.

Por sua vez, a maioria das mulheres do grupo de casos (51,6%) logrou de 61 a 80 pontos. As demais se distribuíram da seguinte forma: 12,9% com 21 a 40 pontos; 32,2% com 41 a 60 pontos e 3,2% com 81 a 100 pontos. Ainda entre elas, 26% obtiveram de 0 a 4 pontos em pelo menos um dos itens questionados.

O grupo controle também polarizou seus resultados entre 61 e 100 pontos, correspondendo a 54% dos entrevistados. Os restantes 46% apresentaram resultados iguais ou menores a 60 pontos (Tabela 2). As pontuações mais baixas, ou seja, inferiores ou iguais a 60, foram detectadas preferencialmente em mulheres.

Os homens do grupo controle distribuíram-se de tal maneira que 3,9% obtiveram de 0 a 20 pontos; 11,5% de 21 a 40 pontos; 19,2% de 41 a 60 pontos; 53,9% de 61 a 80 pontos e 11,5% de 81 a 100 pontos. Percebeu-se ainda que a 23% deles atribuiu-se pontuação de 0 a 4 em pelo menos um dos itens questionados.

Tabela 1: Escores obtidos pelos casos de acne no Índice de Bem-Estar da Organização Mundial da Saúde (n = 50)

Índice de Bem-Estar	Frequência absoluta	Frequência relativa
0-20	0	0%
21-40	4	8%
41-60	20	40%
61-80	22	44%
81-100	4	8%

TABELA 2: Escores obtidos pelos controles no Índice de Bem-Estar da Organização Mundial da Saúde (n = 50)

Índice de Bem-Estar	Frequência absoluta	Frequência relativa
0-20	3	6%
21-40	6	12%
41-60	14	28%
61-80	24	48%
81-100	3	6%

Grande parte das mulheres do grupo controle (42%) alcançou escores que oscilaram de 61 a 80 pontos. Em seguida, prevaleceu o intervalo de 41 a 60 pontos, com 37,5% do total. Atestou-se que 12,5% delas permaneceram com 21 a 40 pontos e 8% com 0 a 20 pontos. Ademais, a 25% delas foi atribuído entre 0 e 4 pontos em pelo menos um dos itens questionados.

Nenhum resultado inferior a 13 pontos foi observado, porém 26% dos acadêmicos do grupo de casos e 24% do grupo controle apresentaram de 0 a 4 pontos em pelo menos um dos itens questionados, sendo que os com acne apresentaram OR = 1,1 (IC 0,55 2,14) em relação aos sem acne. Note-se que pontuação de 0 a 4 em pelo menos um dos itens também revela pobre bem-estar e estaria aí indicada investigação para depressão. O teste qui-quadrado, por sua vez, não demonstrou associação estatisticamente significativa entre a doença dermatológica e o baixo nível de bem-estar ($p = 1,000$).

Faz-se necessário ainda descrever peculiaridades encontradas em meio aos casos. Em relação à duração da doença, o grupo de estudo fez menção ao tempo em anos na totalidade dos casos, sendo o período médio de evolução da acne de 6,5 anos. Quanto à clínica, em ordem decrescente de frequência, notou-se predomínio da forma comedoniana ou grau I em 50% dos casos, seguida da forma papulopustulosa ou grau II em 46% dos casos e, finalmente, a forma nódulo-cística, em 4% dos casos. As mulheres correspondiam à maioria no grupo de casos, com 62% de representatividade. Contudo, foi nos homens que apareceram as formas mais graves da doença.

Observou-se ainda que 96% dos entrevistados, isto é, 48 indivíduos, apresentavam atitudes ou sentimentos desencadeados pela acne descritos no protocolo da pesquisa. Em 82% dos casos, os acadêmicos detinham entre um e quatro sintomas, e em 14%, entre cinco e 10.

Houve diferença quanto ao número de sintomas entre homens e mulheres. Em termos de porcentagem, 84,2% dos homens e 80,6% das mulheres assinalaram de um a quatro sintomas. Dos que apresentaram de cinco a 10 sintomas, havia 16,1% de mulheres e 10,5% de homens.

A atitude ou sentimento mais comum desencadeado pela acne foi a manipulação freqüente das lesões, observada em 77% dos casos, seguida pelo desgosto por ter acne, em 73%. Observou-se, ainda, em ordem decrescente de ocorrência, ansiedade em 50% dos casos; insatisfação e frustração quanto à aparência física como em 41,6%; medo de a acne nunca cessar em 35,4%; medo de ser fotografado em 14,6%; aversão a se olhar no espelho em 12,5%; inadequação

(constrangimento) social pela aparência física figurou em 10,4%, e medo de encontrar pessoas pela primeira vez e de reencontrar conhecidos em 6,25% dos casos cada.

DISCUSSÃO

Neste estudo, a acne predominou em mulheres, com proporção de quase 2:1 em relação aos homens. Sabe-se, todavia, que apesar de a acne incidir mais em adolescentes do sexo masculino, verifica-se maior duração da doença em pacientes do sexo feminino. De forma geral, a incidência e a severidade da acne tendem a declinar por volta dos 22 ou 23 anos de idade, podendo ocorrer formas leves em até um terço das mulheres adultas e lesões ativas em cerca de 10% de pacientes maiores de 30 anos.^{1,2,6,8}

Quanto às variáveis clínico-dermatológicas, observou-se predomínio das formas leves de acne (graus I e II) e, conseqüentemente, de lesões comedonianas e papulopustulosas em detrimento das formas mais graves. Esses achados estão de acordo com a literatura especializada.^{4,6,9}

Encontrou-se também o que já havia sido verificado em outros trabalhos: a maior gravidade da doença em pacientes do sexo masculino. As formas graves da doença são observadas até 10 vezes mais em homens.^{1,3,4}

É relevante também destacar que 96% dos acadêmicos pertencentes ao grupo de casos apresentaram atitudes ou sentimentos desencadeados pela acne. A acne como estopim de transtornos psíquicos também é quantificada em outras pesquisas através da descrição de sintomas relacionados. Isso é demonstrado por Chiu *et al.*,⁵ em que 74% dos acadêmicos de medicina associavam a enfermidade com ansiedade. Nesse mesmo sentido, Lasek *et al.*⁹ encontraram ocorrência de 87% de pacientes com acne incomodados com a aparência física, e Teixeira & França⁶ observaram que 88,3% dos pacientes referiam alguma atitude ou sentimento ligado à acne.

De forma geral, as atitudes ou sentimentos desencadeados pela acne, em ordem decrescente de frequência, coincidiram com os achados do estudo de Teixeira & França,⁶ de acordo com os quais os cinco sintomas mais citados foram a manipulação freqüente das lesões e ansiedade (88,3%), desgosto por ter acne (70%), medo de a acne nunca cessar (65%) e insatisfação e frustração quanto à aparência física (63,3%). No presente estudo, a manipulação freqüente das lesões (77%) também assumiu a liderança, seguida pelo desgosto por ter acne (73%), ansiedade (50%), insatisfação e frustração quanto à aparência física (41,6%) e medo de a acne nunca cessar (35,4%). Destaca-se aí o impacto psicológico da acne sobre os jovens questionados, revelado na alta frequência das expressões

"medo de a acne não cessar", "desgosto por ter acne" e "insatisfação e frustração quanto à aparência física". Os sentimentos em relação à acne devem ser valorizados, pois são determinantes para o sucesso terapêutico ou perpetuação da doença. Na prática clínica, nota-se que pacientes mais angustiados tendem a evoluir com melhora mais lenta, a despeito de tratamento, ou a apresentar pior prognóstico.⁶

A análise dos escores de 0 a 4 pontos em pelo menos um dos itens permitiu esclarecer que não há associação entre a doença dermatológica e o baixo nível de bem-estar. Em estudo realizado com pacientes de acne vulgar, vitiligo, psoríase, urticária, dermatite atópica e alopecia areata, Taborda *et al.*² também concluíram que não há associação estatisticamente significativa entre doença dermatológica e presença de sofrimento psíquico, observando apenas forte tendência nesse sentido.

Os resultados mais baixos em ambos os grupos foram encontrados principalmente em mulheres, indicando menor índice de bem-estar em relação aos homens. Existem aí inúmeros fatores que poderiam contribuir para tal achado. O que se sabe con-

cretamente é que as mulheres estão mais propensas a desenvolver distúrbios mentais, especialmente depressão e ansiedade. Argumenta-se que os múltiplos papéis que elas exercem na sociedade e o maior encargo social com responsabilidades domésticas colocam-nas em posição vulnerável a desordens mentais.^{10,11}

CONCLUSÃO

Verificou-se que, na fase adulta, há maior incidência da acne em mulheres e maior gravidade clínica em homens, e que as formas leves de acne (graus I e II ou comedoniana e papulopustulosa) são mais frequentes do que as formas mais graves.

Atitudes e sentimentos desencadeados pela acne são descritos pela maioria dos pacientes, sendo os mais citados a manipulação freqüente das lesões, o desgosto por ter acne, ansiedade, insatisfação e frustração quanto à aparência física e medo de a acne nunca cessar.

Pelo teste qui-quadrado não se demonstrou associação significativa entre acne e baixo nível de bem-estar. □

REFERÊNCIAS

1. Henkel V, Moehrensclager M, Hegerl U, Moeller H, Ring J, Worret W. Screening for depression in acne patients: tools for the dermatologist. *J Cosmet Dermatol.* 2002;1:202-7.
2. Tabora 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.
3. Ramos-e-Silva M, Carneiro SCS, Ponzio HA, Assunção BFG, Cardoso AEC, Almeida FA, et al. Estudo clínico aberto multicêntrico da efetividade e tolerabilidade do gel de adapaleno a 0,1% em pacientes com acne vulgar. *An Bras Dermatol.* 2003;78:155-68.
4. Costa A, Alchorne MMA, Michalany NS, Lima HC. Acne vulgar: estudo piloto de avaliação do uso oral de ácidos graxos essenciais por meio de análises clínica, digital e histopatológica. *An Bras Dermatol.* 2007;82:129-34.
5. Chiu A, Chon SY, Kimball AB. The response of skin disease to stress. *Arch Dermatol.* 2003;139:897-900.
6. Teixeira MAG, França ER. Mulheres adultas com acne: aspectos comportamentais, perfis hormonal e ultrasonográfico ovariano. *Rev Bras Saude Matern Infant.* 2007;7:39-44.
7. Cohen AD, Ofek-Shlomai A, Vardy DA, Weiner Z, Shvartzman P. Depression in dermatological patients identified by the Mini International Neuropsychiatric Interview questionnaire. *J Am Acad Dermatol.* 2006;54:94-9.
8. Sá CMD. Acne na mulher adulta: avaliação entre 20 e 40 anos. 1a ed. Rio de Janeiro: Publicações Científicas; 2000.
9. Lasek RJ, Chren MM. Acne vulgaris and the quality of life of adult dermatology patients. *Arch Dermatol.* 1998;134:454-8.
10. Daradkeh TK, Alawan A, Al Ma'aitah R, Otoom SA. Psychiatric morbidity and its sociodemographic correlates among women in Irbid, Jordan. *East Mediterr Health J.* 2006;12:107-17.
11. Sarwer DB, Magee L, Clark V. Physical appearance and cosmetic medical treatments: physiological and socio-cultural influences. *J Cosm Dermatol.* 2003;2:29-39.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA / MAILING ADDRESS:

Jonas Ribas

Rua 24 de maio, 220 – Centro

69010 080 - Manaus - AM

Tel./Fax: (92) 32345019

E-mail: ribas@internext.com.br