

Frequência de sintomas de ansiedade e depressão, qualidade de vida e percepção da doença em portadores de alopecia areata

Frequency of anxiety and depression symptoms, Quality of Life and Illness Perception in Alopecia Areata Patients

Letícia George Camaliente¹
Maria Rita Polo Gascón²
Ana Carolina de Oliveira³
Jorge Simão do Rosário Casseb⁴

Resumo

Alopecia areata é uma doença que provoca a queda de cabelos e pelos em uma única ou diversas áreas do corpo. Fatores psicológicos estão relacionados com seu início, evolução e tratamento. Este estudo verificou a frequência de depressão e ansiedade, percepção em relação à doença e impacto na qualidade de vida desses pacientes. Participantes: 59 homens e mulheres entre 20 e 65 anos. Delineamento: quantitativo transversal do tipo analítico descritivo e qualitativo. Instrumentos: questionário Sociodemográfico, Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD), Índice de Qualidade de Vida em Dermatologia (DLQI-1) e Questionário de Percepção de Doenças Versão Breve (Brief IPQ). Resultados: 35,6% apresentam sintomas de depressão e 47,5% de ansiedade. Baixo prejuízo na qualidade de vida (média 6,6) e percepção negativa da doença (média 43,6). Verificou-se correlações significativas para os índices de ansiedade, depressão, qualidade de vida e percepção da doença, indicando relações entre a alopecia areata e aspectos emocionais.

Palavras-chave: psicologia; dermatologia; alopecia Areata; ansiedade; e depressão.

Abstract

Alopecia Areata is a disease that causes hair loss on one or multiple body parts. Psychological factors are related with its onset, duration and treatment. This research verified the frequency of depression and anxiety, the perception of the disease and the quality of life impacts on these patients. Participants: 59 men and women, aging between 20 and 65 years. Methodology:

¹ Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – São Paulo/SP – E-mail: leticia.g.c94@gmail.com

² Universidade São Judas Tadeu – São Paulo/SP – E-mail: mariaritapolo@yahoo.com.br

³ Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – E-mail: anacaa.oliveira@gmail.com

⁴ Faculdade de Medicina/Instituto de Medicina Tropical da Universidade de São Paulo – E-mail: jcasseb@usp.br

quantitative transversal, descriptive and qualitative. Instruments: sociodemographic questionnaire, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADs), Dermatology Life Quality Index (DLQ-1) and Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ). Results: depression symptoms on 35,6% of the population and anxiety symptoms on 47,5%. Low quality of life prejudice (mean of 6,6) and negative perception of illness (mean of 43,6). Significant correlations for anxiety, depression, quality of life and illness perception levels were found, indicating relationship between alopecia areata and emotional aspects.

Keywords: psychology, dermatology, alopecia areata, anxiety, depression.

Introdução

A pele é o maior órgão do corpo humano e exerce diversas funções, entre elas a de proteção do organismo contra o ambiente externo (proteção dos tecidos macios e moles do interior do corpo, barreira contra materiais tóxicos e organismos estranhos), e, também, proteção simbólica, por ser o primeiro contato do indivíduo com o mundo externo e por isso um importante órgão de manifestação de conflitos e emoções (Müller & Ramos, 2004).

Por meio da pele são demonstrados o estado exterior e interior dos órgãos e também os processos e reações psíquicas em geral, como por exemplo, a sudorese profunda, que demonstra um estado de ansiedade crônica e o rubor, reação involuntária vista em pessoas que temem demonstrar seus sentimentos, podendo eles estarem associados a emoções ou pensamentos proibidos, com conteúdo sexual ou agressivo (Müller & Ramos, 2004; Ludwig et al, 2008).

A pele, por ter profundas ligações com o sistema nervoso central, torna-se muito sensível às emoções, ou seja, de acordo com Ludwig et al (2008), a doença de pele pode ocasionar sintomas de ansiedade, sentimentos de retraimento social, baixa autoestima e tristeza, bem como fatores emocionais como ansiedade e estresse podem ser a causa da origem ou piora da doença de pele.

Podemos observar essa relação em muitas doenças dermatológicas, como na Alopecia Areata que apresenta associação com aspectos psicológicos e psicossomáticos e cuja principal manifestação clínica é a queda de cabelos e pelos, variando com relação à forma e à extensão. É uma doença crônica, de etiologia desconhecida, multifatorial, não apresenta sinais inflamatórios ou de atrofia, e tem componentes autoimunes e genéticos (Rivitti, 2005; Yazigi, Andreoli & Godinho, 2009). A doença se manifesta tipicamente de 4 formas diferentes: 1. Alopecia em áreas: perda de cabelos em uma ou várias áreas do couro cabeludo, podendo se estender a outras regiões pilosas do corpo; 2. Alopecia ofiásica: perda de cabelos na área marginal do couro cabeludo; 3. Alopecia total: perda total dos cabelos, sem acometer os demais pelos do corpo; 4. Alopecia universal: perda total dos pelos do corpo, afetando couro cabeludo, cílios, sobrancelhas, barba, bigode, axilas e áreas genitais (Yazigi, Andreoli & Godinho, 2009).

Acomete igualmente ambos os sexos, pode iniciar-se em qualquer idade, observando-se pico de incidência entre os 20 e os 50 anos e por não apresentar atrofia dos folículos pilosos, pode ocorrer a repilação espontânea em casos mais leves ou com tratamentos medicamentosos em casos mais graves (Rivitti, 2005; Yazigi, Andreoli & Godinho, 2009).

O estresse emocional tem sido citado como desencadeador da doença em muitos estudos (Rivitti, 2005; Prado & Neme, 2008; Yazigi, Andreoli & Godinho, 2009; Araújo, Cassia & Souza, 2018), de forma que episódios traumáticos agudos podem provocar desequilíbrio psicológico resultando na queda de cabelos e pelos.

De acordo com Rivitti (2005), a possível explicação dos mecanismos patogênicos provocados por condições emocionais estaria na produção de neuromediadores capazes de interferir na imunidade. Em casos em que a doença produz alterações psicológicas evidentes, devido ao prejuízo na autoimagem, é importante considerar a possibilidade de acontecimentos

emocionais interferirem na enfermidade, e também de a própria patologia produzir mudanças psicológicas significativas.

Em uma pesquisa realizada por Prado & Neme (2008) com mulheres portadoras de alopecia areata, foi constatado a manifestação de sintomas depressivos associados à baixa autoestima, intensificados pela emergência da doença, que era compreendida de acordo com o significado individual e representativo de cada participante. Nessa mesma pesquisa, as participantes relataram afastamento social moderadamente intenso, o que, de acordo com as autoras, indica uma autoestigmatização pela queda do cabelo, com prejuízo estético implicado. Outro resultado encontrado foi o aparecimento de preocupação com o reconhecimento da própria identidade feminina e com a melhoria da aparência.

Yazigi, Andreoli & Godinho (2009) destacam a existência de uma inter-relação com a depressão e que o efeito das doenças dermatológicas crônicas, como a alopecia areata, podem levar o paciente a baixa autoestima e pensamentos suicidas. Estudos também mostraram o impacto na qualidade de vida dos pacientes com doenças de pele, como a alopecia, bem como, presença de sintomas de ansiedade e depressão (Zogbi, 2004; Katoulis et al, 2014; Sahiner et al, 2014; Rencz et al 2016; Abideen et al 2018; Okhovat et al 2019).

Porém, no estudo, Ludwig et al (2006) constataram que os participantes da sua amostra apresentaram níveis mínimos de ansiedade e depressão e pouco prejuízo na qualidade de vida, mas que a maioria (60,3%) apresentou diagnóstico positivo para estresse. Da mesma forma, Calvetti et al (2017) obtiveram como resultados de sua pesquisa que 62,6% dos pacientes percebem sua qualidade de vida como boa ou muito boa e que a maioria (56,5%) está satisfeita com sua autoimagem e autoestima.

Chiang et al (2014) apontam que os pacientes com alopecia cicatricial (que apesar de ser diferente da alopecia areata, possui a mesma essência da perda dos cabelos) apresentam uma percepção negativa da doença, com impacto emocional significativo, e descobriram em sua pesquisa que 21% dos pacientes apresentaram ansiedade moderada a severa e 15% depressão moderada a severa, além de um impacto moderado na qualidade de vida.

Nota-se a evidente importância de estudos sobre a pele, para avaliar questões psicológicas no surgimento das doenças de pele, com o objetivo de prevenir doenças, e também intervir mais especificamente (Ludwig et al, 2006).

Além disso, como afirmam Ludwig et al (2008), devemos levar em consideração a visibilidade das lesões do paciente com doença dermatológica ao olhar do outro, pensando na localização do corpo, que pode trazer um maior ou menor constrangimento. A mesma autora, em pesquisa realizada com 205 portadores de dermatoses não maligna, afirma que existe uma diferença significativa na qualidade de vida em portadores de doenças que provocam lesões no rosto e/ou mãos, em comparação a pacientes com lesões generalizadas pelo corpo (Ludwig, 2007).

Os pacientes de alopecia areata sofrem com lesões no couro cabeludo, lugar de grande visibilidade e que pode provocar mal-estar e diminuição da autoestima nesses pacientes, provocando sintomas de depressão, ansiedade e estresse, que já foi comprovado ter ligação direta com a evolução e o tratamento da doença.

Por isso, o objetivo dessa pesquisa foi avaliar a frequência de sintomas de depressão e ansiedade, a percepção em relação à doença e o impacto desta na qualidade de vida de pacientes com alopecia areata.

Método

Este trabalho é um subprojeto de uma pesquisa iniciada em 2018 denominada “Frequência de depressão e ansiedade, percepção em relação à doença, e impacto na qualidade de vida

de pacientes com doenças dermatológicas”. O método utilizado foi qualitativo e quantitativo transversal do tipo analítico descritivo. O estudo realizado caracteriza-se como um recorte da realidade dos pacientes com diagnóstico de alopecia areata, sem acompanhamento longitudinal.

Participaram da pesquisa 59 pacientes de ambos os sexos, maiores de 18 anos, que estavam em acompanhamento no ambulatório da Clínica de Dermatologia de um hospital escola da cidade de São Paulo, com diagnóstico de alopecia areata, no período de abril a junho de 2019. Os pacientes foram convidados a participar da pesquisa quando estiveram na sala de espera do ambulatório da Clínica de Dermatologia.

Os instrumentos utilizados foram: 1. Questionário Sociodemográfico: composto por 13 questões sobre dados demográficos, como idade, sexo, profissão, entre outros e 3 questões clínicas sobre diagnóstico, tempo de tratamento e quantidade de internações; 2. Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HAD: composta por 14 questões de múltipla escolha, divididas em 7 itens que medem a frequência de sintomas de ansiedade e 7 que medem a frequência de sintomas de depressão. Foi desenvolvida para ser aplicada em pacientes não psiquiátricos de hospital geral e a pontuação de cada subescala varia de 0 a 21 pontos, com ponto de corte 09 (Botega et al, 1995); 3. Índice de Qualidade de Vida em Dermatologia - DLQI-1: composto de 10 itens, relacionados à qualidade de vida específica para problemas de pele, divididos em 6 domínios: atividades de escola/trabalho, atividades de lazer, relações interpessoais, tratamento e sintomas/sentimentos.. A pontuação geral vai de 0 a 30 pontos, sendo melhor o índice de qualidade de vida mais próximo ao zero. Não há ponto de corte para essa escala (Ludwig et al, 2006); e 4. Questionário de Percepção de Doenças Versão Breve - Brief IPQ: usado para avaliar a percepção de doença em pacientes crônicos. É composto de nove itens que são respondidos utilizando uma escala de 0-10, com exceção do item 9 que é uma questão causal. Os primeiros 5 itens avaliam a representação cognitiva da doença, sendo divididos em: consequências, dimensão temporal, controle individual, controle do tratamento e identidade. Dois itens avaliam a representação emocional: preocupação e emoções e 1 item avalia a compreensão da doença. Seu ponto de corte é 34 (Nogueira, Seidi & Tróccoli, 2016).

Após a coleta dos dados, os resultados passaram por análise pelo *software* SPSS versão 21.0, e os testes estatísticos utilizados foram: análise descritiva (frequência, média e desvio padrão), e correlações de Pearson para verificar quais variáveis influenciaram nos resultados dos questionários: HAD, Brief-IPQ e DLQI-1. O valor de significância adotado foi de 5%. Alguns itens dos questionários sociodemográfico e do Brief IPQ também foram analisados de modo qualitativo, de acordo com a construção dos mesmos e orientação dos autores.

O projeto teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sendo resguardadas as questões éticas de sigilo e identificação dos sujeitos. Os participantes receberam leitura e explicação sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O número de aprovação CAAE é 99147718.1.0000.0068.

Resultados

Dados sociodemográficos

A maioria dos participantes da pesquisa é do sexo feminino (89,8%), sendo apenas 10,2% do sexo masculino; a faixa etária predominante foi de 51 a 60 anos (30,5%), a maioria da população estava empregada (62,7%) e possuía renda pessoal de 1 a 3 salários mínimos (50,8%); é casado/amasiado (52, 5%), possui segundo grau completo (35,6%).

A maioria (30,5%) dos pacientes participantes relatou ter iniciado o tratamento para a alopecia areata em um período de 3 a 7 anos, 25,4% de 1 a 3 anos, 23,7% há menos de 06

meses, 15,3% a mais de 10 anos, 3,4% de 7 a 10 anos e 1,7% de 6 meses a 1 ano. Nenhum paciente relatou ter sido internado devido aos sintomas da alopecia.

Escalas: Ansiedade, Depressão, Qualidade de Vida e Percepção da Doença

Foi observado que a maioria dos participantes não apresentaram sintomas de depressão (35.6%) e nem ansiedade (52.5%), baixo impacto na qualidade vida, de forma geral, já que a média encontrada foi de 6.6 (DP=7,0). Já os resultados do Brief-IPQ demonstram que 83% dos pacientes apresentaram percepção negativa da doença. A distribuição das médias e desvios padrões de cada escala se encontram na Tabela 1.

Tabela 1 - Média E Desvio Padrão De Pontuações Nas Escalas HAD, DLQI-1 E Brief-IPQ

	Mínimo	Máximo	Ponto de Corte	Média	Desvio Padrão
Sintomas de depressão	0,00	17,00	9,00	6,59	4,69
Sintomas de ansiedade	1,00	18,00	9,00	8,40	4,90
Percepção da doença	20,00	64,00	34,00	43,69	10,47
Qualidade de vida	0,00	24,00	-	6,66	7,04
Sintomas/Sentimentos	0,00	6,00	-	1,91	1,86
Atividades de vida diárias	0,00	5,00	-	1,42	1,76
Atividades de lazer	0,00	5,00	-	1,19	1,55
Atividades de escola/trabalho	0,00	4,00	-	0,60	1,12
Relação interpessoal	0,00	6,00	-	1,33	1,91
Tratamento	0,00	3,00	-	0,44	0,85

Após análise de correlação foi possível observar que os pacientes com presença de sintomas depressivos e ansiosos tendem a apresentar pior percepção da qualidade de vida, bem como, percepção negativa da doença (principalmente pacientes com sintomas depressivos). A correlação entre sintomas de ansiedade e depressão (0,778) é mais forte em relação às demais, indicando ser o sintoma que mais influenciou os demais aspectos avaliados pelos demais instrumentos.

Foram encontradas correlações significativas entre os itens do DLQI-1 e sintomas de ansiedade, depressão e percepção da doença (Tabela 3). Os resultados indicam que os sintomas de depressão e ansiedade causam impacto nos sintomas/sentimentos da doença, nas atividades de vida diárias, nas atividades de lazer, nas relações interpessoais e no tratamento da doença.

Da mesma forma, a percepção negativa da doença causa impacto nas atividades de vida diárias, nas atividades de lazer, nas atividades de escola/trabalho, nas relações interpessoais e no tratamento da doença, mas não causam impacto nos sintomas/sentimentos da doença.

Com relação aos dados sociodemográficos, foi encontrada correlação significativa entre renda pessoal e qualidade de vida (-0,442, com $p=0,01$), indicando que pessoas com renda mais baixa, demonstram ter uma qualidade de vida mais baixa também. Não foram encontradas correlações significativas para as demais variáveis dos dados sociodemográficos.

Tabela 2 - *Análise Da Correlação De Pearson Dos Resultados De Depressão, Ansiedade, Qualidade De Vida E Percepção Da Doença*

	Ansiedade (HAD)	Depressão (HAD)	Percepção da Doença (Brief-IPQ)	Qualidade de Vida (DLQI-1)
Qualidade de Vida	0,442*	0,567*	0,360*	
Percepção da Doença		0,273**		0,360*
Depressão	0,778*		0,273**	0,567*
Ansiedade		0,778*		0,442*

Nota: *p = 0,01, **p = 0,05

Tabela 3 - *Análise Da Correlação De Pearson Dos Resultados Das Categorias Do DLQI-1*

	Percepção da Doença	Ansiedade	Depressão
Sintomas/Sentimentos		0,385*	0,449*
Atividades de vida diárias	0,298*	0,367*	0,551*
Atividades de Lazer	0,348*	0,343*	0,543*
Atividades de escola/trabalho	0,285**		
Relação Interpessoal	0,305**	0,365*	0,492*
Tratamento	0,277**	0,316**	0,312**

Nota: *p = 0, 01, **p = 0,05

Questionário Aberto

Os questionários sociodemográfico e o Brief IPQ possuíam questões abertas para preenchimento pelos participantes. Obteve-se como resultado que a doença provoca fortes reações emocionais e psicológicas nos pacientes que participaram da pesquisa. A seguir são apresentadas as respostas obtidas pelos 59 participantes.

Questionário Sociodemográfico

- Mudanças na vida após o surgimento da doença

Dezesseis participantes responderam que sentem muita tristeza, choro, isolamento e até pensamentos de “querer morrer”. Oito pacientes disseram sentir irritabilidade, incômodo, preocupação, ansiedade e insegurança. E 10 pacientes relataram baixa autoestima com a queda dos cabelos.

Seis pacientes relataram que a maior mudança em suas vidas foi à queda do cabelo e oito destacam a mudança com os cuidados com o cabelo, tendo que mudar de estilo, seja raspando ou usando acessórios para esconder as regiões sem cabelo. Três participantes falaram ainda dos olhares das pessoas para seus rostos e cabeça e do preconceito sofrido pela falta dos pelos e cabelos. Os participantes relataram ainda mudanças como diminuir a exposição ao sol, dor na região da cabeça, gastos com o tratamento e não poder mais trabalhar.

- Mudanças nos relacionamentos sociais

A maioria dos participantes (27) disse que não houve alteração. Mas 12 deles relataram se isolar dos amigos e conhecidos, 09 disseram sentir vergonha pela perda dos cabelos e pelos

e 09 relataram sentir preconceito de outras pessoas e que já foram confundidos com pacientes que realizam tratamentos de quimioterapia.

Três pacientes disseram que já tinham poucos relacionamentos sociais mesmo antes da doença, um relatou baixa autoestima perto dos amigos e um disse que não sentiu mudanças nos relacionamentos sociais por sempre ter usado prótese.

- **Mudanças nos relacionamentos sexuais**

A maioria dos participantes da pesquisa (35) relatou não haver mudanças nos seus relacionamentos sexuais desde o surgimento da doença. Oito deles disseram sentir vergonha de seus parceiros devido à queda dos cabelos, apenas 03 deles notaram mudança de comportamento em seus parceiros, como distanciamento e 01 relatou ter passado por situações de preconceito. Quatro pacientes relataram não ter relações sexuais, principalmente por não ter um parceiro ou parceira no momento em que a pesquisa foi realizada e dois participantes disseram não sentir vontade em ter relações sexuais.

- **Mudanças no trabalho**

A maioria (31) disse não ter havido nenhuma mudança. Seis participantes notaram mudança nos olhares dos colegas e 05 deles relataram sentir vergonha nesse ambiente devido à queda de cabelos. Dois pacientes disseram não ser possível trabalhar por conta do tratamento (grande número de consultas ao médico, por exemplo) e um paciente percebe dificuldade em conseguir um emprego por conta da doença.

Questionário de Percepção de Doenças Versão Breve - Brief IPQ

- **Tempo de duração da doença.**

A maioria (23) disse não saber quanto tempo acha que a doença irá durar e 18 consideram que ela irá durar a vida toda. Sete pacientes relataram que acham que vai durar pouco tempo (meses) e 06 que vai durar muito tempo (anos). Cinco pacientes não responderam à questão.

Os pacientes que responderam que pensam que a doença irá durar a vida toda, explicaram sua resposta com base em informações recebidas pelos médicos. E os participantes que consideram que irá durar pouco tempo, acreditam que após o término de seu tratamento, ficarão curados. Muitos pacientes (28) não explicaram suas respostas, principalmente aqueles que responderam não saber quanto tempo ela irá durar.

Três pacientes explicaram que entendem que a alopecia areata tem relação com sintomas emocionais como o estresse e por isso precisariam de tratamento neste âmbito também para o controle da doença.

- **Fatores mais importantes que acredita que causaram a doença**

A maioria dos participantes (31) definiu como uma das causas para a alopecia o estresse. Outros sintomas psicológicos e emocionais também apareceram muitas vezes, como depressão (07); ansiedade (05); preocupação (05); nervoso, tensão, impotência (05) e perda de um familiar ou trauma (03).

Também foram frequentes causas associadas ao cuidado com o cabelo. Sete participantes associam o início da doença com uso de produtos químicos; 06 apontam como causa excesso de sol, queimadura com água quente, prender os cabelos muito apertado por anos e uso de lenços ou faixas para cobrir a área afetada pela doença; 03 colocam a responsabilidade em negligência com os cuidados com os cabelos, acomodação e demora para iniciar o tratamento.

Seis pacientes apontaram como causa da alopecia outras doenças e problemas de saúde, como diabetes, alterações na tireoide, anemia, problemas na coluna, má alimentação e uso de bebidas alcoólicas. Três pacientes consideram que a menstruação ou a menopausa podem ter causado a queda dos cabelos e dois pacientes relataram ter adquirido a doença por contágio.

Cinco pacientes disseram que é uma doença genética, 13 não sabem como a doença começou e 07 não responderam à questão. Um paciente considera que a causa da alopecia areata é seu fator autoimune e 02 relacionaram com a idade que tinham quando a doença começou.

Discussão

Neste estudo foi encontrado que a frequência de depressão e ansiedade, de acordo com a escala HAD, foi de 35,6% para depressão e 47,5% para ansiedade. Esta frequência está dentro do que foi observado em outros estudos que serão citados abaixo, onde a frequência de sintomas de depressão varia de 15% a 29% e a de sintomas de ansiedade de 21% a 35,5%.

Yazici et al (2006) não encontraram diferenças significativas para ansiedade (7.55 +/- 4.24), depressão (6.55 +/- 3.85) e estresse (111.74 +/- 84.83) entre os 43 pacientes com alopecia areata e os 53 participantes do grupo controle (Ansiedade: 6.91 +/- 3.39, Depressão: 5.19 +/- 3.79 e Estresse: 80.89 +/- 78.55). Chiang et al (2014), encontraram que 21% dos pacientes com alopecia cicatricial apresentaram ansiedade moderada a severa e 15% depressão moderada a severa, em uma amostra de 105 pacientes. Sellami et al (2014) observaram que 38% dos pacientes com alopecia areata apresentaram sintomas de depressão e 62% dos mesmos sintomas de ansiedade, encontrando diferença estatística significativa entre os pacientes e o grupo controle com relação a depressão ($p=0.047$) e ansiedade ($p=0.005$).

Katoulis et al (2014) obtiveram resultados positivos para ansiedade (8.3 +/- 3.211 e 6.2 +/- 2.030) e depressão (8.1 +/- 2.734 e 5.4 +/- 2.321) em pesquisa com 44 mulheres com alopecia cicatricial e não cicatricial (como a areata). Montgomery, White e Thompson (2017) também observaram sintomas de ansiedade (35,5%) e depressão (29%) entre os 338 pacientes com alopecia areata entrevistados.

Foi observado que pacientes com sintomas de depressão também apresentam sintomas de ansiedade, sendo comum essa associação entre os transtornos de humor. Nesta pesquisa, foram encontradas correlações significativas entre sintomas de depressão e ansiedade (0,77). Esse resultado vai ao encontro com a literatura, como na pesquisa de Ludwig et al (2006), que obtiveram a correlação de 0,68 entre ansiedade e depressão em pacientes com dermatoses. É possível supor que essa correlação exista pela similaridade dos sintomas ansiosos e depressivos, e também em função da característica de construção da escala HAD.

Muitos pacientes associaram o início da alopecia areata com os sintomas de ansiedade, além de relatarem como a doença está relacionada com esses sentimentos: “É uma doença que mexe com a autoestima, potencializando minha ansiedade, insegurança e forma com que as pessoas me viam”; e “Sexualmente não mudou, porém pela insegurança e ansiedade mudou a forma como buscava parceiras. Antes me sentia ‘normal’, mas depois da doença me sentia ‘defeituoso’”.

Essa sensação de anormalidade descrita pelos pacientes pode ser decorrente da ansiedade, pois de acordo com Tohid et al (2019), a ansiedade pode prejudicar a camada externa protetora da pele, fazendo com que ela fique mais sensível e facilmente penetrável, além de poder fazer com que um problema de pele já existente piore, tornando visível a percepção de deformação descrita pelo paciente.

Os pacientes também associaram os sintomas de depressão com o início da doença dermatológica e como uma consequência a esta. Pacientes relataram sentirem-se tristes, desanimados, com vontade de se isolar e até pensamentos suicidas ao referirem ao principal sintoma da doença, a queda dos cabelos, como observado a seguir: “Choro muito, queria morrer e me perguntava porque eu”; “Me afastei de lugares que costumava frequentar, como eventos, praia”; e “Depressão, tristeza, comportamento estranho, não acreditava na doença, achava que ia morrer. Me separei, estou longe dos filhos”.

A depressão e a ansiedade também foram descritas como o agente causador da alopecia, assim como a alopecia pode provocar sintomas de depressão e ansiedade nos pacientes. De acordo com a psicodermatologia, área que estuda doenças que apresentam esse tipo de relação, a alopecia areata pode ser considerada uma doença psicodermatológica, por envolver a interação entre mente e pele (Hoffmann et al, 2005).

A manifestação, evolução e tratamento desta doença estão associados à aspectos psicológicos e psicossomáticos. A pele é um órgão de comunicação e percepção visível, o que a torna um meio para a transmissão de sensações físicas e emoções e também para o contato físico. Por isso, a pele pode ser considerada uma forma de expressão do que acontece no meio interno. Dessa forma, as doenças dermatológicas são afetadas por sintomas de depressão, ansiedade e estresse (Müller & Ramos, 2004; Hoffmann et al, 2005; Ludwig et al, 2008).

Sintomas de ansiedade, depressão em diferentes intensidades podem ser encontrados em pacientes com alopecia, pois a queda dos cabelos implica uma mudança no estilo de vida dos pacientes inesperada e indesejada. Como afirma Oliveira (2007), o corte e a disposição do cabelo estabelecem a personalidade, a função social ou uma mudança no tipo de vida. Dessa forma, os pacientes de alopecia areata tendem a reagir negativamente à perda dessa característica pessoal.

Alguns pacientes relataram sofrer preconceitos de vários tipos devido à falta de cabelos. Entre eles, o de pessoas pensarem que estão passando por um tratamento de câncer, relacionando a falta dos cabelos e pelos aos efeitos da quimioterapia. Oliveira (2007) descreve que para as pessoas submetidas à quimioterapia, a perda dos cabelos é difícil de ser aceita por estar ligada a sensação de humilhação e exposição. Pode-se supor que os pacientes de alopecia areata têm a mesma percepção e, talvez, piorada por não estarem passando por esse tipo de tratamento: “Não saio mais de casa, pessoas perguntam se estou com câncer, olham com desprezo, tratam diferente. Não sinto vontade de nada”; “Aprendi a lidar com as perguntas do que estava acontecendo comigo, se era contagioso, se era câncer, etc.”; e “Constrangimento. Pessoas deduziam que era câncer”.

Outro preconceito sofrido pelos pacientes de alopecia areata é com relação à ideia de contágio e pouca higiene pessoal. Como afirmam Hoffmann et al (2005), essas ideias podem gerar um afastamento dos demais indivíduos em relação aos portadores dessas doenças e também diminuição na autoestima e prejuízos na autoimagem.

Esses preconceitos foram observados nas respostas dos pacientes, que relatam sentir vontade de se isolar e sentimentos de tristeza quando enfrentam essas situações: “Baixo astral, muda tudo, ego fica lá embaixo. Vontade de isolar, não sair”; “Pessoas olham diferente, sofro preconceito. Deixa muito triste”; e “Fico um pouco de vergonha do meu esposo porque a queda de cabelo mexe muito com autoestima da mulher”.

Em relação ao Brief-IPQ, obteve-se como resultado que a percepção com relação a alopecia foi negativa (pontuação média de 43,6), indicando que os participantes da pesquisa possuem uma visão negativa de sua doença. Esse dado vai ao encontro à pesquisa de Chiang et al (2014) que investigaram a percepção com relação à doença de 105 pacientes com alopecia cicatricial, usando o Questionário de Percepção de Doenças e obtiveram como resultado que os pacientes apresentam uma percepção negativa da doença, com impacto emocional significativo (21.2 +/- 5.4), reforçando os relatos dos pacientes, quanto do impacto psicossocial da doença.

Foram encontradas correlações significativas para sintomas de depressão e percepção da doença e para qualidade de vida e percepção da doença. Ou seja, pacientes com sintomas de transtornos do humor (depressivo) tendem a apresentar percepção negativa da doença e menor qualidade de vida. Esse dado vai ao encontro com os resultados observados por Chiang et al (2014), que também encontraram correlações positivas para percepção da doença,

depressão e qualidade de vida, mas diferente do estudo atual, também encontrou correlações positivas para ansiedade.

Isso permite hipotetizar que os pacientes com percepção negativa da doença, apresentam níveis de depressão mais altos e que a doença provoca impactos na qualidade de vida. Assim, como na pesquisa citada, observa-se que os pacientes reconhecem alterações em sua rotina devido à alopecia que provocam sintomas de estresse, ansiedade e depressão: “Tenho alopecia, além da mudança estética e psicológica, houve um gasto grande com consultas e tratamentos”; “Não consigo trabalhar devido a rotina de consultas e exames”; e “Às vezes fico chateada com o que as pessoas falam e perguntam ‘Você está careca? Está de peruca?’”.

O resultado do DLQI-1 demonstra que a doença e seu tratamento causam pouco impacto na qualidade de vida dos pacientes da amostra (pontuação média de 6,6), em todos os aspectos investigados (sintomas/sentimentos; atividades de vida diárias; atividades de lazer; atividades escolares ou de trabalho e relações interpessoais).

Ao comparar esse resultado com outras pesquisas que também utilizaram a escala DLQI, observa-se que os resultados são divergentes sobre o impacto da alopecia na qualidade de vida. Abideen et al (2018) encontraram que a qualidade de vida foi afetada pela alopecia areata em 70% dos casos e que 46,6% dos pacientes apresentavam histórico de estresse.

Katoulis et al (2014) obtiveram como resultado que a alopecia provoca um efeito moderado (9.4 +/- 3.452) na qualidade de vida dos pacientes com alopecia não-cicatricial (como a alopecia areata) e muito alta (12.3 +/- 3.369) em pacientes com alopecia cicatricial (provoca destruição dos folículos pilosos). Chiang et al (2014) também encontraram impacto moderado na qualidade de vida (6.6 +/- 6.6) de pacientes com alopecia cicatricial.

E Rencz et al (2016), em sua revisão sistemática de estudos sobre pacientes com alopecia areata acharam 7 pesquisas que usaram a escala DLQI e obtiveram resultados variados: 2.7 +/- 3.1 (pouco impacto), 5.8 +/- 5.6 (impacto moderado), 6.8 +/- 4.8 (impacto moderado), 6.4 +/- 5.5 (impacto moderado), 6.0 (impacto moderado) e 13.5 (muito impacto).

No entanto, foram encontradas correlações significativas entre sintomas de depressão e qualidade de vida, assim como sintomas de ansiedade e qualidade de vida, podendo levantar a hipótese de que alterações de humor podem ser intensificadas pelos sintomas da alopecia areata, prejudicando a percepção sobre a qualidade de vida desses pacientes.

Dados semelhantes foram encontrados por Katoulis et al (2014), que obtiveram como resultado de sua pesquisa correlações fortes entre qualidade de vida e ansiedade (0,52, $p = 0.0003$) e qualidade de vida e depressão (0,47, $p = 0,0011$), usando as mesmas escalas do presente estudo (DLQI e HAD). Estes autores afirmam que a baixa qualidade de vida foi associada com sintomas fortes de ansiedade e depressão, de solidão, isolamento social e baixa autoestima, resultados também semelhantes aos encontrados nesta amostra.

Chiang et al (2014) em estudo utilizando as escalas HAD, DLQI e IPQ, encontraram que a maior idade dos participantes (50,7 +/- 7,07 anos) parece ter associação com menores níveis de ansiedade e depressão, melhor percepção da doença e menos impacto da doença na qualidade de vida. Nesta amostra, os resultados das escalas indicaram baixo nível de ansiedade, depressão e prejuízo na qualidade de vida pela doença, sendo a idade predominante na faixa de 51 a 60 anos, podendo indicar a mesma hipótese dos outros pesquisadores.

É importante ressaltar que foi encontrado nesta pesquisa que na análise das questões abertas, os participantes apresentaram queixas de sintomas de ansiedade, depressão e prejuízo da sua qualidade de vida pela alopecia, demonstrando uma percepção negativa da doença. Essa percepção também pôde ser observada ao serem questionados sobre as causas da alopecia, questão que teve a maior variabilidade de respostas. Com isso, observamos que apesar dos resultados quantitativos não demonstrarem a presença de sintomas de ansiedade e depressão na amostra, os pacientes demonstram uma visão negativa da doença (57,6%

apresentaram relatos de sintomas de ansiedade e depressão) e relatam piora na qualidade de vida.

O fato de que a maioria dos participantes não sabe quanto tempo sua doença irá durar (39%) ou entende que irá durar a vida toda (30,5%) pode ter contribuído para a percepção negativa da mesma, já que terão que lidar com os sintomas e com o tratamento, ambos considerados desagradáveis, por muito tempo ou por toda a vida. Esse fator acaba demonstrando impacto na qualidade de vida dos participantes que relatam mudanças em sua vida desde o surgimento da doença, como: “Tudo, até o relacionamento amoroso. Pessoas olham diferente, sofro preconceito. Deixa muito triste”; “Atrapalha muito para conseguir um trabalho”; “Me limito a exposição ao sol”; “Tenho vergonha, medo que as pessoas podem falar”; e “Perda de cabelo e sobrancelha me faz me sentir uma pessoa feia”.

A hipótese levantada é de que cada paciente tem uma representação da sua doença, que é única. Cada um tem suas próprias crenças quanto à causa, duração e cura da doença e essas representações refletem a resposta cognitiva do paciente para os sintomas e a doença, e a forma de enfrentamento que será utilizada para lidar com as mudanças que ocorrem.

Chamou a atenção que a maioria dos participantes (35,6%), ao serem questionados sobre os fatores que acreditam ter causado a doença, responderam que o estresse (nervoso, tensão e preocupações) seria a principal causa.

De acordo com Lipp e Malagris (2008), o estresse é uma resposta complexa que relaciona reações físicas, psicológicas, mentais e hormonais quando o organismo enfrenta qualquer evento que seja interpretado como desafiante. Alguns pacientes descreveram situações como perda de um familiar, trauma, trabalho em excesso, desemprego, muitas responsabilidades e problemas familiares como causadores da alopecia areata. Observa-se que essas situações descritas podem ser consideradas estressoras ao ser humano e vão ao encontro com as pesquisas sobre estresse e alopecia areata, como a de Abideen et al (2018) que, ao investigar a associação da alopecia areata com o estresse, encontraram que 46,6% dos pacientes apresentavam histórico de estresse. Além disso, 60,71% dos pacientes com histórico de estresse possuíam também morbidades psiquiátricas, indicando que existe uma relação positiva entre tipos mais severos de alopecia areata e morbidades psiquiátricas.

Manolache e Benea (2007) também encontraram que os pacientes alopecicos identificam mais eventos estressores em sua vida do que as pessoas do grupo controle e que os relacionam ao início da doença. Taheri et al (2012) obtiveram dados semelhantes e observaram que os eventos estressores mais frequentes são perda de um membro da família durante a infância e histórico de negligência por familiares. Nessas situações, é necessário que a pessoa se adapte à uma situação nova, exigindo que sejam emitidos comportamentos adaptativos que irão variar de acordo com a forma como a pessoa lida com o estresse, ou seja, suas estratégias de enfrentamento, que podem ser adequadas ou não.

De acordo com as pesquisas (Yazigi, Andreoli & Godinho, 2009; Histría, Bucharest, & Longhin, 2007; Prado & Neme, 2008; Sahiner et al, 2014; Taheri, et al, 2012), os pacientes com alopecia areata tendem a apresentar características de alexitimia, ou seja, apresentam um déficit na consciência e na identificação de estados emocionais. São pessoas que conseguem se comunicar, mas têm problemas em realizar conexões entre suas emoções e sentimentos, assim como em identificá-los e comunicá-los a outras pessoas. Usam sua inteligência para evitar seus sentimentos (Yazigi, Andreoli & Godinho, 2009).

É possível supor que esses pacientes, por apresentarem essa característica de personalidade podem ter dificuldades em lidar com situações de estresse, não apresentando estratégias de enfrentamento adequadas e, portanto, não se adaptando às mudanças que são encontradas. Esse fator pode contribuir para o início da alopecia areata e pode prejudicar seu tratamento, dificultando a melhora da enfermidade ou a sua cura.

O modelo de terapia cognitivo comportamental propõe que os transtornos psicológicos decorrem de uma maneira distorcida ou disfuncional de entender os acontecimentos, influenciando o afeto e o comportamento (Falcone, 2008). As cognições disfuncionais são também afetadas pelas emoções e pelo comportamento, de maneira bidirecional. Dessa forma, uma pessoa que está passando por uma situação estressante, como a perda de cabelos, está mais propensa a ativar cognições disfuncionais, que ativarão mais ansiedade e/ou depressão, como observado nos participantes da pesquisa.

De acordo com esse modelo, as pessoas deprimidas apresentam um padrão de pensamento negativista em relação a si mesmo, ao mundo e ao futuro, enquanto o indivíduo ansioso apresenta predominância de pensamentos relacionados ao perigo (Falcone, 2008).

Assim, se o estresse for prolongado, ele afeta o sistema imunológico, diminuindo a resistência da pessoa e a deixando vulnerável ao desenvolvimento de infecções e doenças contagiosas. Além disso, como o organismo fica enfraquecido, doenças que permaneciam latentes podem ser desencadeadas, como as doenças dermatológicas (Lipp & Malagris, 2008).

Portanto, quanto mais apropriada for a maneira como a pessoa lida com suas necessidades, maior é a probabilidade de sucesso no manejo do estresse, da depressão e da ansiedade, obtendo um bom ajustamento psicológico (Yazigi, Andreoli & Godinho, 2009).

Dessa forma, fica evidente a importância da psicoterapia para o tratamento dos pacientes de alopecia areata. Os participantes referem perceber a importância da mesma quando questionados sobre a duração da doença: “Não sei, vai do meu emocional”; “Realmente não sei, porque a alopecia é de fundo emocional e necessito de acompanhamento e controle emocional”; e “Às vezes passo por situações de estresse e percebo que piora bastante. Às vezes fico para baixo sem ânimo de seguir em frente e sei que isso não é bom para minha doença”.

Conclusão

Após a análise dos dados foi possível observar que os pacientes com alopecia apresentam frequência de sintomas de depressão e ansiedade maior que a população geral e na média do observado na literatura para pacientes com esse diagnóstico. Na escala de qualidade de vida foi observado baixo impacto nos domínios avaliados, porém, nas perguntas abertas, foi possível observar prejuízo no trabalho, relacionamento, atividades de lazer, autoestima e autoimagem, essa divergência pode estar relacionada ao fato do questionário de qualidade de vida estabelecer o prazo de uma semana como critério para as repostas.

Esse impacto da alopecia na vida de seus portadores pode ser reforçado pelo resultado da escala de percepção da doença, onde a maioria (83%) possui uma visão negativa, principalmente em pacientes com presença de sintomas de depressão.

Como limitações do estudo, é possível citar a falta de uma melhor investigação do estresse, que poderia ter sido melhor compreendido com o uso de escalas específicas para esse sintoma; a falta de um grupo controle sem alguma dermatose para comparação dos resultados; o tamanho da amostra, que impacta em um maior refinamento da análise estatística e o fato da coleta ter sido realizada em um único serviço e região. Sugere-se também que futuros estudos investiguem o impacto das variáveis estudadas nos diferentes tipos de alopecia (cicatricial e não cicatricial).

Referências Bibliográficas

Abideen, F., Valappil, A. T., Mathew, P., Sreenivasan, A., & Sridharan, R. (2018). Quality of life in patients with alopecia areata attending dermatology department in a tertiary care centre-A cross-sectional study. *Journal of Pakistan Association of Dermatology*, 28(2), 175-180.

- Araújo, F. Q.; Cassia, D. de. & Souza, A. (2018). A importância do Conhecimento da Alopecia Areata na Estética. *Curso Superior de Tecnologia em Estética e Imagem Pessoal*. 01-13
- Botega, N. J.; Bio, M. R.; Zomignani, M. A.; Jr, C. G. & Pereira, W. A. B. (1995). Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista Saúde Pública*, 29 (5), 355-63.
- Calvetti, P. Ü., Rivas, R. D. S. J., Coser, J., Barbosa, A. C. M., & Ramos, D. (2017). Aspectos biopsicossociais e qualidade de vida de pessoas com dermatoses crônicas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(2), 297-307.
- Chiang, Y. Z., Bundy, C., Griffiths, C. E. M., Paus, R., & Harries, M. J. (2014). The role of beliefs: lessons from a pilot study on illness perception, psychological distress and quality of life in patients with primary cicatricial alopecia. *British Journal of Dermatology*, 172(1), 130-137.
- Falcone, E. (2008). Psicoterapia Cognitiva. In *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: um diálogo com a Psiquiatria*, Rangé, B. (org), pp 49-60. Porto Alegre. Artmed. (Editado também como livro impresso em 2001).
- Histria, C.; Bucharest, P. & Longhin, S. (2007). Stress in patients with alopecia areata and vitiligo. *JEADV European Academy of Dermatology and Venerology* 21, 921-928
- Hoffmann, F. S.; Zogbi, H.; Fleck, P. & Müller, M. C. (2005). A integração mente e corpo em psicodermatologia. *Psicologia: Teoria e Prática*, 07(1), 51-60.
- Katoulis, A. C., Christodoulou, C., Liakou, A. I., Kouris, A., Korkoliakou, P., Kaloudi, E., ... & Rigopoulos, D. (2014). Quality of life and psychosocial impact of scarring and non-scarring alopecia in women. *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, 13(2), 137-141.
- Lipp, M. E.N & Malagris, L. E. N. (2008). O stress emocional e seu tratamento. In *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: um diálogo com a Psiquiatria*, Rangé, B. (org), pp 475-490. Porto Alegre. Artmed. (Editado também como livro impresso em 2001).
- Ludwig, M. W. B. (2007). O adoecimento da pele : um estudo de qualidade de vida, estresse e localização da lesão dermatológica. 93 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.
- Ludwig, M. W. B.; Redivo, L. B.; Zogbi, H.; Hauber, L.; Facchin, T. H. & Müller, M. C. (2006). Aspectos psicológicos em dermatologia: avaliação de índices de ansiedade, depressão, estresse e qualidade de vida. *Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 07 (2), 69-76.
- Ludwig, M. W. B.; Muller, M. C.; Redivo, L.B.; Calvetti, P. U.; Silva, I. M. da; Hauber, L. S. & Facchin, T. H. J. (2008). Psicodermatologia e as intervenções do psicólogo da saúde. *Mudanças - Psicologia da Saúde*, 16(1), 37-42.
- Manolache, L. & Benea, V. (2007) Stress in patients with alopecia areata and vitiligo. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 21(7), 921-8.
- Montgomery, K., White, C., & Thompson, A. (2017). A mixed methods survey of social anxiety, anxiety, depression and wig use in alopecia. *BMJ open*, 7(4), e015468.
- Müller, M. C. & Ramos, D. G. (2004). Psicodermatologia: uma interface entre Psicologia e Dermatologia. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 24 (3), 76-81.
- Nogueira, G. S.; Seidl, E. M. F. & Tróccoli, B. T. (2016). Análise Fatorial Exploratória do Questionário de Percepção de Doenças Versão Breve (*Brief IPQ*). *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32 (1), 161-168.
- Okhovat, J. P., Marks, D. H., Manatis-Lornell, A., Hagigeorges, D., Locascio, J. J., & Senna, M. M. (2019). Association Between Alopecia Areata, Anxiety, and Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of the American Academy of Dermatology*.
- Oliveira, M. T. de (2007). Cabelos: da etologia ao imaginário. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 41 (3), 135-151
- Prado, R. B. R. & Neme, C. M. B. (2008). Experiências afetivo-familiares de mulheres com alopecia areata. *Estudos de Psicologia*, 25 (4), 487-497

- Rencz, F., Gulácsi, L., Péntek, M., Wikonkál, N., Baji, P., & Brodszky, V. (2016). Alopecia areata and health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Dermatology*, 175(3), 561-571.
- Rivitti, E. A. (2005). Alopecia Areata: revisão e atualização. *An Bras Dermatol.*, 80(1), 57-68.
- Sahiner, I. V.; Taskintuna, N.; Sevik, A. E.; Kose, O. K.; Atas, H.; Sahiner, S. & Isikli, S. (2014). The Impact Role of Childhood Traumas and Life Events in Patients with Alopecia Areata and Psoriasis. *Journal of Psychiatry* 17(6), 01-06.
- Sellami, R.; Masmoudi, J.; Ouali, U.; Mnif, L.; Amouri, M.; Turki, H. & Jaoua, A. (2014). The relationship between alopecia areata and alexithymia, anxiety and depression: a case-control study. *Indian J. Dermatol.* 54(4), 421.
- Taheri, R; Behnam, B.; Tousi, J. A.; Azizzade, M. & Sheikvatan, M. R. M. (2012). Triggering Role of Stressful Life Events in Patients with Alopecia Areata. *Acta Dermatovenerol Croat* 20(4), 246-250.
- Tohid, H.; Shenefelt, P. D.; Burney, W. A. & Aqeel, N. (2019). Psychodermatology: An Association of Primary Psychiatric Disorders With Skin. *Rev Colomb Psiquiat.* 48(1), 50-57.
- Yazici, A. C.; Basterzi, A.; Tot Acar, S.; Üstünsoy, D.; Ikizoglu, G.; Demirseren, D. & Kanik, A. (2006). Alopecia Areata and Alexithymia. *Turkish Journal of Psychiatry* 17(2), 01-06.
- Yazigi, L., Andreoli, S. B. & Godinho, S. M. (2009). Estudo do Manejo do Estresse em Pacientes Acometidos por Alopecia Areata. *Psicologia em Estudo*, 1 (14), 93-99.
- Zogbi, H. (2004). Avaliação de qualidade de vida em pacientes com dermatoses: estudo de adaptação e validação do Dermatology Life Quality Index (DLQI) para uma amostra sul-brasileira [dissertação]. *Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul*.

Letícia George Camaliente – Psicóloga Hospitalar no Hospital Sírio Libanês; psicóloga clínica com atuação pela Análise do Comportamento. Mestrado em Psicologia da Saúde pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (2022); Especialização em Psicologia Hospitalar pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (2020); Especialização em Neuropsicologia pelo Hospital Albert Einstein (2020); Graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2016); Graduação em Pedagogia pela Universidade de São Paulo (2017).

Maria Rita Polo Gascón – Docente em Psicologia na Universidade São Judas Tadeu. Psicóloga e Neuropsicóloga do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (2008-2020). Pós Doutorado em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina de São Paulo (2018); Doutorado em Ciências da Saúde - Coordenadoria de Controle de Doenças - Secretaria da Saúde (2015); Mestrado em Ciências da Saúde - Coordenadoria de Controle de Doenças - Secretaria da Saúde (2010); Especialização em Neuropsicologia pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (2010); Aprimoramento profissional em Psicologia Hospitalar pelo Instituto Emílio Ribas (2008); Graduação em Psicologia pela Universidade Presbiteriana Mackenzie (2006).

Ana Carolina de Oliveira – Psicóloga clínica com atuação prática na abordagem analítica comportamental. Mestrado em Ciências da Saúde pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - HCFMUSP (2021); Aprimoramento profissional em psicologia hospitalar pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - HCFMUSP (2018); Graduação e licenciatura em psicologia pela Universidade Presbiteriana Mackenzie (2016).

Jorge Simão do Rosário Casseb – Professor associado da Faculdade de Medicina/Instituto de Medicina Tropical da Universidade de São Paulo. Doutorado em Patologia pela Universidade de São Paulo (1999); Mestrado em Alergia e Imunopatologia pela Universidade de São Paulo (1995); Graduação em Medicina pela Universidade do Estado do Pará (1989).