

UNIVERSIDADE TIRADENTES

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE

**AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE  
ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM  
PACIENTES COM HIPERIDROSE  
PRIMÁRIA GRAVE**

**Gleide Maria Gatto Bragança**

ARACAJU

Agosto – 2012

UNIVERSIDADE TIRADENTES

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE

**AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE  
ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM  
PACIENTES COM HIPERIDROSE  
PRIMÁRIA GRAVE**

Dissertação de Mestrado  
submetida à banca  
examinadora para a obtenção  
do título de Mestre em Saúde  
e Ambiente, na área de  
concentração Saúde e  
Ambiente.

**Gleide Maria Gatto Bragança**

**Orientadores:** Sônia Oliveira Lima, D.Sc.

Francisco Prado Reis, D.Sc.

ARACAJU

Agosto – 2012

# **AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PACIENTES COM HIPERIDROSE PRIMÁRIA GRAVE**

**Gleide Maria Gatto Bragança**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO SUBMETIDA AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE DA UNIVERSIDADE TIRADENTES COMO PARTE DOS REQUISITOS NECESSÁRIOS PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM SAÚDE E AMBIENTE

Aprovada por:

---

Sônia Oliveira Lima, D.Sc.

Orientadora

---

Francisco do Prado Reis, D.Sc.

Orientador

---

Cristiane Costa da Cunha Oliveira, D.Sc.

1º Examinadora

---

Vera Lúcia Corrêa Feitosa, D.Sc.

2º Examinadora

---

Ricardo Luiz Cavalcanti de Albuquerque Júnior, D.Sc.

Suplente

ARACAJU

Agosto - 2012

## AGRADECIMENTOS

A **DEUS e aos meus pais** por minha existência.

Aos meus queridos orientadores, mestres e doutores não só na profissão, mas também na vida:

**Sônia Oliveira Lima**, que tanto admiro, por ser excelente médica, mãe, mulher, amiga e principalmente por ser essa pessoa dedicada aos seus compromissos. Eu não tenho como te agradecer por tantas noites, sábados e domingos que a senhora esteve na minha orientação. Parabéns por sua força!

**Francisco Prado Reis**, inteligentíssimo, bem humorado e de uma cultura invejável. Sempre se colocou à minha disposição para tirar dúvidas e mostrar outros caminhos melhores. Obrigada pelo voto de confiança e por acreditar sempre que daria tudo certo! É bom ter o senhor por perto, mestre!

Aos ilustres professores:

**Ricardo Luiz Cavalcanti de Albuquerque Junior** por todas as boas dicas, a sua preocupação com o nosso mestrado, generosidade e boa energia constantes.

**Cristiane Costa da Cunha Oliveira**, por sua paciência, seu sorriso amigo e por sua compreensão de sempre. Agradeço por sua paz!

**Cláudia Moura Melo** por sua ajuda nas várias leituras e correções e, principalmente por sua boa vontade.

**Enaldo Vieira de Melo** por tantas madrugadas na confecção deste trabalho.

Aos fiéis companheiros de mestrado e do dia a dia:

**Salvyana Carla Palmeira Sarmento Silva**, minha madrinha, comadre, companheira nos desafios e amiga incomparável. Se eu for falar o quanto te amo, vai acabar a página.

**Marx Diego Meneses Dantas**, nosso braço direito, amigo de nada mais nada menos do que todas as horas. Você completa muito bem esse nosso trio, irmãozinho!

Aos anjos enviados para me ajudar neste momento tão especial: **Aloísio Pinto Neto, Igor Alexandre e Aline de Almeida Santos. Lucas Marques de Menezes**, anjo da guarda, esta jornada não seria tão bem sucedida sem a sua colaboração. Obrigada!

Às minhas estimadas funcionárias:

**Maria Ortência** por cuidar tão bem da minha casa e dos meus filhos nesses 8 anos de convivência.

À **Amanda** por me ajudar nas tantas tarefas domiciliares e fazer parte dos bastidores de forma tão eficiente.

Sem vocês ficaria infinitamente mais difícil esta e outras conquistas. Muito obrigada!

Vocês devem estar pensando: ela não vai falar da família? Não foi isso que aconteceu. Deixei para falar agora porque vocês todos representam a base, o meu alicerce. Amo vocês:

A minha mãe, **Gisélia**, por tanto carinho e rezas que iluminaram os meus caminhos e ao meu pai, **Deraldo**, por sua torcida e seu orgulho demonstrado em todas as etapas da minha vida. Os irmãos **Deraldo Júnior** e **Graziela Gatto** por terem caminhado juntos comigo mais uma vez, meus eternos companheiros. Aos sogros, **Djalma** e **Áurea Bragança**, fundamentais para a manutenção do ambiente de paz na minha familiar. À **Áurea**, sogrinha, tenho muito a agradecer por ser muito presente em todas as situações e por “botar a mão na massa” comigo mais uma vez.

A **André**, meu amor de toda uma vida, meu braço direito e aos filhos **Lorena** e **Eduardo** por tantas demonstrações de carinho e saudades. A vocês três também tenho que pedir perdão por toda essa ausência para a realização deste sonho: me tornar mestre! **Nada do que conquistei nestes 20 anos de Medicina teria sentido se eu não tivesse vocês!**

**"Pedras no caminho? Guardo todas,  
um dia vou construir um castelo..."**

**Fernando Pessoa**

# RESUMO

## AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA DA ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PACIENTES COM HIPERIDROSE PRIMÁRIA GRAVE

**Gleide Maria Gatto Bragança**

Doenças crônicas como a hiperidrose primária (HP) podem levar a alterações de humor associados à ansiedade que muitas vezes incluem depressão e irritabilidade. Com o objetivo de avaliar a existência de ansiedade e depressão em portadores de HP grave foi realizado trabalho de delineamento transversal em 197 pacientes. A seleção amostral foi mediante escolha por conveniência de indivíduos adolescentes e adultos de ambos os gêneros que buscaram tratamento em consultório médico particular específico seguindo as regras da resolução para pesquisa com seres humanos, 196/96. A avaliação dos sujeitos da pesquisa foi realizada por meio do questionário Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Este foi previamente validado e estruturado com perguntas fechadas pontuadas de zero a três, abordando aspectos como sentir-se tenso ou contraído, ter o mesmo gosto pelas mesmas coisas de antes, estar lento para pensar e fazer coisas. Os graus de ansiedade e depressão são classificados em normais (0-7 pontos), leve (8-10 pontos), moderado (11-14 pontos) e grave (15-21 pontos). Os dados foram analisados através de frequências absolutas e relativas e testes de associação. Utilizou-se o teste do qui quadrado considerando o nível de significância de 95% ( $p < 0,05$ ). Observou-se neste estudo um aumento da prevalência de ansiedade (49,6%), mas não da depressão (11,2%) entre os portadores de HP sem associação com sexo, faixa etária e quantidade de áreas acometidas; acometimento mais frequente das áreas palmar e plantar, porém quando relacionadas à presença de ansiedade, as mais frequentes foram a axilar ( $p=0,02$ ) e a crânio-facial ( $p=0,02$ ); associação de pacientes que apresentaram depressão com a ansiedade ( $p=0,001$ ) e não houve alterações das variáveis estudadas em relação à depressão. O acometimento da hiperidrose primária foi responsável por uma prevalência de ansiedade maior que a usualmente descrita na população em geral e em portadores de outras doenças crônicas. No entanto, a depressão apresentou uma baixa prevalência nos portadores de HP e quando presente, esteve muitas vezes associada à ansiedade. De acordo com o grau de ansiedade, a frequência foi maior nas

formas leve e moderada do que na grave. Na depressão, as formas moderada e leve foram as mais frequentes. Não houve associação da ansiedade e da depressão com relação aos gêneros e as faixas etárias estudadas.

**Palavras-chave:** transtornos mentais comuns; hiperidrose primária; adolescente; adulto.



# **ANXIETY AND DEPRESSION'S ASSESSMENT PREVALENCE IN PATIENTS WITH PRIMARY SEVERE HYPERHIDROSIS**

## **ABSTRACT**

Chronic diseases such as primary hyperhidrosis (PH) can lead to mood changes associated with the anxiety that often include depression and irritability. Aiming to evaluate the existence of anxiety and depression was conducted cross-sectional study in 197 patients with severe PH. The sample selection was by choice for convenience of individuals of both genders of all ages who sought treatment in private medical practice following the rules of the specific resolution for research with human subjects, 196/96. The questionnaire Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), previously validated, structured with closed questions is scored from zero to three, covering aspects such as feeling tense or contracted, have the same taste for the same things as before, be slow to think and do things. The degrees of anxiety and depression are classified as normal (0-7 points), mild (8-10 points), moderate (11-14 points) and severe (15-21 points). Data were analyzed using the absolute and relative frequencies and association tests. We used the chi-square test considering a significance level of 95% ( $p < 0.05$ ). The results were: increased prevalence of anxiety (49.6%), but not of depression (11.2%) among patients with HP without association with gender, age and amount of affected areas, more frequent involvement of the areas palms and soles, but when related to the presence of anxiety, the most frequent were the axillary ( $p = 0.02$ ) and craniofacial ( $p = 0.02$ ); association of patients with depression with anxiety ( $p = 0.001$ ), no changes of the variables studied in relation to depression. The involvement of primary hyperhidrosis was responsible for a higher prevalence of anxiety that usually reported in the general population and in patients with other chronic diseases. However, the depression has a low prevalence in patients with HP and when present, was often associated with anxiety. According to the anxiety level, frequency was higher in mild and moderate than in severe. In depression, mild and moderate forms were most frequent. There was no association of anxiety and depression in relation to gender and age groups.

.

**Keywords:** mental disorder; hyperhidrosis; adolescent; adult.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

BDI	Beck Depression Inventory
CID-10-OMS	Código Internacional de Doenças- Organização Mundial da Saúde
DSM-IV-TR	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
HP	Hiperidrose Primária
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
HDS	Hamilton Depression Scale
IES	Impact of Events Scale
QV	Qualidade de Vida
STAI	State Trait Anxiety Inventory
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada
TAS	Transtorno de Ansiedade Social
TDM	Transtorno Depressivo Maior
TEPT	Transtorno de estresse pós-traumático
TOC	Transtorno Obsessivo Compulsivo

# SUMÁRIO

**RESUMO**

**ABSTRACT**

**CAPÍTULO I**

**1. INTRODUÇÃO** 14

**2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

**2.1 Ansiedade** 16

**2.2 Depressão** 20

**2.3 Avaliação da ansiedade e depressão nas doenças médicas** 24

**2.4 Hiperidrose primária** 27

**3 OBJETIVOS**

**3.1 Objetivo Geral** 30

**3.2 Objetivos Específicos** 30

**4 METODOLOGIA**

**4.1 Desenho do estudo** 31

**4.2 Instrumento de avaliação** 31

**4.3 População do estudo** 31

**4.3.1 Critérios de inclusão** 32

**4.3.2 Critérios de exclusão**

**4.4 Aspectos éticos** 32

**4.5 Análise estatística** 32

**5 REFERÊNCIAS** 33

**CAPITULO II - AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PACIENTES COM HIPERIDROSE PRIMÁRIA GRAVE** 38

<b>RESUMO</b>	39
<b>ABSTRACT</b>	40
<b>INTRODUÇÃO</b>	41
<b>MATERIAIS E MÉTODOS</b>	42
<b>RESULTADOS</b>	43
<b>DISCUSSÃO</b>	44
<b>CONCLUSÃO</b>	46
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	47
<b>INSERÇÃO DO TEMA NO PROGRAMA DE PESQUISA</b>	49
<b>ANEXOS</b>	50
<b>APÊNDICES</b>	62

## LISTA DE TABELAS E FIGURAS

<b>Tabela 1-</b> Caracterização da amostra segundo aspectos demográficos e clínicos em pacientes portadores de HP em consultório médico de Cirurgia Geral, Aracaju-Se.	50
<b>Figura 1-</b> Prevalência dos áreas de HP em pacientes portadores de HP em consultório médico de Cirurgia Geral, Aracaju-Se.	51
<b>Tabela 2 -</b> Comparação entre os grupos com e sem ansiedade segundo características demográficas e clínicas em pacientes portadores de HP em consultório médico de Cirurgia Geral, Aracaju-Se.	52
<b>Tabela 3 -</b> Comparação entre pacientes com Hiperidrose axilar e plantar, hiperidrose axilar e hiperidrose plantar em relação a presença de bromidrose, ansiedade e depressão em consultório médico de Cirurgia Geral, Aracaju-Se.	52
<b>Tabela 4 -</b> Comparação entre os grupos com e sem depressão segundo características demográficas e clínicas em pacientes com HP em consultório médico de Cirurgia Geral, Aracaju-Se.	53
<b>Tabela 5 -</b> Prevalência dos graus de ansiedade e depressão de pacientes com HP em consultório médico de Cirurgia Geral, Aracaju-Se.	54

## CAPÍTULO I :

### 1 INTRODUÇÃO

---

Os transtornos mentais em geral causam grande impacto em termos de morbidade, prejuízos na funcionalidade e diminuição da qualidade de vida de seus portadores (LIMA; FLECK, 2009). A nível mundial, dentre a totalidade de anos vividos com incapacidade devido a doenças, 30,8% são decorrentes desses transtornos. A ansiedade é a forma mais frequente de transtorno mental documentado cuja taxa de ocorrência, de pelo menos uma vez durante a vida, tem sido considerada de 25 a 30% (KESSLER et al., 2005). A depressão é outro transtorno mental que afeta a saúde de milhões de pessoas e corresponde a quarta causa de incapacidade no mundo. De acordo com as previsões, para 2020, ela será a segunda maior causa de inabilidade para o trabalho, sendo apenas ultrapassada pelas doenças do coração (NAKAMURA; SANTOS, 2007).

Segundo Telles-Correia e Barbosa (2009), os sintomas de ansiedade e depressão ocorrem com frequência nas doenças crônicas. A prevalência da ansiedade na doença médica se encontra entre os 18 e 35%; a de depressão, entre 15 e 61% dos pacientes. É descrito que a sintomatologia desses transtornos pode influenciar negativamente a evolução das doenças. Apesar da gravidade da ansiedade e depressão, não há a devida valorização do impacto que causa na vida dos indivíduos (MACHADO et al., 2009).

Instrumentos de avaliação desses transtornos em pessoas portadoras de afecções médicas crônicas são aplicados em forma de questionários. O Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), o Inventário de Beck (BDI) e o de State Trait Anxiety Inventory (STAI) são os três instrumentos validados para a língua portuguesa, porém para a avaliação de indivíduos com doença médica crônica somente o HADS foi liberado (AROS; YOSHIDA, 2009).

A hiperidrose primária (HP) é uma das afecções crônicas que pode levar a alterações de humor associados à ansiedade e que muitas vezes também incluem a depressão e irritabilidade (HOLMES, 2006). A HP se caracteriza por sudorese excessiva de intensidade leve, moderada ou grave, sendo as áreas do corpo mais frequentemente acometidas a palmar e a plantar, seguidas da axilar e da crânio-facial (WOLOSKER et al., 2011).

A HP causa constrangimento, desconforto e até mesmo graves problemas sociais, profissionais e psicológicos, afetando a qualidade de vida de seus portadores, levando a uma

maior tendência de desenvolverem transtornos mentais comuns que podem perdurar por toda a vida (BURACHI et al., 2008; LESSA et al., 2011), e como surge predominantemente na infância e adolescência, faixas etárias em que há uma predisposição ao desenvolvimento de alguns tipos de psicopatologias (JANSEN et al., 2011), pode se tornar uma doença possivelmente responsável por maiores agravos à saúde dos seus portadores.

Devido à importância das doenças descritas e a possível relação entre a ocorrência de HP e a prevalência de ansiedade e depressão, objetivou-se neste estudo a avaliação da prevalência da ansiedade e depressão entre adolescentes e adultos de ambos os gêneros portadores de hiperidrose primária grave.



## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

---

### 2.1 Ansiedade

A ansiedade é uma excitação do sistema nervoso que, em níveis baixos, protege o indivíduo ocorrendo sempre quando da detecção de algo imprevisível capaz de fugir ao controle e funciona, desse modo, como um alarme natural contra ameaças externas. Embora sintomas se manifestem diariamente, a ansiedade não chega a ser um transtorno e grande parte da população convive em harmonia com este estado de atenção. Na maioria dos casos, a ansiedade se estabelece no contexto das pressões, sendo denominada de estresse da vida diária. Dentre as emoções básicas da natureza humana, cabe ressaltar o medo, que sendo parte integrante do emocional humano, está sempre atrelado a ansiedade, necessitando avaliação com o intuito de esclarecer diferenças e interferências. O medo é o processo cognitivo básico que dá alicerce a todos os transtornos de ansiedade, e esta é o estado mais duradouro associado com avaliações de ameaça cujo tratamento tem se tornado um foco importante na saúde mental (CLARK; BECK, 2012).

Alguns critérios precisam estar reconhecidamente presentes para caracterizar o estado de ansiedade clínica. O primeiro deles é a cognição disfuncional, onde o medo e a ansiedade têm origem em suposições advindas de uma falsa avaliação de perigo não confirmado. Quando se estabelece o funcionamento prejudicado, o medo e a ansiedade já interferem no “modus vivendi” produtivo e satisfatório (BECK, 1985; CLARK; BECK, 2012). A manutenção é caracterizada pela apreensão subjetiva aumentada, diária, por muitos anos, independente de um motivo real. É comum que indivíduos propensos à ansiedade experimentem um elevado grau ansiedade diário durante muitos anos. Os alarmes falsos são o medo ou pânico extrapolado que ocorre na ausência de qualquer estímulo ameaçador (BARLOW, 2002). O último critério é a hipersensibilidade, onde o receio que induz um medo protetor, numa ansiedade clínica, é exacerbado, levando o indivíduo fóbico a uma resposta aversiva a uma grande quantidade de estímulos que seriam inócuos ao indivíduo não fóbico (CLARK; BECK, 2012).

A prevalência da ansiedade na população geral é de aproximadamente 16% (SOMERS et al., 2006). As mulheres podem ter taxas mais altas de transtornos de ansiedade que os homens devido a uma vulnerabilidade aumentada causada por sentimentos de afetividade

negativa mais alta, padrões de socialização nos quais as meninas são encorajadas a ser mais dependentes, sensibilidade exacerbada e tendência à preocupação, mais evitação e ruminação sobre ameaças potenciais. Os transtornos de ansiedade também são comuns na infância e adolescência e frequentemente persistem até o início da idade adulta (CRASKE, 2003).

As síndromes ansiosas são classificadas em dois grandes grupos: quadros em que a ansiedade é constante e permanente e os quadros em que há crises de ansiedade abruptas ou mais ou menos intensas. Quando a ansiedade é constante, também chamada de generalizada, livre e flutuante, o paciente apresenta sintomas ansiosos excessivos na maior parte dos dias, por pelo menos seis meses. O indivíduo vive angustiado, tenso, preocupado e nervoso e estes quadros podem ser acompanhados de insônia, dificuldade em relaxar, angústia constante, irritabilidade aumentada e dificuldade na concentração. Os sintomas físicos que costumam estar presentes são cefaléia, taquicardia, tontura, formigamento, dores ou queimação no estômago, dores musculares e sudorese fria (DALGALARRONDO, 2008).

Pesquisas sobre ansiedade clínica avançaram, reconhecendo que o termo neurose de ansiedade tem um valor limitado por ser muito simplificado. Atualmente os estudos discriminam muitos subtipos diferentes de ansiedade, recebendo o seu agrupamento, a denominação mais ampla de transtorno de ansiedade. São identificados neste conjunto alguns transtornos como: pânico, que é o medo de morrer, enlouquecer, perder a consciência; a ansiedade generalizada, descrita como medo de acontecimentos adversos ou fatais, surgido decorrente de uma vida estressante com muitas e diferentes preocupações; a fobia social, caracterizada por medo de críticas negativas a sua pessoa, o que lhe causaria constrangimento e humilhação; o transtorno obsessivo-compulsivo, que consiste num descontrole mental ou comportamental, que possa ter um resultado ruim para si próprio ou para outrem e o transtorno de estresse pós-traumático, que se relaciona ao medo de lembranças e sensações desagradáveis associadas a ocorrências traumáticas. O transtorno de ansiedade aumenta a probabilidade de ter mais outros transtornos adicionais ao indivíduo, bem como aumenta a probabilidade de dependência ao uso de drogas e álcool (CLARK; BECK, 2012).

Quando a ansiedade é caracterizada por crises abruptas, com pico em 5 a 10 minutos e duração menor que uma hora, e mais ou menos intensas são chamadas de crises de pânico, que se forem repetitivas constituirá o transtorno do pânico. As crises de pânico são crises intensas de ansiedade onde há importante descarga do sistema nervoso autônomo e, por isso, os sintomas taquicardia, suor frio, sensação de asfixia, náuseas, desconforto respiratório ou

formigamento em membros e lábios podem estar presentes. A confirmação do diagnóstico de transtorno do pânico se dá com a existência de vários ataques graves de ansiedade autonômica num período de um mês em circunstâncias onde não haja perigo objetivo, sem confinamento a situações conhecidas ou previsíveis e com a presença de relativa liberdade de sintomas ansiosos entre os ataques. Um indivíduo em ataque de pânico experimenta um crescimento de medo e sintomas autônomos. Se isso ocorrer em uma situação específica, o paciente tende a evitar aquela situação (OMS, 2003).

O transtorno de ansiedade generalizada (TAG) consiste no medo da perda da capacidade do controle para enfrentamentos e o medo do fracasso. As crises de TAG podem durar de minutos a horas. Alguns pacientes se queixam que nunca estão realmente livres da ansiedade, portanto a manutenção dela deve ser vista como um processo auto-perpetuador. Durante o desenvolvimento desta doença, o portador a percebe altamente ameaçadora pelo que deve ser neutralizada o mais rapidamente possível na tentativa de minimizar ou evitar seus efeitos catastróficos quando o indivíduo se torna cada vez mais ansioso por estar ansioso (CLARK; BECK, 2012). De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR, 2004), o diagnóstico de TAG é confirmado na observação das situações como, expectativa apreensiva na maioria dos dias pelo período mínimo de seis meses, e o indivíduo acreditar ser difícil controlar a preocupação. A ansiedade e a preocupação estão associadas ao menos a três dos seguintes sintomas: fadigabilidade, irritabilidade, tensão muscular, perturbação do sono, dificuldade de se concentrar e inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele.

A fobia social ou transtorno de ansiedade social (TAS) é o medo da avaliação negativa, de constrangimento e da humilhação, e nessas situações os pacientes temem dizer ou fazer algo que os humilhe ou que os outros percebam que estão nervosos (NUNES; HADDAD, 2010). Quando uma pessoa socialmente fóbica entra em contato com situações sociais, observam que as suas manifestações fisiológicas e comportamentais e pensamentos automáticos de perigo ocorrem com maior intensidade e frequência. As respostas de fuga e evitação estão estreitamente associadas ao medo subjetivo ao ponto de ser um marcador importante de sua expressão. Os sintomas somáticos estão presentes antes, durante e depois das pessoas estarem em qualquer situação social, sendo eles: sudorese, tremor, rubor e palpitação. Começa, então, a evitar determinadas situações que lhe pareçam desencadeadoras da ansiedade, elaborando um ciclo vicioso composto de situação-ansiedade-evitação (BURATO et al., 2009).

O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) é uma consequência de trauma passado que tenha ameaçado a integridade física do indivíduo ou de terceiros, após o qual o indivíduo respondera com medo intenso, desamparo ou horror. A prevalência desse transtorno também é maior no sexo feminino (2:1) e existe associação com as condições ambientais como se observa na pobreza, na desigualdade social e na violência (MENDES; MELLO, 2011). No DSM-IV-TR (2004) estão descritos os critérios diagnósticos de A-F para o TEPT que além do conceito, os mais importantes são: o evento traumático é revivido de forma persistente com pesadelos recorrentes e sofrimento psicológico intenso. A evitação persistente dos estímulos que lembram o trauma e resposta afetiva “anestesiada” com redução do interesse em atividades anteriormente importantes, sintomas persistentes de hipervigilância (insônia, acessos de raiva, irritabilidade e resposta de sobressalto exagerada) e prejuízo significativo no funcionamento sócio-ocupacional.

O transtorno obsessivo compulsivo (TOC) consiste em obsessões ou compulsões recorrentes que produzam sofrimento notável. Podem ser sintomas discretos como verificações e limpeza ou mais complexos como culpa excessiva, necessidade de simetria, que possuem como características comuns: as repetições estereotipadas, a falta de flexibilidade e o exagero da responsabilidade. A obsessão leva a pensamentos, imagens ou impulsos persistentes que causam ansiedade. A compulsão é caracterizada por comportamentos repetitivos, padronizados e recorrentes que significam uma tentativa de reduzir a ansiedade associada à obsessão (DSM-IV-TR, 2004).

Aros e Yoshida (2009) destacaram três modelos de ansiedade, o primeiro denominado modelo da ansiedade de Goldstein que consistiria na hipótese da ansiedade orientada para o estímulo, no qual a ansiedade corresponderia à percepção subjetiva que o indivíduo teria sobre uma determinada condição catastrófica. O segundo, intitulado de modelo da ansiedade traço/estado, distinguiria dois aspectos fundamentais da ansiedade que seriam a ansiedade como um estado emocional transitório e a ansiedade como um estado mais permanente, correspondendo a um traço da personalidade. O terceiro denominado de modelo transicional do stress de Lazarus se utilizaria a hipótese da ansiedade orientada para o estímulo, mas destacando que a avaliação da ameaça é tida como mediador essencial para o desenvolvimento do stress.

Os sintomas da ansiedade geralmente estão associados à depressão. Atualmente os inibidores de receptação de serotonina e os benzodiazepínicos são o tratamento

medicamentoso mais utilizado para os transtornos comuns da ansiedade. As respostas mais vistas com os benzodiazepínicos são conseguidas nos quadros de reações relativamente agudas de ansiedade em pacientes psiquiátricos ou clínicos que apresentam doenças primárias modificáveis ou transtornos primários de ansiedade. Apesar de boa resposta clínica durante alguns meses, não está bem definido se os efeitos a longo prazo podem ser distinguidos dos efeitos inespecíficos, a exemplo do uso de placebos, após o desenvolvimento da tolerância (LAURENCE et al., 2010).

O sofrimento individual que advém da ansiedade tem o sentimento de condenação e desastre iminentes a partir de alguma fonte específica ou desconhecida. Outros sintomas de humor associados à ansiedade muitas vezes incluem depressão e irritabilidade, que são considerados secundários. A presença de sintomas depressivos afeta todas as dimensões da qualidade de vida (QV) e, conforme a gravidade desses, o seu impacto na QV pode ser maior do que o de outras doenças crônicas. Sintomas de ansiedade e depressão ocorrem com frequência nas doenças médicas crônicas, provocando um elevado grau de disfunção pessoal, social e ocupacional (HOLMES, 2006).

## **2.2 Depressão**

A depressão é um transtorno mental que afeta mundialmente a saúde de milhões de pessoas. De acordo com as previsões para 2020, ela poderá ser a segunda maior causa de doença, ultrapassada apenas pelas afecções do coração (NAKAMURA; SANTOS, 2007). De etiologia multifatorial, a depressão é influenciada por heranças culturais e as vivências emocionais de um indivíduo durante o amadurecimento mental, levando a uma maior ou menor tendência dos indivíduos a desenvolverem uma síndrome depressiva na idade adulta (AROS; YOSHIDA, 2009).

Depressão é o termo usado em psiquiatria para designar os vários tipos de transtornos do humor com tendência para a tristeza. É conhecido como depressão maior (TDM) no DSM-IV-TR (2004) ou como episódio depressivo segundo a definição do Código Internacional de Doenças 10ª Versão (OMS, 2003). O TDM, ao longo dos anos, vem concentrando várias das principais características de uma prioridade em Saúde Pública, com uma prevalência mundial de 16,2% (KESLLER et al., 2003) e de 10,9% em um estudo de base comunitária em adultos realizado no Brasil (KESSLER et al., 2010).

O CID-10 (2003) e o DSM-IV-TR (2004) caracterizam dois tipos de conceito descritivo para a depressão: os episódios e os transtornos. Quando ocorrem em um determinado período de tempo são chamados de episódios afetivos, conhecidos como Depressivo, Hipomaníaco, Maníaco e de Estado Misto. Mas quando esses episódios caracterizam um padrão mórbido específico, são chamados de transtornos afetivos, que se classificam em: Transtorno Depressivo Recorrente, Transtorno Afetivo Bipolar, Ciclotimia e Distímia (DALGALORRONDO, 2008).

De acordo com Teng et al., (2009), para ser considerado episódio depressivo são necessários no mínimo quatro sintomas depressivos em um período de tempo maior que duas semanas e ter, obrigatoriamente, ao menos três sintomas típicos: humor depressivo, anedonia e fadigabilidade. O humor depressivo é caracterizado por tristeza frequente durante a maior parte do tempo. A anedonia corresponde a perda da capacidade de sentir prazer tanto das atividades cotidianas, bem como do prazer sexual. A fadigabilidade diz respeito ao extremo cansaço a leves esforços. Segundo Noto e Sarin (2011), as mulheres apresentam duas vezes mais chances de desenvolver depressão que os homens sendo demonstrado que hormônios como os estrógenos, afetam estruturas límbicas importantes no controle das emoções e do humor. Os efeitos do estresse, violência, problemas familiares, baixa auto-estima têm se relacionado com a alta vulnerabilidade desta enfermidade em mulheres.

De acordo com Atkinson et al., (2002), os sintomas que devem estar presentes no transtorno depressivo podem ser divididos em quatro conjuntos: físicos, motivacionais, emocionais e os cognitivos. De acordo com o CID-10 (2003), concentração e atenção reduzidas, autoestima e autoconfiança reduzidas, idéias de culpa e inutilidade, visões desoladas e pessimistas do futuro, atos auto-lesivos ou ideais de suicídio, sono perturbado e apetite diminuído são outros sintomas de episódios depressivos e dentre os dez sintomas descritos, os cognitivos são anedonia, concentração, autoestima, culpa, pessimismo e suicídio.

O termo cognição vem da palavra *cognitione*, do latim, e significa a aquisição do conhecimento por meio de vários processos como a percepção, a memória, o pensamento, a atenção e a linguagem. Ela permite a adaptação do indivíduo ao meio, possibilitando que as informações captadas pelos órgãos do sentido sugiram um significado, levando a uma maior interação entre os dois (TENG et al., 2009). Os sintomas cognitivos na depressão são constituídos de idéias de incapacidade, pensamentos pessimistas, sentimento de culpa e perda de memória. A baixa autoestima é uma característica da depressão em que o indivíduo perde a

percepção quanto à sua capacidade de inteligência, força, saúde ou de seus recursos financeiros. Costumam exagerar a importância de qualquer erro, denigrem a si mesmos e se consideram inúteis, incompetentes e fracassados. O indivíduo depressivo sente-se culpado quando não consegue se encaixar nos seus rígidos padrões perfeccionistas e são intolerantes com suas falhas (BECK; ALFORD, 2011). A memória autobiográfica em pacientes com depressão tende a ser genérica, difusa e inespecífica, apresentando dificuldades para localização dos eventos da vida tanto temporal como espacialmente (PERGHER, 2006).

O pessimismo e a perspectiva sombria estão relacionados com os sentimentos de desesperança, que é o sintoma que mais se relaciona com a avaliação clínica da depressão. Os pacientes deprimidos pensam que a presente situação desfavorável vai persistir e até piorar futuramente. Essa percepção de irreversibilidade de seus problemas parece formar a base para se acreditar que o suicídio seria sua solução. Esse interesse em acabar com sua vida tem algumas variações. O paciente pode manifestar os desejos de estar morto (desejo passivo) e de querer se matar, como um devaneio, um pensamento obsessivo ou como um plano arquitetado cuidadosamente. Alguns portadores manifestam esse desejo e luta constantemente contra ele durante a sua doença. Outros o apresentam esporadicamente até haver seu desaparecimento. Há aqueles que se dizem felizes por não ter cedido ao desejo de morrer e continuarem vivos (BECK; ALFORD, 2011).

Em relação aos sintomas físicos, a depressão pode levar à alterações do apetite, do sono e da atividade física. A perda do apetite é frequentemente o primeiro sinal de que o paciente pode estar iniciando um transtorno de depressão. O sono fica bastante prejudicado nestes pacientes, que apresentam inquietação e despertares mais cedo. Quanto ao quesito motivacional, o indivíduo tende à baixa energia e à passividade, perde o interesse por passatempos e atividades recreativas, o que diminui a sua iniciativa para executar funções necessárias. O paciente se sente atraído por atividades que exigem pouca responsabilidade, energia e iniciativa. Buscam ocupações mais típicas de crianças, se afastando do seu papel de adulto (ANDRADE et al., 2006).

Para um bom funcionamento das funções cognitivas são necessários uma regulação da síntese dos neurotransmissores e da sua liberação a níveis pré-sinápticos. Neurotransmissores como serotonina, dopamina, noradrenalina e neuropeptídeos como a vasopressina, somatostatina, colecistocinina, opióides endógenos estão relacionados direta ou indiretamente na patogenia de transtornos depressivos (TENG et al., 2009). A deficiência da noradrenalina

predispõe o indivíduo a redução de atenção, memória e de concentração, bem como ao humor deprimido, fadiga e lentificação psicomotora. O déficit de serotonina retrata um quadro de ansiedade, pânico, humor deprimido, obsessões e compulsões (STAHL, 2002). A dopamina está intimamente ligada à mediação do humor e à cognição e suas alterações podem ser a causa de prejuízos de memória de trabalho, atenção e planejamento (SEAMANS; YANG, 2004).

Um estudo mostrou que as alterações do sistema de neurotransmissores possam ocorrer devido a mudanças no número e/ou na sensibilidade dos neuroreceptores pré e pós-sinápticos no Sistema Nervoso Central, sem que haja efetivamente, uma alteração na quantidade do neurotransmissor. Apoiam a idéia de que a depressão esteja relacionada mais a uma desregulação da sensibilidade dos neuroreceptores do que a deficiência dos neurotransmissores, e que a demora dos efeitos medicamentosos ocorreriam devido a alterações na sensibilidade dos neuroreceptores dependentes do tempo de uso dos medicamentos. Isso explicaria, em parte, o fato de que os níveis dos neurotransmissores aumentam cerca de três horas após de administrados os antidepressivos, mas a melhora do quadro clínico da depressão só é evidenciada após aproximadamente três semanas (BALLONE, 2007).

Busatto (2007) avaliou pacientes com depressão grave e voluntários normais durante um estado de tristeza induzido por um filme que exibia um forte conteúdo emocional. Durante o mesmo, houve ativação de áreas cerebrais, nos dois grupos avaliados, envolvidas com a mediação do afeto. Como resultado foram observadas ativação maior em pacientes deprimidos das áreas córtex pré-frontal medial e giro do cíngulo.

Prejuízos cognitivos também foram observados em resposta ao estresse crônico e história de traumas precoces. O eixo hormonal hipocampo-hipotálamo-hipófise-adrenal é responsável pela resposta ao estresse e sua ativação induz a um aumento da secreção de glicocorticóides, substância hipersecretada em quadros depressivos (TENG et al., 2009). A secreção de hormônios pela hipófise anterior é regulada por fatores de liberação e fatores inibitórios, ambos hormonais. O hormônio liberador de corticotrofina regula a secreção de hormônio adrenocorticotrófico e cortisol. Estudos mostram que o riso alegre em indivíduos que assistiram vídeos engraçados estimulam a secreção de hormônio do crescimento e diminui a secreção de cortisol e adrenalina (FELTEN; SHETTY, 2010).



A depressão pode ser discriminada da ansiedade pela presença de anedonia ou afeto negativo e a ansiedade difere da depressão pela presença de hiperestimulação autonômica. Em quadros mais leves ocorre superposição dos sintomas depressivos e ansiosos. Os sintomas de ansiedade estão comumente associados à depressão, como no transtorno de distímia (depressão crônica de intensidade moderada), transtorno do pânico, transtorno obsessivo-compulsivo, transtornos alimentares, transtornos de personalidade, agorafobia e outras fobias específicas (LAURENCE et al., 2010) e apresentam resposta insatisfatória ao tratamento com significativas taxas de recaída (CLARK; BECK, 2012).

Os sintomas de ansiedade e depressão ocorrem com frequência nas doenças médicas crônicas, apresentando uma prevalência bem ampla: 18 a 35% e 15 a 61%, respectivamente. A relação entre ansiedade /depressão e doença médica é bastante complexa e na avaliação da existência e do grau desses distúrbios em portadores de doenças crônicas, pode-se utilizar vários tipos de abordagem: Taxonômica vs Dimensional; Auto vs Hetero avaliação; Instrumentos específicos para uma população vs Inespecíficos (TELLES-CORREIA; BARBOSA, 2009).

### **2.3 Avaliação de ansiedade e depressão em doenças médicas**

Dentre as escalas de avaliação da ansiedade e depressão disponíveis, destacam-se: Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Hamilton Depression Scale (HDS), Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Beck Depression Inventory (BDI), e State-Trait Anxiety Inventory (STAI).

Ressalta-se que apenas o STAI, o BDI e a HADS estão validados para o português. O instrumento STAI é usado para avaliar ansiedade e consiste em duas subescalas: a primeira avalia ansiedade e a segunda mensura depressão, cada uma com 20 questões, cujo escore vai de 20 a 80, sendo a maior pontuação relacionada como maior ansiedade (TILTON, 2008).

O instrumento BDI é constituído por 21 itens com quatro alternativas de graus crescentes de gravidade para cada um. Avalia a intensidade da depressão classificando os graus em leve, moderado e grave. A versão em português está em inúmeros estudos de validação e precisão para características da população brasileira (CUNHA, 2001). Esta escala

apresenta um item que avalia irritabilidade e seis itens que avaliam anedonia e disforia no indivíduo avaliado (ANDRADE et al., 2006; AROS; YOSHIDA, 2009).

O HADS foi desenvolvido por Zigmund e Snaith (1983) e atende, pelo menos parcialmente, àquele que para a maioria dos autores é o principal problema na avaliação da ansiedade e depressão na doença médica, se os resultados das escalas de ansiedade e depressão são influenciados pela doença física do indivíduo. Foram excluídos todos os itens que se relacionavam simultaneamente com a perturbação física, como os sintomas, vertigem, cefaléia, insônia, energia e fadiga. Os itens do questionário incluídos na escala se baseiam apenas nos sintomas psíquicos com a proposta de avaliar os sintomas específicos da ansiedade e depressão.

Esse é formado por duas sub-escalas de sete itens de cada doença com perguntas sobre o comportamento do avaliado cujas respostas variam entre zero e três. Os resultados finais de cada sub-escala variam de 0 a 21, sendo que os valores mais elevados indicam níveis mais altos de ansiedade e depressão. Apenas esta escala está validada para a população com doença médica especificamente para doenças crônicas (ZIGMUND; SNAITH, 1983; TELES-CORREIA; BARBOSA, 2009). Foi validada para o Brasil em portadores de doença médica validade de conteúdo, validade de critério, validade de constructo, fiabilidade, sensibilidade entre as populações, sensibilidade à mudança (PAIS-RIBEIRO, 2007). Revela uma consistência interna elevada apresentando o coeficiente alfa de consistência interna de Cronbach de .93 para ansiedade e de .90 para a depressão (MOOREY et al., 1991).

Um estudo realizado por Pereira e Figueiredo, (2008) sobre depressão, ansiedade e stress pós-traumático em 114 doentes com cancro colo-retal foi realizado com o objetivo de adaptar as escalas HADS e Impacto of Events Scale (IES). Avaliou simultaneamente os tratamentos de cirurgia, cirurgia/quimioterapia e cirurgia/radioterapia nestes doentes, ao nível da depressão, ansiedade e stress pós-traumático. Foi demonstrado que as versões portuguesas das duas escalas apresentaram na análise das propriedades psicométricas, uma boa fidelidade (.94 e .90, respectivamente). A escala HADS apresentou uma boa consistência interna das duas sub-escalas HADS-A (.91) e HADS-D (.88), o que possibilita afirmar ser os valores obtidos nesta análise, dos coeficientes de consistência interna do alfa de Cronbach do HADS total e sub-escalas, semelhante aos obtidos em outros estudos (SOUZA E PEREIRA, 2008; ROBERTS et al., 2001, apud PEREIRA E FIGUEIREDO, 2008), demonstra uma elevada consistência interna desta escala. Os resultados encontrados foram um aumento nos níveis de

depressão, ansiedade e estresse pós-traumático nos doentes portadores de cancro colo-retal que efetuaram a cirurgia/quimioterapia e cirurgia/radioterapia quando comparados com os pacientes que realizaram apenas cirurgia e nos que possuíam uma ostomia de eliminação.

Para um estudo transversal com 78 pacientes asmáticos, com diagnóstico confirmado de asma moderada e grave no ambulatório de asma do Hospital São Paulo da Universidade Federal de São Paulo, foi utilizado o questionário HADS onde se observou que a prevalência de ansiedade e do binômio ansiedade e depressão foi maior no grupo de pacientes não controlados do que no grupo com pacientes que tinham a doença sob controle naquele momento (78% e 100%;  $p=0,04$  e  $p=0,02$ , respectivamente). Os pacientes com asma não controlada apresentaram uma maior prevalência de sintomas de ansiedade que o grupo dos pacientes com asma controlada, mas não houve diferença na prevalência de depressão entre eles (VIEIRA et al., 2011).

Uma pesquisa sobre morbidade psicológica e representações da doença em 100 pacientes com esclerose múltipla foi feito como o objetivo de avaliar a ansiedade e depressão nos doentes com esta enfermidade, utilizando a escala de avaliação “Hospital Anxiety and Depression Scale” numa amostra de 100 pacientes. Não houve ansiedade nem depressão, a análise das propriedades psicométricas revelaram uma boa fidelidade no HADS total (0,87), bem como uma boa consistência interna das duas sub-escalas HADS-A (0,81) HADS-D(0,78) (SOUSA; PEREIRA, 2008).

As escalas têm o propósito de avaliar ansiedade e/ou depressão, que provaram repercussão no doente como um todo, porém observam-se trabalhos que avaliam o sofrimento dos pacientes relacionando às suas dermatoses e a compreensão das alterações da qualidade de vida (QV) dos mesmos utilizando o Índice de Qualidade de Vida para Dermatologia (DLQI). Um trabalho realizado por Taborda et al., (2010), revelou, na análise de 1000 pacientes com doenças dermatológicas, que 78,5% destes relataram algum efeito da doença sobre a qualidade de vida, sendo que 22,7% demonstraram efeito negativo grande ou extremo. Os autores concluíram que várias doenças dermatológicas causam impacto ruim sobre a qualidade de vida e sobre o estado psíquico do indivíduo afetado.

Uma avaliação da qualidade de vida em pacientes pediátricos com as principais dermatoses crônicas da infância realizado por Manzoni et al., (2012), revelou através de um outro questionário, o Índice de Qualidade de Vida para Dermatologia em Crianças (CDLQI), que entre os 118 pacientes entrevistados, aqueles que tinham dermatite atópica e psoríase

apresentaram um impacto desfavorável na qualidade de vida maior que naqueles que tinham vitiligo. Dentre outras doenças dermatológicas crônicas que afetam a qualidade de vida, encontra-se a hiperidrose primária (HP), que se inicia principalmente na infância e adolescência (LESSA; FONTENELLE, 2011).

Cardoso et al. (2009) fizeram avaliação de 50 pacientes submetidos a tratamento cirúrgico de hiperidrose palmar quanto a QV e ao surgimento da sudorese compensatória, enfatizando o motivo principal que tinha feito o paciente procurar atendimento médico. Dentre todos os entrevistados, 27 (54%) revelaram que o incômodo pessoal os tinha feito procurar atendimento médico, 23 (46%) tiveram prejuízo na relação pessoal; 22 (44%) tiveram dificuldade relativa a ambiente escolar, e 20 (40%) relataram que o incômodo desta doença relacionado ao trabalho foi o motivo da procura pelo tratamento. Pessoas do convívio de 21(42%) dos entrevistados relataram timidez nos portadores da hiperidrose.

## **2.4 Hiperidrose primária**

A hiperidrose é uma doença caracterizada por sudorese aumentada, ou seja, apresenta uma produção de suor superior ao necessário para o equilíbrio da temperatura corporal. Esta se classifica em primária ou essencial (HP) e secundária (HS), a drogas ou a doenças como o hipertireoidismo e a obesidade (LYRA et al., 2008). A hiperidrose primária é uma desordem hereditária que tem uma prevalência mundial variável entre 0,6 a 9% (TU et al. 2007; FENILLI et al., 2009). A HP normalmente se inicia na infância ou na adolescência e afeta as mãos, os pés, o crânio, a face e as axilas (NICOLEIT et al., 2009). O tipo palmo-plantar inicia-se na infância e a axilar, na adolescência, fase em que ocorre a maturação hormonal e sexual (KAUFFMAN; CAMPOS, 2011).

O diagnóstico é essencialmente clínico no qual o paciente deve apresentar suor excessivo, localizado e visível por pelo menos seis meses de duração e sem causa aparente e mais duas das características que se seguem: suor bilateral e relativamente simétrico, frequência de pelo menos uma vez por semana, prejuízo nas atividades diárias, idade de início menor que 25 anos, história familiar positiva, cessação do suor durante o sono, piora em situação de estresse e pouca ou nenhuma interferência de temperatura (FENILLI et al., 2009). Quanto ao grau a HP pode ser leve, área molhada sem gotejar, moderada, quando há área

molhada e gotejante ou intensa (grave) com área molhada e muito gotejante (SOLISH et al., 2008; LYRA et al., 2008; COHEN et al., 2007).

HP pode ser localizada, regional ou generalizada e, independente do tipo, é frequentemente associada à perda de habilidades profissionais. O excesso de suor nas mãos, hiperidrose palmar, causa constrangimento ao cumprimentar as pessoas, acarreta prejuízos para a identificação das digitais e dificulta a realização de tarefas manuais, como em carreiras profissionais que requeiram contato com papéis, metais ou componentes elétricos (NICOLEIT et al., 2009; FIORELLI et al., 2011). A hiperidrose palmar frequentemente traz prejuízos nos trabalhos escolares, no ato de tocar instrumentos musicais, nas práticas esportivas e nos relacionamentos interpessoais, levando à introspecção e ao isolamento do convívio com outras crianças, que, não raramente, expõem o portador da doença a bullying na escola (CAMPOS; KAUFFMAN, 2004; ROSA, 2008).

Segundo Wolosker et al., (2011), a hiperidrose facial começa a apresentar os sintomas na idade adulta, o que impede o uso de cosméticos e cosmeceuticos, como os pós faciais e filtros solares, prejudicando as pessoas que necessitam trabalhar maquiadas ou sob exposição solar. O gotejamento do suor facial também dificulta o exercício de algumas profissões a despeito do médico cirurgião durante o ato operatório e do cirurgião-dentista em seus procedimentos com os pacientes (FIORELLI et al., 2011).

A hiperidrose axilar traz o inconveniente de seus portadores sempre estarem com roupas molhadas, dando impressão de higiene inadequada. Estes se sentem inseguros e trocam de camisas várias vezes ao dia e/ou usam absorventes nas axilas para contenção do suor. As manchas deixadas nas camisas geram um grande incômodo, bem como, a percepção de que o paciente “marca o lugar pelo suor”, ou mesmo que está “suando para marcar o lugar”, quando apresenta hiperidrose plantar associada (ROSA, 2008).

A hiperidrose plantar pode ser tão intensa a ponto de ocasionar poças de água no chão, estragar calçados, causar desequilíbrio levando a entorses. Profissões em que o salto alto se faça necessário tornam-se impossíveis, além do mais tanto a hiperidrose axilar como a plantar podem vir acompanhadas de odores fétidos conhecidos como bromidrose, que agrava ainda mais os transtornos sofridos por seus portadores (LEÃO et al., 2003; NICOLEIT et al., 2009). Como alternativa para amenizar o problema, o paciente começa a preferir o uso de sapatos fechados com meias, porém como consequência, aumenta a predisposição a infecções por fungos, que estariam favorecidas neste habitat (CONTIJO et al., 2011).

Os centros hipotalâmicos dos indivíduos acometidos pela hiperidrose são mais sensíveis a estímulos cerebrais de origem emocional do que na população em geral (KAUFFMAN; CAMPOS et al., 2011). A HP caracteristicamente não ocorre durante o sono e são agravadas pelo calor e por estímulo emocional (CONTIJO et al., 2011). A pele é a principal interface do ser humano com o meio externo que tem também como função a formação da imagem corporal e a constituição do ego, a qualidade de vida de pacientes com doenças cutâneas tende a ser afetada tornando seus portadores mais susceptíveis a transtornos psíquicas (LUDWIG et al., 2009).

Em trabalho realizado por Santana et al., (2012), avaliou-se a QV de 139 pacientes em relação à HP que foi declarada como muito ruim por 87 pacientes e ruim por 52. Após 12 meses do tratamento cirúrgico mediante simpatectomia torácica, a QV foi declarada como muito melhor por 91 pacientes, um pouco melhor em 3 pessoas e apenas 1 participante não relatou mudança. Outros estudos sobre QV em pacientes com hiperidrose foram realizados como os de Fiorelli et al., (2011), e Kauffman e Campos (2011), mostraram alterações negativas na QV nos portadores de HP, no entanto na literatura pertinente não foram encontrados trabalhos que avaliassem os efeitos dessa doença sobre a esfera emocional dos indivíduos em relação à presença de ansiedade e depressão avaliados por questionários específicos.

## **3 OBJETIVOS**

---

### **3.1 Geral**

Avaliar a prevalência e o grau de ansiedade e depressão entre portadores de hiperidrose primária grave.

### **3.2 Específicos**

- Determinar a prevalência de ansiedade e depressão nos portadores de hiperidrose primária grave;
- avaliar o grau de ansiedade e depressão, quando existente, nos portadores de hiperidrose primária grave;
- avaliar o grau de intensidade da ansiedade e depressão de acordo com o gênero, faixa etária e área do corpo atingida pela hiperidrose primária grave.

## 4 METODOLOGIA

---

### 4.1 Desenho do estudo

Trabalho de delineamento transversal com adolescentes e adultos de ambos os sexos, portadores de hiperidrose primária grave que buscaram tratamento em consultório médico específico.

### 4.2 Instrumento de avaliação

Os indivíduos foram avaliados pelo mesmo médico em consultório particular e os questionários foram respondidos de forma individual. O questionário Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) elaborado por Zigmund e Snaith em 1983, previamente validado, foi estruturado com perguntas fechadas pontuadas de zero a três, abordando aspectos como sentir-se tenso ou contraído, ter o mesmo gosto pelas mesmas coisas de antes, sentir espécie de medo como se alguma coisa ruim fosse acontecer, dar risada e se divertir quando ver coisas engraçadas, estar com a cabeça cheia de preocupações, sentir-se alegre, ficar sentado à vontade e se sentir relaxado, estar lento para pensar e fazer coisas, ter sensação ruim de medo como um frio na barriga ou um aperto no estômago, perder o interesse em cuidar da aparência, sentir-se inquieto como se não pudesse ficar parado em lugar nenhum, ficar animado esperando as coisas que estão por vir, ter a sensação de entrar em pânico e sentir prazer quando assiste a um bom programa de televisão, de rádio ou quando ler alguma coisa.

Consiste em duas sub-escalas, classificadas separadamente, uma medindo ansiedade e outra medindo depressão, cada uma com sete itens. A forma de resposta dos 14 itens da escala varia de 0 a 21, e resultam da soma dos valores de cada sub-escala. Cada item é respondido numa escala original de quatro pontos que vão de inexistente (0) a grave (3). Quanto aos graus das duas doenças foram classificados como normal (0-7 pontos), leve (8-10), moderado (11-15) e grave (16-21). Os valores mais elevados indicam níveis mais altos de ansiedade e depressão. É sugerido o valor 8 como ponto de corte, considerando os valores inferiores como ausência de ansiedade e depressão. As pontuações obtidas entre 8 e 10 para cada sub-escala poderão indicar uma possível perturbação clínica, e entre 11 e 21, uma provável perturbação clínica (Anexo 2).



Após a leitura e a escolha das alternativas no questionário, num ambiente calmo e climatizado, o paciente entregou o mesmo à médica que o forneceu. Estes foram lacrados de modo que somente os pesquisadores tiveram acesso aos dados pessoais dos participantes.

### **4.3 População do estudo**

Amostra por conveniência de 197 indivíduos adolescentes e adultos, de ambos os sexos, que procuraram tratamento médico para hiperidrose primária grave. Para o cálculo do tamanho da amostra se supôs que variável relativa a resposta de interesse apresenta uma proporção de 35% (TELLES-CORREIA; BARBOSA, 2009), um erro máximo da estimativa de 7% com um nível de significância de 5%. Foi adicionado 10% considerando-se as perdas estimadas e controle dos fatores de confusão.

#### **4.3.1 Critérios de inclusão**

Foram incluídos adolescentes e adultos com diagnóstico clínico de hiperidrose primária grave.

#### **4.3.2 Critérios de exclusão**

Foram excluídos indivíduos que não possuíam discernimento para responder o questionário sozinhos e os que possuíam outras doenças crônicas associadas.

### **4.4 Aspectos éticos**

O trabalho foi iniciado após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Tiradentes – SE de número 080911 (Apêndice 2) e realizado em uma Clínica Particular (Apêndice 3).

Foi entregue e explicado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 4) conforme diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos que atende à Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, Brasília-DF.

### **4.5 Análise estatística**

Os dados obtidos foram analisados por meio de frequências absolutas e relativas e testes de associação. Utilizou-se o teste do qui-quadrado considerando o nível de significância de 95% ( $p < 0,05$ ).

## 5 REFERÊNCIAS

---

ANDRADE, L.H.S.G.; VIANA, M.C. & SILVEIRA, C.M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 2, n. 33, p. 43-54, 2006.

AROS, M.S. ; YOSHIDA, E.M.P. Estudos da depressão: instrumentos de avaliação e gênero. *Boletim de psicologia*, vol. LIX, n. 130, p. 061-076, 2009.

ATKINSON, R.L. ; ATKINSON, R.C.; SMITH, E.E., BEM, D.J. & NOLEN-HOEKSEMA, S. Psicopatologia. In: R. L. Atkinson; R.C. Atkinson; E.E. Smith; D.J. Bem & S. Nolen-Hoeksema (Eds.), *Introdução a Psicopatologia de Hilgard*.(13. ed.; D. Bueno, trad.). Porto Alegre: Artmed, 2002.

BALLONE, G.J. *Fisiopatologia da depressão*. Disponível em <http://www.psiqweb.med.br/>, atualizado em 2007.

BARLOW, D.H. *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. 2. ed. New York: Guilford Press, 2002.

BECK, A.T. Theoretical perspectives on clinical anxiety. In A. H. Tuma & J. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders*, Hillsdale, NJ: Erlbaum, p. 183-196, 1985.

BECK, A.T. ; ALFORD, B.A. Depressão: causas e tratamento. Tradução: Daniel Bueno, revisão técnica: Elisabeth Meyer, Porto Alegre: Artmed, p. 21-46, 2011.

BURASCHI, J. Simpaticólisis videotoracoscópica para el tratamiento de la hiperidrosis palmar primaria em niños y adolescentes. *Arch Argent Pediatric*, v.106, n.1, p. 32-5, 2008.

BURATO, K.R.S.S. *Transtornos de ansiedade social: comportamentos de segurança e evitação (dissertação)*. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 2009.

BUSATTO, F.G. *Fisiopatologia da depressão*, disponível em <http://www.psiqweb.med.br/>, atualizado em 2007.

CARDOSO, P.O. ; RODRIGUES, K.C.L. ; MENDES, K.M. ; PETROIANU, A. ; RESENDE, M. ; ALBERTI, L.R. Avaliação de pacientes submetidos a tratamento cirúrgico de hiperidrose palmar quanto à qualidade de vida e ao surgimento de sudorese compensatória. *Ver. Col. Bras. Cir.* v. 36, n.1, p.14-18, 2009.

CLARK, D.A.; BECK, A.T. *Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade: ciência e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2012.

COHEN, J.L. ; COHEN, G. ; SOLISH, N. ; MURRAY, C.A. Diagnosis, Impact and Management of Focal Hyperidrosis: Treatment Review Including Botulinum Toxin Therapy. *Plat Surg Clin N Am*, v.15, n.1, p.17-30, 2007.

CONTIJO, T.G. ; GUALBERTO, V.G. ; MADUREIRA, A.B.N. Atualização no tratamento de hiperidrose axilar. *Surg Cosmet Dermatol*, v. 3, n. 2, p.147-51, 2011.

CRASKE, M.G. *Origins of phobias and anxiety disorders: why more women than men?* Amsterdam, The Netherlands: Elsevier, 2003.

CUNHA, J.A. *Manual da versão em português das Escalas Beck*, São Paulo, 2001.

DALGALARRONDO, P. Psicopatologia dos transtornos mentais, 2. ed., Porto Alegre: Artemed, p. 304-306, 2008.

FELTEN, D.L. ; SHETTY, N.A. *Netter atlas de neurociência*. 2.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, p. 387-401, 2010.

FENILLI R. ; DEMARCHI A.R. ; FISTAROL, E.D. ; MATIELLO, M. ; DELORENZE, L.M. Prevalência de hiperidrose em uma amostra populacional de Blumenau-SC, Brasil. *An Bras Dermatol*, vol 4, ano 84, p.361-6, 2009.

FIGLIOLI, R.K.A. ; ELLIOT, L.G. ; ALVARENGA, R.M.P. ; MORARD, M.R.S. ; ALMEIDA, C.R. ; FIGLIOLI, S.K.A. ; AGOGLIA, B.G. Avaliação do Impacto na Qualidade de Vida de Pacientes Portadores de Hiperidrose Primária Submetidos à Simpatectomia Videotoracoscópica. *Meta: Avaliação*, v.3, n.7, p.1-24, 2011.

HOLMES, D.S. *Psicologia dos transtornos mentais*. 2. ed. Porto Alegre: 2006.

JANSEN, K. ; MONDIN, T.C. ; ORES, L.C. ; SOUZA, L.D.M. ; KONRADT, C.E. ; PINHEIRO, R.T. ; DA SILVA RA. Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: uma amostra populacional de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n.3, p. 440-448, 2011.

KAUFFMAN, P. ; DE CAMPOS JRM. Video-assisted thoracic sympathectomy for the treatment of axillary hyperhidrosis. *Ann Surg*. v.37, n.1, p.4-5, 2011.

KESSLER, R.C. ; BERGLUND. P; DEMLER, O. ; JIM, R. ; KORETZ, D. et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, v. 289, n.23, p. 3095-105, 2003.

KESSLER, R.C. (Org) et alii. Prevalence and Treatment of Mental Disorders, 1990 to 2003. *N Engl J Med*, v.352, n. 24, 2005.

KESSLER, R.C. (Org) et alii. Age differences in the prevalence and co-morbidity of DSM-IV major depressive episodes: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. *Depress anxiety*. v.27, n.4, p. 351-64, 2010.

LAURENCE, L. BRUNTON (Org.) et alii. Goodman e Gilman: Manual de farmacologia e terapêutica. Porto Alegre: AMGH, p. 278-298, 2010.

LEÃO, L.E.V. ; OLIVEIRA, R. ; SZULC, R. ; MARI, J.J. ; CROTTI, P.L.R. ; GONÇALVES, J.J.S. Role of vídeo-assisted thoracoscopic sympathectomy in the treatment of primary hyperhidrosis. *São Paulo Med J.* v.121, n.5, p.191-7, 2003.

LESSA, L.R. ; FONTENELLE, L.F. Toxina botulínica como tratamento para fobia social generalizada com hiperidrose. *Revista de Psiquiatria Clínica.* v.38, n.2, p. 84-6, 2011.

LIMA, A.F.B.S. ; FLECK, M.P.A. Qualidade de vida e depressão: uma revisão da literatura. *Revista psiquiátrica, Rio Grande do Sul,* v.31, n.3, 2009.

LUDWIG, M.W.B. ; MULLER, M.C. ; OLIVEIRA, M.S. ; MORAES, J.F.D. Qualidade de vida e localização das lesões em pacientes dermatológicos. *An Bras Dermatol.,* v.84, p. 143-50, 2009.

LYRA, R.M. ; DE CAMPOS, J.R.M. ; KANG, D.W.W. ; LOUREIRO, M.P. ; COSTA, M.B.F. ; COSTA, M.G. ; COELHO, M.S. Diretrizes para a prevenção, diagnóstico e tratamento da hiperidrose compensatória. *J Br Pneumol.* v.34, n. 11, p. 967-77, 2008.

MACHADO, N. ; PARCIAS, S.R. ; DOS SANTOS, K. ; DA SILVA MEM. Transtorno depressivo maior: avaliação da aptidão motora e da atenção. *J Bras Psiquiatr,* v.58, n.3, p. 175-180, 2009.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS. DSM-IV-TR. 4. ed, Porto Alegre: Artmed, 2004.

MANZONI, A.P.D.S. ; TOWNSEND, R.Z. ; NAGATOMI, A.R.S. ; PEREIRA, R.L. ; WEBER, M.B. ; CESTARI, T.F. Avaliação da qualidade de vida em pacientes pediátricos com as principais dermatoses crônicas da infância. *An Bras Dermatol.* v.87, n.3, p. 367-74, 2012.

MENDES, D.D. ; MELLO, M.F. Transtorno do estresse pós-traumático. In: MENDES, D.D.; MELLO, M.F (Org.) *Manual de psiquiatria.* São Paulo: Roca, p. 139-142, 2011.

MOOREY S, GREER S, WATSON M, GORMAN C, ROWDEN L, TUNMORE R, ROBERTSON B, & BLISS J. The factor Structure and Factor Stability of the Hospital Anxiety and Depression Scale in Patients With Cancer. *British Journal Psychiatry.* v.158, p.255-259, 1991.

NAKAMURA E, SANTOS J.Q. Depressão infantil: abordagem antropológica. *Revista de saúde pública.* São Paulo, v.41, n.1, p. 53-60, fev. 2007.

NICOLEIT AR, PSENDZIUK C, GALVANI GC, PEREIRA SW, KESTERING DM. Videosimpatectomia torácica para tratamento da hiperidrose primária. *Arq Catarinenses de medicina.* v. 38, n. 3, p.24-31, 2009.

NOTO, C.S.; SARIN, L. Transtorno Depressivo Maior. In: NOTO, C.S. ; SARIN, L (Org.) *Manual de psiquiatria.* São Paulo: Roca, p. 105-113, 2011.

NUNES MV, HADDAD LB. Manual do Residente da Universidade Federal de São Paulo: fobias. São Paulo: Roca, 2010; 17:150.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Revisão (CID-10), 2003.

PAIS-RIBEIRO, J. ; SILVA, I. ; FERREIRA, T., MARTINS, A. ; MENESES, R. ; BALTAR, M. Validation study of a Portuguese version of the hospital anxiety and depression scale. *Psychology Health and Medicine*. v. 2, n. 12, p. 225-237, 2007.

PEREIRA, M.G. ; FIGUEIREDO, A.P. Depressão, ansiedade e stress pós-traumático em doentes com crânio colo-rectal: validação do Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) e Impacto of Events Scale (IES) numa amostra de doentes oncológicos. *Onco. News*, ano 2, n.5, p.11-18, abr-jun 2008.

PERGHER GK, STEIN LM & WAINER R. Estudos sobre a memória na depressão: Memória, humor e emoção. *Rev Psiquiatr*, RS, ano 1, n. 28, p. 61-68, jan/abr 2006.

ROSA, M. Fobia social: suores e rubor à flor da pele. *Pulsional Rev. Psicanál.* v. 21, n.3, p. 39-48, set 2008.

SANTANA, V.R. ; LIMA, S.O. ; REIS, F.P. Perfil sócio-demográfico de crianças e adolescentes portadores de hiperidrose primária e avaliação da qualidade de vida após simpatectomia toracoscópica, Dissertação de Mestrado, Aracaju-Se, p. 110f.:il, 2012.

SEAMANS, J.K. ; YANG, C.R. The principal features and mechanisms of dopamine modulation in the prefrontal cortex. *Prog Neurobiol.* v. 1, n.74, p. 1-58, 2004.

SOMERS, J.M. ; GOLDNER, E.M. ; WARAICH, P. ; HSU, L. Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: a systematic review of the literature. *Can J Psychiatry.* v.2, n. 51, p. 100-13, 2006.

STAHL, S.M. Psicofarmacologia-Base Neurocientífica e Aplicações Práticas. 2. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2002.

SOUSA, C. ; PEREIRA, M.G. Morbidade psicológica e representações da doença em pacientes com esclerose múltipla: estudo de validação da “Hospital Anxiety and Depression Scale”. *Psicologia, Saúde & Doenças.* v. 2, n. 9, p.283-298, 2008.

TABORDA, M.L. ; TEIXEIRA, K.A.M. ; WELTER, E.Q. ; WEBER, M.B. ; LISBOA, A.P. Avaliação da qualidade de vida e do sofrimento psíquico de pacientes com diferentes dermatoses em um centro de referência em dermatologia no sul do país. *An Bras Dermatol.* v.85, n.1, p. 52-6, 2010.

TELLES-CORREIA, D. ; BARBOSA, A. Ansiedade e depressão em medicina: modelos teóricos e avaliação. *Acta Med Port.* v. 22p.89-98, 2009.

TENG, C.T. ; NAKATA, A.C.G. ; ROCCA, C.C.A. ; YANO, Y. Depressão e cognição. São Paulo: Atheneu, p. 25-41, 2009.

TILTON, S.R. Review of the State-Trait Anxiety Inventory (STAI). *NEWS NOTES*. v.2, p. 48, 2008.

TU, Y.R. ; LI, X. ; LIN, M. ; LAI, F.C. ; LI, Y.P. ; CHEN, J.F. Epidemiological survey of primary palmar hyperidrosis in adolescent in Fuzhou of People's Republic of China. *Eur J Cardiothorac*. v. 4, n. 31, p. 737-739, 2007.

VIEIRA, A.A. ; SANTORO, I.L. ; DRACOU LAKIS, S. ; CAETANO, L.B. ; FERNANDES, A.L.G. Ansiedade e depressão em pacientes com asma: impacto no controle da asma. *J Bras Pneumol*. v. 1, n.37, p.13-18, 2011.

WOLOSKER, N. ; DE CAMPOS, J.R.M. ; KAUFFMAN, P. ; MUNIA, M.A. ; NEVES, S. ; JATENE, F.B. ; PUECH-LEÃO, P. The use of oxybutynin for treating facial hyperhidrosis. *An Bras Dermatol*. v.86, n.3, p. 451-6, 2011.

ZIGMUND, A.S. ; SNAITH, R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatric Scand*. n. 7, p. 361-370, 1983.

## CAPÍTULO II : ARTIGO

---

### **AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PACIENTES COM HIPERIDROSE PRIMÁRIA GRAVE**

Gleide Maria Gatto Bragança<sup>1</sup>, Aloisio Ferreira Pinto Neto<sup>2</sup>, Lucas Menezes Marques<sup>3</sup>,  
Enaldo Vieira de Melo<sup>4</sup>, Francisco Prado Reis<sup>5,6</sup>, Sônia Oliveira Lima<sup>5,6</sup>

<sup>1</sup>Master practitioner physician, Health and Environment, Tiradentes University-SE, Brazil

<sup>2</sup>Medical student, Federal University of Sergipe, Brazil

<sup>3</sup>Medical surgery resident, Federal University of Sergipe, Brazil

<sup>4</sup>Permanent Professor of Graduation's degree in Pediatrics, Federal University of Sergipe, Brazil

<sup>5</sup>Permanent Professor of Master's degree in Health and Environment, Tiradentes University-SE, Brazil

<sup>5,6</sup>Doctor in Surgery, USP; Associate Professor, Medical School, Federal University of Sergipe, Brazil

## Avaliação da prevalência da ansiedade e depressão em portadores de hiperidrose primária grave.

### Resumo

**Fundamentos:** A hiperidrose primária (HP) pode levar a alterações de humor devido aos transtornos causados por este agravo. **Métodos:** Objetivou-se avaliar a existência de ansiedade e depressão em portadores de HP grave que buscaram tratamento em consultório médico. Aplicou-se o questionário Hospital Anxiety and Depression Scale em 197 indivíduos e foi utilizado o teste do qui-quadrado,  $p < 0,05$ . **Resultados:** verificou-se um aumento da prevalência de ansiedade (49,6%), mas não da depressão (11,2%) entre os portadores de HP, sem associação com sexo, faixa etária e áreas acometidas. A HP palmar e a plantar foram as mais frequentes, porém quando relacionadas à presença de ansiedade, as mais encontradas foram a axilar ( $p=0,02$ ) e a crânio-facial ( $p=0,02$ ). Houve associação de pacientes que apresentaram depressão com ansiedade ( $p=0,001$ ). **Conclusões:** o acometimento da HP foi responsável por uma prevalência de ansiedade maior que a descrita na população em geral e em portadores de outras doenças crônicas. A depressão apresentou uma baixa prevalência, sendo as formas moderada e leve as mais frequentes e muitas vezes associadas à ansiedade. O grau de ansiedade foi maior nas formas leve e moderada do que na grave.

Palavras-chave: transtornos mentais, hiperidrose, adolescente, adulto.



# Evaluation of anxiety and depression prevalence in patients with primary severe hyperhidrosis

## Abstract

**Background:** Primary hyperhidrosis (PH) can lead to mood changes due to the inconveniences caused by this disease. **Objective:** This study aimed to evaluate the existence of anxiety and depression in patients with severe PH who sought treatment at medical office. **Methods:** We used the questionnaire Hospital Anxiety and Depression Scale in 197 subjects and used the chi square test,  $p < 0.05$ . **Results:** There was an increased prevalence of anxiety (49.6%), but not of depression (11.2%) among patients with HP, not associated with gender, age and amount of affected areas. Palmar and plantar HP were the most frequent, but when related to the presence of anxiety, the most frequent were the axillary ( $p = 0.02$ ) and craniofacial ( $p = 0.02$ ). There was association of patients with depression with anxiety ( $p = 0.001$ ). **Conclusions:** the involvement of HP was responsible for a higher prevalence of anxiety than the one described in the general population and in patients with other chronic diseases. Depression had a low prevalence, with mild and moderate forms the most common and often associated with anxiety. The degree of anxiety was higher in mild and moderate than in the severe.

Key-words: mental disorder, hyperhidrosis, adolescent, adult.

## 1. INTRODUÇÃO

---

Os transtornos mentais em geral causam grande impacto em termos de morbidade, prejuízos na funcionalidade e diminuição da qualidade de vida de seus portadores (LIMA; FLECK, 2009). No mundo, 30,8% da totalidade de anos vividos com incapacidade devido a doenças são decorrentes desses transtornos. A ansiedade é a forma mais frequente de transtorno mental documentado, cuja taxa de ocorrência, ao menos uma vez durante a vida tem sido considerada de 25 a 30% (KESSLER et al., 2005). A depressão é outro transtorno mental que afeta a saúde de milhões de pessoas e corresponde à quarta causa de incapacidade no mundo. De acordo com as previsões para 2020, ela será a segunda maior causa de inabilidade para o trabalho, sendo apenas ultrapassada pelas doenças do coração (NAKAMURA; SANTOS, 2007).

Segundo Telles-Correia e Barbosa (2009), os sintomas de ansiedade e depressão ocorrem com frequência nas doenças crônicas cuja prevalência da ansiedade na doença médica se encontra entre os 18 e 35% e a da depressão, entre 15 e 61% dos pacientes. É descrito que a sintomatologia destes transtornos pode influenciar negativamente a evolução das doenças, porém apesar da gravidade, não há a devida valorização do impacto que causa na vida dos indivíduos (MACHADO et al., 2009).

Instrumentos de avaliação da existência desses transtornos em pessoas portadoras de afecções médicas crônicas são aplicados em forma de questionários. O Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), o Inventário de Beck (BDI) e o de State Trait Anxiety Inventory (STAI) são os três validados para a língua portuguesa. Para a avaliação de indivíduos com doença médica crônica somente o HADS está liberado (AROS; YOSHIDA, 2009).

A hiperidrose primária (HP) é uma das afecções crônicas que se caracteriza por sudorese excessiva podendo levar a alterações de humor associadas à ansiedade e que muitas vezes incluem a depressão e irritabilidade (HOLMES, 2006). Esta sudorese surge predominantemente na infância e adolescência (NICOLEIT et al., 2009), pode ser de intensidade leve, moderada ou grave, sendo as áreas do corpo mais frequentemente acometidas a palmar e a plantar, seguidas da axilar e a crânio-facial (WOLOSKER et al., 2011). A HP causa constrangimento, desconforto e até mesmo graves problemas sociais, profissionais e psicológicos, afetando a qualidade de vida dos seus portadores, levando à possibilidade de desenvolver transtornos mentais que podem perdurar por toda a vida (BURASCHI et al., 2008; LESSA; FONTENELLE et al., 2011).

A despeito da HP promover constrangimentos, na literatura pertinente não foram encontrados trabalhos que avaliassem os efeitos dessa doença sobre a esfera emocional em relação à presença de ansiedade e depressão em seus portadores. Em virtude do exposto, foram avaliados a prevalência e o grau de ansiedade e depressão entre adolescentes e adultos de ambos os gêneros com hiperidrose primária grave.

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

---

Trata-se de um trabalho de delineamento transversal em pacientes de ambos os sexos, que buscaram tratamento específico para hiperidrose primária grave no período de fevereiro a julho de 2012, escolhidos por conveniência. Para o cálculo do tamanho da amostra, se supôs que a variável relativa à resposta de interesse apresenta uma proporção de 35% (TELLES-CORREIA; BARBOSA, 2009), um erro máximo da estimativa de 7% com um nível de significância de 5%. Assim o tamanho da amostra calculado foi de 197 indivíduos. Na amostra foram incluídos indivíduos adolescentes e adultos com diagnóstico clínico de hiperidrose primária grave e excluídos os que não possuíam discernimento para responder ao questionário sozinhos e/ou apresentavam outras doenças crônicas associadas a HP.

Os pacientes foram avaliados pelo mesmo médico em consultório particular e os questionários foram respondidos de forma individual no momento da consulta. O questionário Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) elaborado por Zigmund e Snaith em 1983, previamente validado, é estruturado com perguntas fechadas pontuadas de zero a três. O questionário consiste em duas sub-escalas, classificadas separadamente, uma medindo ansiedade e outra medindo depressão, cada uma com sete itens. A forma de resposta dos 14 itens da escala varia de 0 a 21 pontos que resultam da soma dos valores de cada sub-escala. Cada item é respondido numa escala original de quatro pontos que vão de inexistente (0) a grave (3). Quanto aos graus das duas doenças são classificados como normal (0-7 pontos), leve (8-10), moderado (11-15) e grave (16-21) (Anexo 2). Os valores mais elevados indicam níveis mais altos de ansiedade e depressão. É sugerido o valor 8 como ponto de corte, considerando os valores inferiores como ausência de ansiedade e depressão. As pontuações obtidas entre 8 e 10 para cada sub-escala poderá indicar uma possível perturbação clínica, e entre 11 e 21, uma provável perturbação clínica.

Após a leitura do questionário e a escolha das alternativas, num ambiente (com privacidade e climatização), o paciente fez a entrega do questionário à médica que o forneceu. Estes foram lacrados de modo que somente os pesquisadores tiveram acesso aos dados pessoais dos participantes.

O trabalho foi iniciado após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Tiradentes – SE de número 080911 e realizado em uma Clínica Particular. Foi entregue e explicado para cada participante um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos que atende à Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, Brasília-DF.

Os dados coletados foram analisados através de distribuição das frequências absolutas e relativas e teste de associação do qui-quadrado considerando o nível de significância de 95% ( $p < 0,05$ ).

### 3. RESULTADOS

---

O questionário foi aplicado para 197 pacientes com idade média de  $27,0 \pm 9,3$ , mínima de 11 e máxima de 68 anos. O gênero feminino teve uma frequência de 55,3% enquanto no masculino foi de 44,7%. Do total dos participantes, 128 pacientes tinham a cor da pele parda, 58 tinham a pele branca e 11, a negra. Quanto à faixa etária dos pacientes que participaram da pesquisa, 88 eram da faixa de 20-29 anos de idade, 50 de 30-39, 42 de 10-19 e 19 da faixa etária acima de 40 anos de idade. A maioria dos indivíduos, 154, apresentou acometimento de mais de uma área do corpo com hiperidrose e a bromidrose ocorreu em 50 pacientes. A localização mais frequente da HP em ordem decrescente foi: palmar 144, plantar 143, axilar 128 e crânio-facial 36. Os respectivos intervalos de confiança foram de: (67,9-80,3), (67,4-79,8), (57,5-71) e (14-24,4) (Tabela 1).

A prevalência de ansiedade entre os portadores de HP foi de 49,2% (97 de 197), valor este quatro vezes maior do que o encontrado para a depressão, que foi de 11,2% (22 de 197). As áreas axilar ( $p=0,02$ ) e crânio-facial ( $p=0,02$ ) foram as mais frequentemente acometidas entre os pacientes que apresentaram ansiedade em relação àqueles que não apresentaram este transtorno mental (Tabela 2).

Em 32(38,1%) dos pacientes ocorreu hiperidrose axilar e plantar associadas à bromidrose, 10(22,7%) tinham hiperidrose axilar e bromidrose e 8(13,6%) hiperidrose plantar associada à bromidrose ( $p=0,004$ ). A presença de ansiedade foi semelhante entre os grupos com hiperidrose axilar e plantar associadas e axilar isoladamente, porém menor do que o grupo com hiperidrose plantar ( $p=0,023$ ) (Tabela 3).

Não houve diferença quanto a presença ou não de depressão entre faixa etária, gênero, cor da pele, número e áreas acometidas. Foi observado que de 22 pacientes com depressão, (18)81,8% tinham ansiedade associada. Este achado foi estatisticamente significativo quando comparado aos pacientes que tinham ausência de depressão ( $p=0,001$ ) (Tabela 4).

Ao ser considerado o grau de ansiedade, a forma grave apresentou uma prevalência de 5,1% com IC (2,5-8,1), a moderada foi em torno de três vezes maior que a grave e a forma de ansiedade leve foi a mais frequente. Em relação à depressão, os graus moderado e leve foram os mais encontrados (Tabela 5).

## 4. DISCUSSÃO

---

No presente trabalho foi verificado que a hiperidrose primária não apresentou diferença entre os gêneros e a faixa etária mais incidente foi dos 20-29 anos. Os pacientes de cor da pele negra foram menos frequentes do que os de cor branca e parda e as áreas do corpo mais acometidas foram a palmar e a plantar. Estes achados são semelhantes aos relatados por autores como (FENILLI et al.,2009; KAUFFMAN et al., 2011;WOLOSKER et al., 2011), o que caracteriza que a amostra estudada apresenta aspectos demográficos concordantes com a literatura.

Não houve diferença estatisticamente significativa entre a prevalência de ansiedade de homens e mulheres portadores de HP, independentemente da faixa etária, cor da pele e número de áreas do corpo acometidas. Na população em geral a ansiedade tem frequência de aproximadamente 16% (SOMERS, 2006) e quando associada com outras doenças médicas crônicas de 18 a 35% (TELLES-CORREIA; BARBOSA 2009). A prevalência de ansiedade é duas vezes maior no sexo feminino (MENDES; MELO, 2011) e geralmente surge na infância e adolescência, persistindo até o início da idade adulta (CRASKE, 2003). Os achados do presente estudo sugerem que a existência de HP por si, independente do gênero e faixa etária, pode ser responsável por uma prevalência de ansiedade maior que a descrita na população geral e em portadores de outras doenças crônicas. Sugere-se que a hiperidrose deva ser tratada logo que diagnosticada, pois quanto mais tempo o paciente sofrer os transtornos provocados por essa afecção, maior poderá ser a possibilidade de associação com ansiedade.

A presença de ansiedade foi maior nos portadores de HP em que as áreas acometidas foram a axilar e crânio-facial. De acordo com Burato (2009) os pacientes começam a evitar determinadas situações que lhe pareçam desencadeadoras de ansiedade, elaborando um ciclo vicioso composto de situação-ansiedade-evitação. A presença do suor em excesso nas áreas mais visíveis parece ser interpretada pelos observadores como expressão de falta de higiene, o que pode ser um fator desencadeante de ansiedade.

A prevalência de ansiedade foi semelhante entre os grupos com hiperidrose axilar associada a plantar e axilar isoladamente, e mais expressiva no grupo com hiperidrose plantar. Atividades desportivas, profissionais e o relacionamento interpessoal são prejudicados com a presença da HP que limita o uso de calçados e roupas que necessitam ser trocados algumas

vezes ao dia (NICOLEIT et al., 2009). A presença do acometimento axilar parece ser um importante fator que contribui para a ansiedade.

A depressão esteve presente em 11,2% dos pacientes com HP, e na maioria destes houve associação com ansiedade. Nos indivíduos em geral, a prevalência mundial é estimada em 16% (KESSLER et al., 2003) e em um estudo com pacientes brasileiros foi evidenciada como 10,9% (KESSLER et al., 2010). Quando a depressão está associada com doenças médicas crônicas essa prevalência oscila de 15 a 61% (TELLES CORREIA; BARBOSA, 2009). É descrito que os sintomas da ansiedade geralmente estão associados à depressão (LAURENCE et al., 2010). No presente estudo não houve diferença entre os sexos quanto à existência de depressão, diferente do que é encontrado na literatura, onde se observa uma frequência duas vezes maior desta doença no sexo feminino (NOTO; SARIN, 2011). A presença de HP, independente das variáveis abordadas, não aumentou a prevalência de depressão.

Em relação aos graus de ansiedade e depressão observou-se uma maior prevalência da forma leve, seguida da moderada, enquanto a forma grave foi a menos evidenciada. Foi estabelecido como ponto de corte a pontuação 8, considerando os valores inferiores como ausência de ansiedade e de depressão. Para Moorey et al., (1991), as pontuações obtidas entre 8 e 10 poderão indicar uma possível perturbação clínica, e entre 11 e 21, uma provável perturbação. Trabalhos referentes à avaliação à QV declarada verificaram que a maioria dos pacientes com HP referiu como ruim ou muito ruim a sua vida em virtude dos transtornos provocados por esta doença (FENILLI, 2009; KAUFFMAN; CAMPOS, 2011; SANTANA et al., 2012). É possível, desse modo, compreender que os transtornos sofridos nos âmbitos pessoal, social, profissional e emocional possam ser os responsáveis por sensações ruins relatadas no questionário HADS, o que provavelmente influenciou a presença da ansiedade e em menor proporção da depressão nos acometidos por HP.

A hiperidrose primária se inicia comumente na infância e adolescência (NICOLEIT et al., 2009), faixas etárias em que há uma predisposição ao desenvolvimento de alguns tipos de psicopatologias (JANSEN et al., 2011) e diante do fato de ter sido verificada uma prevalência de ansiedade nos portadores de HP maior do que em outras doenças crônicas, deve-se esclarecê-los das possibilidades terapêuticas no intuito de evitar maiores agravos à sua saúde mental.

A pele é a principal interface do ser humano com o meio externo que tem também como função a formação da imagem corporal e a constituição do ego. A qualidade de vida de pacientes com doenças cutâneas, como a HP tende a ser afetada tornando seus portadores mais susceptíveis a transtornos mentais (LUDWIG et al., 2009). A HP, agravo que acomete inúmeras pessoas, promove situações desconfortantes interferindo de forma complexa na saúde física, estado psicológico e nível de independência nas relações sociais e do meio ambiente, não tem sido devidamente valorizada como doença por provável falta de conscientização tanto médica quanto da população em geral. Neste contexto os resultados obtidos no presente trabalho demonstra, de maneira inovadora, a importância de pesquisas semelhantes para complementar o conhecimento dos transtornos causados pela hiperidrose primária em seus portadores.

## **5. CONCLUSÃO**

---

O acometimento da hiperidrose primária foi responsável por uma prevalência de ansiedade maior que a usualmente descrita na população em geral e em portadores de outras doenças crônicas. No entanto, a depressão apresentou uma baixa prevalência nos portadores de HP e quando presente, esteve muitas vezes associada à ansiedade.

De acordo com o grau de ansiedade, a frequência foi maior nas formas leve e moderada do que na grave. Na depressão, os graus moderado e leve foram os mais encontrados. Não houve associação da ansiedade e da depressão com relação aos gêneros e as faixas etárias estudadas.

## 6. REFERÊNCIAS

---

1. LIMA AFBS, FLECK MPA. Qualidade de vida e depressão: uma revisão da literatura. *Revista psiquiátrica. Rio Grande do Sul*, 2009; (31)3.
2. KESSLER RC, DEMLER MA, FRANK RG, OLFSON M, PINCUS HÁ, WALTERS EE, WANG P, WELLS KB, ZASLAVSKY AM. Prevalence and Treatment of Mental Disorders, 1990 to 2003. *N Engl J Med* 352; 24, June 16, 2005.
3. NAKAMURA E, DOS SANTOS JQ. Depressão infantil: abordagem antropológica. *Revista de saúde pública*. 2007; 41(1), 53-60.
4. TELLES-CORREIA D, BARBOSA A. Ansiedade e depressão em medicina: modelos teóricos e avaliação. *Acta Med Port*. 2009; 22:89-98.
5. ZIGMUND, A.S. ; SNAITH, R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatric Scand*. n. 7, p. 361-370, 1983.
6. MACHADO N, PARCIAS SR, DOS SANTOS, K, DA SILVA MEM. Transtorno depressivo maior: avaliação da aptidão motora e da atenção. *J Bras Psiquiatr*. 2009; 58(3): 175-180.
7. AROS MS, YOSHIDA EMP. Estudos da depressão: instrumentos de avaliação e gênero. *Boletim de psicologia*, 2009, vol.LIX 130: 061-076.
8. HOLMES DS. *Psicologia dos transtornos mentais*. 2ª Ed. Porto Alegre, 2006:84.
9. NICOLEIT AR, PSENDZIUK C, GALVANI GC, PEREIRA SW, KESTERING DM. Videosimpatectomia torácica para tratamento da hiperidrose primária. *Arq Catarinenses de medicina*. 2009, (38), 3:24-31.
10. WOLOSKER N., DE CAMPOS JRM, KAUFFMAN P, MUNIA MA, NEVES S, JATENE FB, PUECH-LEÃO P. The use of oxybutynin for treating facial hyperhidrosis. *An Bras Dermatol*, 2011; 86 (3):451-6.
11. BURASCHI J. Simpaticólisisvideotoracoscópica para el tratamiento de la hiperidrosis palmar primaria em niños y adolescentes. *Arch Argent Pediatric*, 2008; 106 (1):32-5.
12. LESSA LR, FONTENELLE LF. Toxina botulínica como tratamento para fobia social generalizada com hiperidrose. *Revista de Psiquiatria Clínica* 2011; 38 (2): 84-6.
13. FENILLI R., DEMARCHI AR, FISTAROL ED, MATIELLO M, DELORENZE LM. Prevalência de hiperidrose em uma amostra populacional de Blumenau-SC, Brasil. *Na Bras Dermatol*, 2009; 84(4): 361-6.
14. KAUFFMAN P, DE CAMPOS JRM. Video-assisted thoracic sympathectomy for the treatment of axillary hyperhidrosis. *Ann Surg*. 2011; 37(1):4-5.



15. MENDES DD, MELLO MF. Manual de psiquiatria. São Paulo: Roca, 2011; 15: 139-142.
16. SOMERS JM, GOLDNER EM, WARAICH P, HSU L. Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: a systematic review of the literature. *Can J Psychiatry* 2006; 51(2): 100-13.
17. CRASKE MG. Origins of phobias and anxiety disorders: why more women than men? Amsterdam, The Netherlands: Elsevier, 2003.
18. BURATO KRSS. Transtornos de ansiedade social: comportamentos de segurança e evitação (dissertação). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo; 2009.
19. MOOREY S, GREER S, WATSON M, GORMAN C, ROWDEN L, TUNMORE R, ROBERTSON B, & BLISS J. The factor Structure and Factor Stability of the Hospital Anxiety and Depression Scale in Patients With Cancer. *British Journal Psychiatry*. 1991;158:255-259.
20. KESSLER RC, BIRNBAUM HG, SHAHLY V, BROMET E, HWANG I, MCLAUGHLIN KA, ET AL. Age differences in the prevalence and co-morbidity of DSM-IV major depressive episodes: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. *Depress anxiety*. 2010; 27(4):351-64.
21. LAURENCE, L. BRUNTON (Org.) et alii. Goodman e Gilman: Manual de farmacologia e terapêutica. Porto Alegre: AMGH, 2010, p. 278-298.
22. NOTO CS, SARIN L. Manual do residente da Universidade Federal de São Paulo: transtorno depressivo maior. São Paulo: Roca, 2010; 11:105-113.
23. LUDWIG MWB, MULLER MC, OLIVEIRA MS, MORAES JFD. Qualidade de vida e localização das lesões em pacientes dermatológicos. *An Bras Dermatol*. 2009; 84: 143-50.
24. SANTANA, VR; LIMA SO; REIS FP. Perfil sócio-demográfico de crianças e adolescentes portadores de hiperidrose primária e avaliação da qualidade de vida após simpatectomia toracoscópica, Aracaju-Se, 2012. 110f.:il.
25. JANSEN K, MONDIN TC, ORES LC, SOUZA LDM, KONRADT CE, PINHEIRO RT, DA SILVA RA. Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: uma amostra populacional de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2011; mar 27(3):440-448.

## **INSERÇÃO DO TEMA NO PROGRAMA**

---

O trabalho de dissertação de mestrado com o tema Avaliação da Prevalência de Ansiedade e Depressão nos Portadores de Hiperidrose Primária Grave está inserido na temática saúde e ambiente nas linhas de pesquisas: Ambiente, Desenvolvimento e Saúde (promoção em saúde e qualidade de vida) e Enfermidades e Agravos à Saúde de impacto Regional (patologia das doenças crônicas não transmissíveis). O mesmo é de natureza interdisciplinar, o que está bem expresso no envolvimento de profissionais de diversas áreas na sua execução, dentre eles médicos, psicólogos, estatísticos e epidemiologistas.

Destaca-se a relevância da pesquisa para o meio científico com intuito de contribuir na avaliação da prevalência de ansiedade e depressão em agravos que acometem pessoas jovens, em período de alta produtividade, que por serem portadores de hiperidrose primária grave deixam, às vezes, de exercer suas atividades educativas, sociais e laborais. Em contrapartida a sociedade parece desvalorizar os transtornos sofridos pelos portadores, inclusive dificultando, ou mesmo proibindo a escolha de ser submetido a um tratamento preconizado para o controle de suas afecções o mais precoce possível, para que os transtornos causados por estas doenças sejam evitados.

## ANEXOS

---

### 1. Tabelas e figuras

Tabela 1 - Caracterização da amostra segundo aspectos demográficos e clínicos em pacientes com HP em consultório médico de Cirurgia Geral, Aracaju-SE, 2012.

<b>Variável</b>	<b>n(%)</b>
<b>Faixa etária (anos)</b>	
10 - 19	42(21,3)
20 - 29	88(43,7)
30 - 39	50(25,4)
Mais de 40	19(9,6)
<b>Sexo</b>	
M	88(44,7)
F	109(55,3)
<b>Cor da pele</b>	
Branca	58(29,4)
Parda	128(65)
Negra	11(5,6)
<b>No. de áreas acometidas</b>	
Um sítio	43(21,8)
Mais de um sítio	154(78,1)
<b>Área Acometida</b>	
Axilar	128(65)
Palmar	144(73,1)
Crânio-facial	36(18,3)
Plantar	143(72,6)
<b>Bromidrose</b>	50(25,4)

**Figura 1:** Prevalência das áreas de HP em pacientes de consultório médico de Cirurgia Geral, Aracaju-SE, 2012.

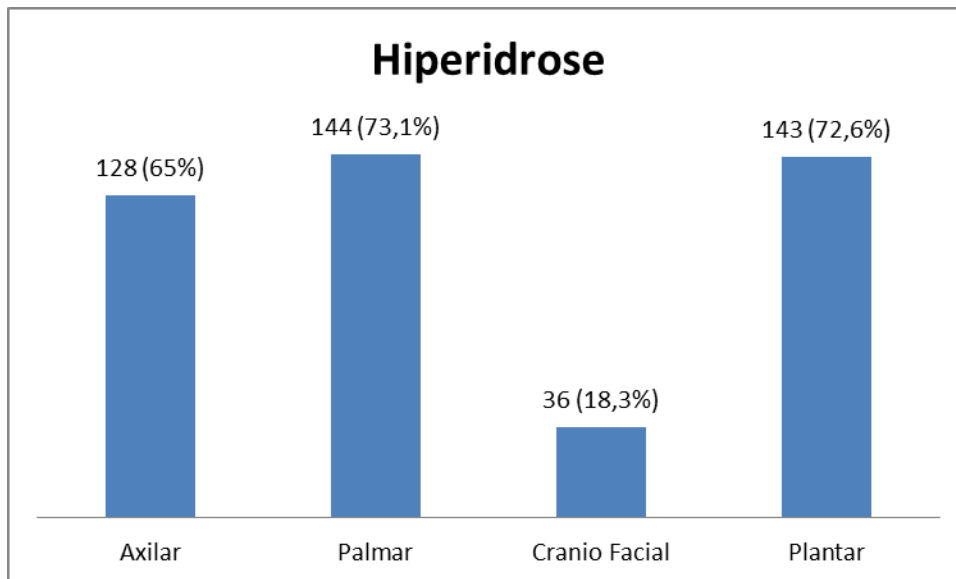


Tabela 2- Comparação entre os grupos com e sem ansiedade segundo características demográficas e clínicas em pacientes portadores de HP em consultório médico de Cirurgia Geral, Aracaju-SE, 2012.

<b>Variável</b>	<b>Ansiedade (n=97) n(%)</b>	<b>Ausência de Ansiedade (n=100) n(%)</b>	<b>p</b>
<b>Faixa etária (anos)</b>			
10 - 19	14(14,4)	28(28,0)	0,06
20 - 29	45(46,4)	41(41,0)	
30 - 39	30(30,9)	20(20,0)	
Mais de 40	8(8,2)	11(11,0)	
<b>Sexo</b>			
M	39(44,3)	49(49,0)	0,21
F	58(53,2)	51(51,0)	
<b>Cor da pele</b>			
Branca	30(30,9)	28(28,0)	0,51
Parda	7(7,2)	4(4)	
Negra	60(61,9)	68(68)	
<b>Número de áreas</b>			
Um área acometida	22(23,2)	18(18,2)	0,39
Mais de uma área	73(76,8)	81(81,8)	
<b>Área Acometida</b>			
Axilar	71(73,2)	57(44,5)	<b>0,02</b>
Palmar	67(69,1)	77(77,0)	0,21
Crânio-facial	24(24,7)	12(12,0)	<b>0,02</b>
Plantar	66(68,0)	77(77,0)	0,15

Teste qui-quadrado

Tabela 3- Comparação entre pacientes com Hiperidrose axilar e plantar, hiperidrose axilar e hiperidrose plantar em relação a presença de bromidrose, ansiedade e depressão, em consultório médico de Cirurgia Geral, Aracaju-SE, 2012.

<b>Variável</b>	<b>Hiperidrose axilar e plantar</b>	<b>Hiperidrose axilar</b>	<b>Hiperidrose Plantar</b>	<b>P</b>
Bromidose	32(38,1)	10(22,7)	8(13,6)	0,004
Ansiedade	46(54,8)	25(56,8)	20(33,9)	0,023
Depressão	8(9,5)	6(13,6)	7(11,9)	0,769

Teste qui-quadrado

Tabela 4- Comparação entre os grupos com e sem depressão segundo características demográficas e clínicas em pacientes com HP em consultório de Cirurgia Geral, Aracaju-SE,

<b>Variável</b>	<b>Depressão (n=22) n(%)</b>	<b>Ausência de Depressão (n=175) n(%)</b>	<b>p</b>
<b>Faixa etária (anos)</b>			
10 - 19	4(18,2)	38(21,7)	0,72
20 - 29	12(54,5)	74(42,3)	
30 - 39	4(18,2)	46(26,3)	
Mais de 40	2(9,1)	17(9,7)	
<b>Sexo</b>			
M	10(45,5)	78(44,6)	0,93
F	12(54,5)	97(55,4)	
<b>Cor da pele</b>			
Branca	8(36,4)	50(28,6)	0,5
Parda	12(54,5)	116(66,3)	
Negra	2(9,1)	9(5,1)	
<b>No. de áreas</b>			
Uma área	2(10,0)	38(21,8)	0,21
Mais de um área	18(90,0)	136(78,2)	
<b>Área Acometida</b>			
Axilar	14(63,6)	114(65,1)	0,88
Palmar	16(72,7)	128(73,1)	0,96
Crânio-facial	7(31,8)	29(16,6)	0,81
Plantar	15(68,2)	128(73,1)	0,62
<b>Ansiedade</b>	18(81,8)	79(45,1)	<b>0,001</b>

Teste qui-quadrado

Tabela 5- Prevalência dos graus de ansiedade e depressão de pacientes com HP em consultório médico de Cirurgia Geral, Aracaju-SE, 2012.

<b>Variável</b>	<b>%(n)</b>	<b>IC 95%</b>
<b>Ansiedade</b>		
Grave	5,1(10)	2,5 - 8,1
Moderada	17,8(35)	12,7 - 23,4
Leve	25,4 (52)	20,8 - 32,5
<b>Depressão</b>		
Grave	1,0(2)	0,0 - 2,5
Moderada	4,1(8)	1,5 - 7,1
Leve	6,1(12)	3,0 - 9,6
IC 95%		